

Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

**für Einrichtungen der
medizinischen Rehabilitation und Vorsorge**

**Methodenhandbuch für die Umsetzung
des QS-Reha[®]-Verfahrens**

Version 5

Stand: 26.09.2023

www.qs-reha.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Umfang des QS-Reha®-Verfahrens	3
2.1	Geltungsbereich.....	3
2.2	Aufbau der Auswertung.....	5
2.3	Qualitätsdimension.....	6
2.3.1	Struktur- und Prozessqualität	6
2.3.2	Ergebnisqualität	9
2.3.3	Patientenzufriedenheit	12
3	Organisation und Durchführung	16
3.1	Erhebungsunterlagen	17
3.1.1	Befragung der Patientinnen und Patienten	18
3.2	Information und Schulung zum QS-Reha®-Verfahren	21
3.3	Unterlagen zur Organisation der Erhebung in der Einrichtung	21
3.4	Datenerhebung in den Einrichtungen.....	23
3.5	Datenannahme und Dateneingabe durch die Auswertungsstelle	23
3.6	Internes Datenmanagement durch die Auswertungsstelle	27
3.7	Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit.....	27
3.7.1	Verpflichtung der Einrichtungen.....	27
3.7.2	Umgang mit Daten	28
3.7.3	Informierte und freiwillige Einwilligung.....	29
4	Auswertung und Berichtserstellung.....	30
4.1	Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)	33
4.1.1	Erfüllungsgrade der Basiskriterien	35
4.1.2	Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)	41
4.2	Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)	42
4.2.1	Prozessqualität: Ergebnisse aus dem Patientenbogen	43
4.2.2	Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)	50
4.3	Visitation.....	51
4.4	Ergebnisqualität.....	55
4.4.1	Rücklauf und Drop-Out-Analyse.....	60
4.4.2	Deskription der Strichprobe.....	67
4.5	Ergebnisse.....	73
4.5.1	Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (somatische Indikationsbereiche).....	73

4.5.2	Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Psychische/psychosomatische Indikationsbereiche)	77
4.5.3	Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge)	79
4.5.4	Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Geriatric)	80
4.5.5	Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (KiJu)	92
4.5.6	Ablaufplan Ergebnisqualität	92
4.6	Patientenzufriedenheit	92
4.6.1	Auswertung und Berichterstellung (somatische Indikationsbereiche)	94
4.6.2	Auswertung und Berichterstellung (Indikationsbereich Psychische/ psychosomatische Erkrankungen)	98
4.6.3	Auswertung und Berichterstellung im Mutter-/Vater-Kind-Bereich	101
4.6.4	Auswertung und Berichterstellung im Geriatric-Bereich	102
4.6.5	Auswertung und Berichterstellung im Kinder- und Jugend-Bereich	103
4.6.6	Ablaufplan Patientenzufriedenheit	103
4.7	Qualitätssynopse	103
4.8	Synopse der Zuweisungskriterien	114
5	Fachabteilungsspezifische Ergebnisberichte	115
6	Bewertung der QS-Ergebnisse	116
6.1	Grundlagen des Qualitätsdialogs	116
6.2	Ablauf des Qualitätsdialogs	118
6.2.1	Anlass für den Qualitätsdialog	118
6.2.2	Beginn des Qualitätsdialogs	118
6.2.3	Stellungnahme der Einrichtung	119
6.2.4	Weitere Erörterung	119
6.2.5	Zielvereinbarung	119
6.2.6	Dokumentation	119
6.2.7	Ende des Qualitätsdialogs	120
7	Interne Berichterstattung	120
8	Glossar	121
9	Übersicht der im QS-Reha®-Verfahren eingesetzten Instrumente	123
	Literaturverzeichnis	126

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsdimensionen, Instrumente, Datengewinnung und Erhebungszeiträume des QS-Reha®-Verfahrens	15
Tabelle 2: Überblick über den Ablauf der Datenerhebung in den Einrichtungen.....	23
Tabelle 3: Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf der Erhebung	26
Tabelle 4: Beispiel für die Darstellung der Erfüllungsgrade der Basiskriterien: Struktur- und Prozessqualität (Muskuloskelettale Erkrankungen)	36
Tabelle 5: Verschiedenen Dimensionen der Strukturqualität im Mutter- /Vater-Kind-Bereich	37
Tabelle 6: Beispiel zur Darstellung der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Zuweisungssteuerungskriterien (Muskuloskelettale Erkrankungen)	40
Tabelle 7: Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen).....	41
Tabelle 8: Dichotomisierung der Items der Qualitätsunterdimension „Ärztliche Betreuung (Behandler-Patienten-Kommunikation)“ (somatische Indikationsbereiche).....	44
Tabelle 9: Darstellung der patientenseitigen Dokumentation der Prozessqualität im Geriatrie-Bereich.	47
Tabelle 10: Darstellung der patientenseitigen Dokumentation der Prozessqualität (Mutter-/Vater-Kind-Bereich)	47
Tabelle 11: Fallbezogene Routinedokumentation im Mutter-/Vater-Kind-Bereich (Behandlerbogen)	48
Tabelle 12: Beispiel für die Darstellung der mittleren Erfüllungsgrade der prozessbezogenen Items (somatischer Indikationsbereich) – aus Auswertung Teil I „Qualitätssynopse der Basiskriterien“	49
Tabelle 13: Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)	50
Tabelle 14: Ablaufplan Visitation	54
Tabelle 15: Rehabilitations-Zielkategorien der Ebenen I und II	57
Tabelle 16: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennung möglich - Beispiel für somatische Indikationsbereiche) ..	63
Tabelle 17: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn von Patientinnen und Patienten nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennungen möglich - Beispiel Geriatrie).....	64
Tabelle 18: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn von Bezugspersonen nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennungen möglich – Beispiel Geriatrie)	64
Tabelle 19: Beispielhafte Darstellung der Unterschiede von Patientinnen und Patienten, die vollständig an der Erhebung teilgenommen haben und allen Drop-Out-Patientinnen und -Patienten (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")	66
Tabelle 20: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich „Muskuloskelettale Erkrankungen“)	68
Tabelle 21: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")..	70
Tabelle 22: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich „Mutter-/Vater-Kind“).	71
Tabelle 23: Operationalisierung der Risikoadjustierung für Psychische/psychosomatische Indikationsbereiche	78
Tabelle 24: Liste der Reha-Zielkategorien der Ebene I und II und Nennung der Items, für die Effektstärken berechnet und in den Ergebnisberichten ausgewiesen werden.....	91
Tabelle 25: Ablaufplan Ergebnisqualität	92

Tabelle 26: Skalenberechnung Patientenzufriedenheit (somatische Indikationsbereiche).....	95
Tabelle 27: Mittelwerte der Patientenzufriedenheit in den einzelnen Qualitätsunterdimensionen (Beispiel für somatische Indikationsbereiche)	97
Tabelle 28: Skalenberechnung Patientenzufriedenheit (Psychische/psychosomatische Erkrankungen).....	99
Tabelle 29: Ablaufplan Patientenzufriedenheit	103
Tabelle 30: Beispiel für eine Qualitätssynopse (somatische Indikationsbereiche)	110
Tabelle 31: Beispiel Qualitätssynopse für den Mutter-/Vater-Kind-Bereich	112
Tabelle 32: Beispiel für eine Qualitätssynopse der Zuweisungssteuereungskriterien (somatische Indikationsbereiche)	115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Erhebungsablauf	25
Abbildung 2: Beispiel der Ergebnisdarstellung einer Unterdimension der Prozessqualität im Geriatrie-Bereich	45
Abbildung 3: Beispiel der Ergebnisdarstellung der fallbezogenen Routinedokumentation im Mutter-/Vater-Kind-Bereich.....	48
Abbildung 4: RZK 1.2 Körperfunktion: Nahrungsaufnahme, Schlucken; Antwortbeispiel	59
Abbildung 5: Darstellung primäre und sekundäre Drop-Outs	61
Abbildung 6: Schematischer Vorgang der Risikoadjustierung	74
Abbildung 7: Muster-Grafik zur Darstellung der risikoadjustierten Ergebnisse (somatische Indikationsbereiche)	75
Abbildung 8: Muster-Grafik zur Darstellung der risikoadjustierten Ergebnisse (Indikationsbereich „Psychische/psychosomatische Erkrankungen“)	78
Abbildung 9: RZK 1.2 Körperfunktion: Nahrungsaufnahme, Schlucken.....	82
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung für ein 3-stufiges Item und Vorher-Nachher-Messung	83
Abbildung 11: z-Werte-Verteilungen für jede der drei t0-Stufen und den t2-Ergebnissen	84
Abbildung 12: Muster-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungvergleiches (somatische Indikationsbereiche)	96
Abbildung 13: Beispiel für die Detailübersicht über die Beantwortung der einzelnen Items der Patientenzufriedenheit (Bericht Teil II) (somatische Indikationsbereiche, Qualitätsunterdimension Ärztliche Betreuung der Einrichtung).....	97
Abbildung 14: Beispiel-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungvergleiches zur Patientenzufriedenheit ..	100
Abbildung 15: Beispiel-Tabelle zur Darstellung der Befunde zu den ereignisorientierten Items (Indikationsbereich „Psychische/psychosomatische Erkrankungen“)	100

1 Einleitung

Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an **einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung** zu beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen (§§ 135a Abs. 2 SGB V, 37 SGB IX). Das Nähere zu den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement ist in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V geregelt. In der Vereinbarung werden relevante Begriffe wie "Qualität", "externe Qualitätssicherung" und "internes Qualitätsmanagement" definiert. Auf dieser Basis werden die Inhalte und konkreten Anforderungen der **externen Qualitätssicherung** und des internen Qualitätsmanagements festgelegt. Die Vereinbarung wurde zum 1. Juni 2008 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sowie der stationären Vorsorgeeinrichtungen geschlossen.

Danach sind **Ziele** der vergleichenden Qualitätsanalysen insbesondere

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

Das vorliegende **Methodenhandbuch** für die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens dient zum einen als Grundlage für das Vergabeverfahren der unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V und zum anderen als Information für die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen.

In dem Methodenhandbuch wird die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens erläutert. Die Information und Instruktion der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen über den konkreten Ablauf des QS-Reha®-Verfahrens erfolgen im Rahmen von **Schulungen** sowie durch separate Informationsmaterialien. Die Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V organisiert die Datenerhebung, erfasst die Daten, wertet sie aus und stellt den beteiligten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie den Krankenkassen die Ergebnisse des QS-Reha®-Verfahrens zur Verfügung.

Die Kosten der externen Qualitätssicherung tragen die Krankenkassen (§ 137d Abs. 1 Satz 8 SGB V). Hierunter fallen Kosten für die Tätigkeit der Auswertungsstelle, für die Bereitstellung der Online-Erfassung der Struktur- und Prozesskriterien der Einrichtungen, für die Bereitstellung der Online-Erfassung der Behandlerbögen, für den Druck und Versand von papierbasierten Patientenfragebögen, für die Auswertung der Daten und für die

Erstellung der Ergebnisberichte. Hierzu zählen jedoch nicht die Aufwendungen, die den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen mit der Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens entstehen (z. B. Personalaufwände).

Das QS-Reha®-Verfahren wurde von der Sektion für Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung (SEVERA) am Universitätsklinikum Freiburg im Breisgau¹ unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus Rehabilitationseinrichtungen und Vertreterinnen und Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen für die **somatischen Indikationen** konzipiert und abgestimmt. Durch das Hamburger Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) erfolgten Anpassungen und Weiterentwicklungen des Verfahrens für die Qualitätssicherung der stationären medizinischen Rehabilitation bei **psychischen Erkrankungen**. Federführend in der Entwicklung des Verfahrens und der Instrumente bei Maßnahmen der **Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge** war das Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg. Der Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation wurde unter Mitwirkung von Expertinnen und Experten aus dem UKE und der SEVERA konzipiert, im Bereich der Geriatrie hat die IGES Institut GmbH die Instrumente für die Erhebung der Strukturqualität entwickelt. Die Instrumente zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit in der Geriatrie hat die BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH (BQS-Institut) entwickelt. Im Sinne einer mittelfristigen trägerübergreifenden Harmonisierung der Verfahren zur Qualitätssicherung wurde bei der Konzeption des QS-Reha®-Verfahrens – unter Wahrung der Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten der gesetzlichen Krankenkassen – auf die Erfahrungen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung zurückgegriffen. Einzelne Messinstrumente konnten in Kooperation mit der Gesetzlichen Rentenversicherung entwickelt werden.

Den inhaltlichen Schwerpunkt des QS-Reha®-Verfahrens der gesetzlichen Krankenkassen bilden die „**Ergebnisberichte**“, welche eine externe Erhebung und Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit umfassen (Farin et al. 2003). Die einzelnen Instrumente, die im QS-Reha®-Verfahren innerhalb der jeweiligen Qualitätsdimension zum Einsatz kommen, wurden für jeden Indikationsbereich in einer Konzeptphase entwickelt bzw. im Hinblick auf indikationsspezifische Erfordernisse angepasst, bevor sie in einer Pilotphase in Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen erprobt wurden, um schließlich in ein **Routineverfahren** überführt zu werden.

Das Methodenhandbuch beschreibt den **Ablauf** der Organisation der Datenerhebungen im QS-Reha®-Verfahren und bietet eine **Darstellung der Vorgehensweisen bei den Auswertungen und der Berichterstellung**. Es wird durch die Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V ergänzt und fortgeschrieben.

¹ Bis zum März 2016 führte die Sektion die Bezeichnung „Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)“.

Gemäß § 299 Abs. 3 SGB V bestimmen die Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V gemeinsam eine unabhängige Stelle zur Auswertung der für die Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten. 2011 haben die Vertragspartner sich nach einer internationalen Ausschreibung entschieden, das BQS-Institut mit der Datenerhebung und -auswertung des QS-Reha®-Verfahrens zu beauftragen. Ab dem Jahr 2021 wurde das aQua-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) zusammen mit dem Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit der Pädagogischen Hochschule Freiburg (PHFR) als unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V benannt.

Die vorliegende 5. überarbeitete Version des Methodenhandbuchs berücksichtigt Änderungen des Verfahrens (u.a. Aktualisierung datenschutzrechtlicher Aspekte, Definition primärer und sekundärer Drop-Outs, Ergänzung der dialogrelevanten Kriterien, Aktualisierung der Erhebungsinstrumente), die auf zwischenzeitlichen Änderungsbeschlüssen des Gemeinsamen Ausschusses des GKV-Spitzenverbandes zum QS-Reha®-Verfahren beruhen. Das langfristige Ziel ist, die bisher unterschiedlichen Verfahren, Vorgehensweisen und Formen der Ergebnisdarstellung für die unterschiedlichen Indikationsbereiche fachlich begründet soweit wie möglich zu vereinheitlichen.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst ein Überblick über den Umfang des QS-Reha®-Verfahrens und die darin erfassten Qualitätsdimensionen gegeben. Eine Übersicht über das QS-Reha®-Verfahren insgesamt und die beteiligten Einrichtungen ist auf der Homepage www.qs-reha.de des GKV-Spitzenverbandes zu finden.

2 Umfang des QS-Reha®-Verfahrens

2.1 Geltungsbereich

Das QS-Reha®-Verfahren zielt darauf ab, alle Rehabilitationseinrichtungen und stationären Vorsorgeeinrichtungen in die vergleichende externe Qualitätssicherung einzubeziehen. Eine vollständige Umsetzung ist zurzeit noch nicht realisiert. Derzeit nehmen folgende Indikationen und Versorgungsbereiche am Verfahren teil:

1) stationäre somatische und psychosomatische Indikationen:

- Geriatrie
- Kardiologie
- Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK)
- Dermatologie
- Pneumologie
- Gastroenterologie/Nephrologie/Stoffwechselerkrankungen
- Onkologie
- Neurologie (Phase C und D)
- Psychosomatik/psychische Erkrankungen

2) ambulante somatische Indikationen:

- Geriatrie
- Kardiologie
- Muskuloskelettale Erkrankungen

3) stationäre Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge

- **Vorsorge (Behandlungsschwerpunkte)**
 - Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen
 - Kardiologie
 - Orthopädie/MSK
 - Pneumologie/Dermatologie
 - Psychosomatik
- **Rehabilitation (Indikationen)**
 - Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen
 - Kardiologie
 - Orthopädie/MSK
 - Pneumologie/Dermatologie
 - Psychosomatik

4) Kinder- und Jugendrehabilitation (mit folgenden Indikationen)

- Adipositas
- Krankheiten der Atmungsorgane
- Cystische Fibrose (Mukoviszidose)
- Dermatologie
- Diabetes
- Entwicklungsstörungen
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Onkologie
- Orthopädie
- Psychosomatik/Verhaltensstörung
- Rheumatologie
- seltene Stoffwechselerkrankungen.

Für die geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen wurden bis zum Jahr 2017 nur die Merkmale der Strukturqualität erfasst. Seit 2018 werden in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zusätzlich Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit mittels eines eigens für diesen Indikationsbereich entwickelten Verfahrens gemessen. Dieses basiert auf einer individualisierten Ergebnismessung und unterscheidet sich teils deutlich von den Verfahren in anderen Indikationsbereichen: Für jede Patientin bzw. für jeden Patienten wird auf Basis ihres bzw. seines individuellen Rehabilitations-Zieles Fragebögen zusammengestellt. Alternativ besteht die Möglichkeit der Befragung einer Bezugsperson, falls die Patientin oder der Patient nicht an der Befragung teilnehmen kann oder will. Aus diesem Grund wird an zahlreichen Stellen des Methodenhandbuches auf die Besonderheiten der Methodik der Qualitätssicherung im Bereich der Geriatrie eingegangen.

Die stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation werden seit 2018 in das QS-Reha®-Verfahren einbezogen.

2.2 Aufbau der Auswertung

Im QS-Reha®-Verfahren werden für jede Fachabteilung einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mindestens drei, gegebenenfalls vier **Auswertungsberichte** erstellt:

1. **Ergebnisbericht Teil I vor Visitation** enthält die Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität². Diese basieren auf den Daten, die mit dem Einrichtungsbogen von den Einrichtungen im Rahmen einer Selbstbewertung erhoben werden.
2. Sofern eine Visitation durchgeführt wird, erhält die Fachabteilung darüber einen gesonderten **Visitationsbericht**.
3. **Ergebnisbericht Teil I nach Visitation** enthält die auf Grundlage der Visitation aktualisierten Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität³ (sowohl die ggf. aktualisierten einrichtungsspezifischen Erfüllungsgrade als auch die aktualisierten Referenzwerte). Diesen Bericht enthalten die visitierten als auch die nicht-visitierten Fachabteilungen.
4. **Ergebnisbericht Teil II** enthält die Resultate zur Ergebnisqualität, zur Patientenzufriedenheit und weitere Ergebnisse zur Prozessqualität sowie die zusammenfassende Qualitätssynopse. Sie basieren auf den Daten, die im Rahmen der Patienten³- und Behandlerbefragung erhoben werden.

² Im Bereich Geriatrie werden mit dem Strukturhebungsbogen keine Prozessmerkmale erhoben und daher hier auch nicht dargestellt.

³ Im Bereich Geriatrie werden zur Messung der Ergebnisqualität, wenn möglich, alternativ Bezugspersonen befragt, falls Patientinnen und Patienten an der Befragung nicht teilnehmen können oder wollen.

2.3 Qualitätsdimension

Im QS-Reha®-Verfahren werden die **Qualitätsdimensionen**

- Struktur- und Prozessqualität,
- Ergebnisqualität und
- Patientenzufriedenheit

erfasst und ausgewertet.

Zur Darstellung der Qualitätsdimensionen variieren die erfassten Qualitätsunterdimensionen zwischen den einzelnen Indikationsbereichen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsauftrag der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Daraus ergeben sich zum Teil auch Differenzierungen bei der Auswertung und bei der Interpretation der Ergebnisdarstellungen. Nähere Ausführungen dazu enthalten die Abschnitte zu den jeweiligen Qualitätsdimensionen im Kapitel 4.

2.3.1 Struktur- und Prozessqualität

Für die Prüfung der **Struktur- und Prozessqualität**⁴ wurden in einem mehrstufigen formalen Konsensverfahren unter Beteiligung medizinischer und nicht-medizinischer Expertinnen und Experten aus Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung Anforderungen definiert, die sowohl Aspekte der Strukturqualität als auch strukturnahe Prozessmerkmale abbilden. Diese Anforderungen differenzieren sich in **Basiskriterien (BK)** und **Zuweisungssteuerungskriterien (ZW)** (Klein et al. 2004) sowie seit dem 4. Zyklus (2021-2023) vier (bzw. seit dem 5. Zyklus fünf) **dialogrelevante Kriterien (DK)**. Diese Kriterien werden über den Einrichtungsbogen erfasst. Basiskriterien sind grundlegende Qualitätsanforderungen an eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation bzw. Vorsorge. Sie gehen in die Bewertung der Qualität ein. Dialogrelevante Kriterien sind Basiskriterien, die als besonders relevant erachtet werden und daher bei einer Nichterfüllung unabhängig von den weiteren Qualitätsergebnissen zu der Durchführung eines Qualitätsdialogs führen. Zuweisungssteuerungskriterien 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. Die Strukturhebungsbögen sind generell so aufgebaut, dass zuerst die Strukturqualität und anschließend die strukturnahen Prozessmerkmale abgefragt werden.

⁴ Im Bereich Geriatrie wurde die Messung der Prozessqualität gesondert und konzeptionell abweichend entwickelt.

Inhaltlich beziehen sich die Anforderungen je nach Indikationsbereich auf unterschiedliche Themengebiete:

Somatik und Psychische/psychosomatische Erkrankungen⁵

1. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
2. Medizinisch-technische Ausstattung
3. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung
4. Personelle Ausstattung
5. Konzeptionelle Grundlagen
6. Interne Kommunikation und Personalentwicklung (nur stationär) bzw. internes Qualitätsmanagement (nur ambulant)
7. Patientenorientierung
8. Interne Organisation

Im Mutter-/Vater-Kind-Bereich werden folgende Themengebiete erhoben und dargestellt:

Mutter-/Vater-Kind

1. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
2. Medizinisch-technische Ausstattung
3. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung
4. Personelle Ausstattung
5. Konzeptionelle Grundlagen
6. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Für die Abschnitte 1. sowie 3. bis 5. werden die Merkmale ergänzend zum Kernfragebogen zusätzlich über den kinder- und interaktionsspezifischen Fragebogen erfasst – sofern die Einrichtungen eine Unterbringung von Kindern ermöglichen (siehe Abschnitt 4.1.1). In die Abschnitte 1. bis 3. fließen zudem indikationsspezifische Merkmale mit ein. Diese Merkmale werden über indikationsspezifische Fragebögen erfasst.

⁵ Der Indikationsbereich der neurologischen Rehabilitation wird – sofern nicht anders angegeben – im Folgenden den somatischen Indikationen zugeordnet. Aussagen zu somatischen Indikationsbereichen gelten damit ebenfalls im Bereich der neurologischen Rehabilitation.

In der Indikation Geriatrie werden folgende Themengebiete erhoben und dargestellt:

Geriatric

1. Allgemeine Merkmale und allgemeine räumliche Ausstattung
2. Räumliche Ausstattung der Station, Patientenzimmer und therapeutische Räumlichkeiten
3. Apparative und medizintechnische Ausstattung
4. Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum
5. Personelle Ausstattung

In der Indikation Kinder und Jugend werden folgende Themengebiete erhoben und dargestellt:

Kinder und Jugend

1. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
2. Medizinisch-technische Ausstattung
3. Patientenbetreuung, Diagnostik, Therapeutische Behandlungen, Schulungen
4. Personelle Ausstattung
5. Konzeptionelle Grundlagen
6. Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Die Erhebung erfolgt in den Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen durch einen Online-Erhebungsbogen (sog. **Strukturerhebung**) und wird ggf. durch eine **Visitation** in der Einrichtung vertieft (siehe Abschnitt 4.3).

Die noch im ersten Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens berücksichtigten Kriterien zum internen Qualitätsmanagement werden im stationären Bereich nicht mehr erhoben, da die Rehabilitationseinrichtungen nach § 37 Abs. 3 SGB IX gesetzlich verpflichtet sind, ihr einrichtungsinternes Qualitätsmanagement zertifizieren zu lassen und einen entsprechenden Nachweis zu führen.

Die Erfüllung weiterer Anforderungen an die Prozessqualität wird durch eine **Patientenbefragung** (siehe Abschnitt 4.2) gemessen, bei der das Vorkommen von Ereignissen, die eng mit wichtigen Prozessen des Rehabilitationsverlaufs verknüpft sind, erhoben wird.

Erfasst werden folgende Qualitätsunterdimensionen:

Somatik

- Behandler-Patient-Kommunikation
- Therapie und Pflege
- Nachsorge

Psychische/psychosomatische Erkrankungen

- Kommunikation mit dem Patienten
- Therapieablauf

Mutter-/Vater-Kind

- „Die Ankunft in der Klinik“
- „Die Planung Ihrer Therapie“
- „Ihre Behandlungen“
- „Der Alltag in der Klinik“
- „Das Ende Ihres Aufenthaltes in der Klinik“

Im Bereich Mutter-/Vater-Kind werden mittels des Elternbogens-Nachbefragung die Merkmale des sog. „idealen Prozesses“ (Musekamp et al. 2014) erhoben. Anders als in den übrigen Indikationen wird die Prozessqualität im Mutter-/Vater-Kind-Bereich zusätzlich mit Hilfe von fallbezogenen Routinedokumentationsdaten über einen **Behandlerbogen** erfasst.

Geriatric

- Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben
- Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln
- Medizinische Informationen mit Patienten besprechen
- Therapieplanänderungen
- Informationen für die Zeit nach der Reha geben

Im Bereich Geriatric erfolgt die Messung der Prozessqualität ausschließlich durch die Befragung von Patientinnen und Patienten. Bezugspersonen werden zu dieser Qualitätsdimension nicht befragt.

Kinder und Jugend

Bei Kinder und Jugend werden über den Patientenfragebogen keine Merkmale zur Prozessqualität erhoben.

2.3.2 Ergebnisqualität

Zur Messung der **Ergebnisqualität** werden die teilnehmenden Patientinnen und Patienten zu zwei Messzeitpunkten (zum Reha-Beginn und sechs Wochen nach dem Ende der Maßnahme) befragt. Im Bereich der Geriatric erfolgt die Nachbefragung zwei Wochen nach Entlassung aus der Rehabilitation. Im Bereich Kinder und Jugend werden die teilnehmenden Patientinnen und Patienten nur zu einem Messzeitpunkt befragt, nämlich sechs Wochen nach dem Ende der Reha-Maßnahme. Dabei kommen folgende Fragebögen zum Einsatz:

Somatische Indikationen: Fragebogen „Indikatoren des Reha-Status“ (IRES-3) (Frey et al. 2007).

Der IRES-3-Fragebogen erfasst den somatischen, funktionalen und psychosozialen Status der Patientinnen und Patienten mit folgenden Skalen:

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

Indikationsbereich psychischer und psychosomatischer Störungen: HEALTH-49 Fragebogen (Rabung et al. 2007; Rabung et al. 2009).

Der HEALTH-49 Fragebogen erfasst zentrale Aspekte psychosozialer Gesundheit auf den folgenden Skalen:

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

Mutter-/Vater-Kind Bereich: Patientenseitige Angaben aus verschiedenen Instrumenten, u.a. aus dem PHQ-D (Löwe et al. 2002) (Depressive Störung (PHQ-9), somatoforme Störung (PHQ-15)) und aus der Subskala „Funktionsfähigkeit im Alltag“ des IRES-24 (Frey et al. 2007) (siehe Abschnitt 4.5.3).

Geriatric: Die Messung der Ergebnisqualität erfolgt, wie eingangs beschrieben, mit einem speziellen Verfahren, das vom BQS-Institut eigens für diesen Bereich entwickelt wurde (Birkner und Kwietniewski 2018). Der Bereich Geriatric zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass die Beschwerdebilder der Patientinnen und Patienten besonders unterschiedlich sind, die therapeutischen Maßnahmen sich entsprechend von Person zu Person unterscheiden und der Behandlungserfolg sich daher nicht für alle geriatrischen Reha-Patientinnen und -Patienten einheitlich darstellt. Die zu behandelnden Personen haben ein vergleichsweise hohes Lebensalter, sind oftmals multimorbide und leiden häufig unter kognitiven Einschränkungen.

Mit diesem Verfahren wird daher eine individualisierte Messung der Ergebnisqualität realisiert. Für jede Patientin und jeden Patienten wird durch die Behandlerin oder den Behandler ein individueller Fragebogen auf der Grundlage der gemeinsam festgelegten Reha-Ziele online zusammengestellt. Zudem werden gegebenenfalls Bezugspersonen zur individualisierten Messung der Ergebnisqualität herangezogen, wenn Patientinnen und Patienten an der Befragung nicht teilnehmen können oder möchten. Die Bezugspersonen erhalten einen Fragebogen, der so konstruiert ist, dass er nur diejenigen Fragen über den Zustand der Patientin bzw. des Patienten enthält, welche durch eine dritte Person eingeschätzt werden können (siehe Abschnitt 4.5.4).

Kinder- und Jugend (Deutsche Rentenversicherung 2017): Je nach Alter des Kindes wird entweder der Kinderfragebogen (von den Eltern) oder der Jugendfragebogen (vom Jugendlichen selbst) ausgefüllt. Die Fragebögen wurden von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) entwickelt und werden in Abstimmung mit der DRV verwendet. Die Details der Auswertung der Ergebnisqualität sind seit dem 3. Zyklus festgelegt und werden in Abstimmung mit der DRV weiterentwickelt. Es werden folgende Skalen abgefragt:

Kinderfragebogen

- Therapien, Behandlungen und Schulungen II (Elternperspektive)
- Ziele und Erfolg
- Problemverbesserung
- Schulunterricht
- Schulungs- und Gesprächsangebote I
- Schulungs- und Gesprächsangebote II
- Umgang mit der Erkrankung
- Alltag
- Kontakt
- Reha-Erfolg

Jugendfragebogen

- Schulunterricht
- Ziele und Erfolg
- Problemverbesserung
- Schulungen und Anleitungen
- Umgang mit der Erkrankung
- Reha-Erfolg

Der jeweilige indikationsspezifische Fragebogen ist in den **Patientenbogen** integriert.

2.3.3 Patientenzufriedenheit

Die **Patientenzufriedenheit** wird bei allen an der Befragung teilnehmenden Personen sechs Wochen – in der Geriatrie zwei Wochen – nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der Nachbefragung erhoben. Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit in der **stationären Somatik**, welcher auf einem Instrument des Instituts für Sozialmedizin der Universitätsklinik Lübeck basiert (Raspe et al. 1997), erfasst die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Skalen:

- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch die Pflegekräfte
- Psychologische Betreuung
- Behandlungen
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung
- Freizeitmöglichkeiten (nur stationär)
- Rehabilitationsergebnis

Im **ambulanten somatischen Bereich** unterscheiden sich die Skalen, bedingt durch das Setting, leicht:

- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch die Therapeuten
- Psychologische Betreuung
- Behandlungen
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung
- Maßnahmen-Organisation
- Rehabilitationsergebnis
- Attraktivität und Empfehlung

Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** wurde, ebenfalls basierend auf dem Instrument des Instituts für Sozialmedizin der Universitätsklinik Lübeck (Raspe et al. 1997), ein indikationsspezifisches Instrument entwickelt, das die **Besonderheiten des Indikationsbereiches** und der dort behandelten Patientinnen und Patienten valide abbildet. Die von ihm erfassten Skalen sind:

- Betreuung durch die Pflegekräfte
- Ärztliche Betreuung
- Psychotherapeutische Betreuung
- Klima
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Entspannungstherapie etc.)
- Behandlungen III (physiologisch orientierte Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen)
- Organisation
- Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** wird die Patientenzufriedenheit mittels des Elternfragebogens erhoben und anhand des ZUF-8 (Schmidt et al. 1989) und einer adaptierten und modifizierten Form des von der Universitätsklinik Freiburg konzipierten Zufriedenheitsbogens gemessen:

- Allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung
- Bewertung der Umsetzung der Maßnahmenziele in der Einrichtung

Im **Bereich Geriatrie** wird die Patientenzufriedenheit mit einem eigens von der BQS entwickelten Fragebogen erhoben:

- Zuverlässigkeit/ Zugewandtheit des Klinikpersonals
- Respekt des Klinikpersonals
- Diskretion des Klinikpersonals
- Leistungen der Therapeuten
- Belastung durch die Therapien
- Hotelleistungen
- Zufriedenheit mit dem Sozialdienst
- Globalbewertung der Reha-Einrichtung

Für ambulant und stationär behandelte Personen wird die Patientenzufriedenheit unterschiedlich erhoben, da für die einzelnen Qualitätsunterdimensionen teilweise zusätzliche spezifische Fragen abgefragt werden.

Im **Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation** wird geprüft und mit der DRV abgestimmt, in welche Qualitätsunterdimensionen die Patientenzufriedenheit aufzuteilen ist. Momentan werden folgende Dimensionen abgefragt:

- Zufriedenheit
- Therapien, Behandlungen und Schulungen

Die im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens fokussierten Qualitätsdimensionen, die eingesetzten Messinstrumente sowie Informationen zur Datengewinnung und zu den Erhebungszeiträumen sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

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

Qualitätsdimensionen	Instrument	Datengewinnung	Erhebungszeitraum
Strukturqualität	Einrichtungsbogen	Die Einrichtung füllt den Online-Einrichtungsbogen aus.	Innerhalb von 2 Monaten nach Beginn der Datenerhebung
	Ggf. Visitation*	Der vorausgefüllte Einrichtungsbogen 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 Einrichtungsbogens durch die Einrichtung
Prozessqualität	Einrichtungsbogen	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 ⁶	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) ⁷	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 ⁸ nach Entlassung der Patientin oder des Patienten.
Patientenzufriedenheit	Patientenbogen (Nachbefragung)	Siehe Ergebnisqualität	Siehe Ergebnisqualität

*in den Einrichtungen finden Visitationen statt (s. Abschnitt 4.3)

⁶ Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Behandlerbogen.

⁷ Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Patientenbogen zum Reha-Beginn. Im Bereich der Geriatrie werden ggf. auch Bezugspersonen befragt.

⁸ Im Bereich der Geriatrie wird der Bogen zwei Wochen nach der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten versandt.

Besonderheiten Geriatrie:

Im Bereich Geriatrie wird bei Nicht-Teilnahme der Patientin oder des Patienten für die Befragung nach Möglichkeit eine Bezugsperson in das Verfahren einbezogen, für die es angepasste Fragebögen (Beginn und Nachbefragung) gibt.

Besonderheiten Kinder und Jugend:

Je nach Alter des Kindes wird entweder der Kinderfragebogen (Kinder bis 11 Jahre) von den Eltern oder der Jugendfragebogen (Jugendliche ab 12 Jahre) vom Kind selbst ausgefüllt. Der Behandlerbogen entfällt nach derzeitigem Stand des Verfahrens.

3 Organisation und Durchführung

Das QS-Reha®-Verfahren wird regelmäßig (alle drei Jahre) in den teilnehmenden Fachabteilungen durchgeführt. Zu einem bestimmten Stichtag wird festgelegt, welche Fachabteilungen eines Indikationsbereiches am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen. Die Qualitätsergebnisse der Fachabteilungen haben eine Gültigkeit von drei Jahren. Liegen nach diesem Zeitraum keine neuen Ergebnisse vor, darf auf die alten Ergebnisse zu den in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V genannten Zwecken nicht mehr Bezug genommen werden.

Bevor die Datenerhebung in den Einrichtungen beginnen kann, müssen zunächst die teilnehmenden Einrichtungen für den aktuellen Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens ermittelt werden. Hierzu erhält die unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs.3 SGB V eine **Liste zur Teilnahme verpflichteter Einrichtungen** vom GKV-Spitzenverband, welcher vorab mit den Vertretern der Krankenkassen auf Landesebene sowie der Deutschen Rentenversicherung die Teilnahmeverpflichtung der einzelnen Fachabteilungen abgeglichen hat. Diese Einrichtungen werden nach Kommunikation mit der Auswertungsstelle für das Verfahren registriert, damit die Einrichtung anschließend eine **zentrale Koordinatorin** bzw. einen **zentralen Koordinator** plus Stellvertretung für die Teilnahme am Verfahren benennen kann. Diese Personen erhalten Zugangsdaten für das Extranet des QS-Reha®-Verfahrens sowie eine **vorbereitende Schulung** durch die Auswertungsstelle (siehe Abschnitt 3.2). Darüber hinaus werden von der Auswertungsstelle weitere **vorbereitende Maßnahmen** für die Datenerhebung durchgeführt, insbesondere der Druck der Erhebungsunterlagen⁹, sowie die Versendung der Unterlagen an die Vor- und Rehabilitationseinrichtungen.

⁹ Im Bereich der Geriatrie wird aufgrund der individualisierten Befragung ein Teil der Erhebungsunterlagen (Patienten- und Bezugspersonenfragebögen) von den Einrichtungen ausgedruckt.

Der vorliegende Abschnitt gibt einen detaillierten Überblick über den **Ablauf der Datenerhebung** in der Einrichtung und beschreibt die **Vorgehensweisen bei der Datenverarbeitung** durch die Auswertungsstelle. Abschließend werden tabellarisch die Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf des QS-Reha®-Verfahrens dargestellt (siehe Tabelle 2 und Tabelle 3).

3.1 Erhebungsunterlagen

Befragung der Einrichtung

Die **Strukturhebungsbögen** liegen in indikationsspezifischen Versionen vor und sind in acht Bereiche der Struktur- und Prozessqualität¹⁰ aufgeteilt. In allen Indikationsbereichen werden web-basierte Strukturhebungsbögen eingesetzt, die von den Einrichtungen online ausgefüllt werden. Die Auswertungsstelle stellt den Koordinatorinnen und Koordinatoren der Einrichtungen hierfür individuelle Zugangsdaten zur Verfügung.

Befragung der Behandlerinnen und Behandler

Die **Behandlerbögen** werden den Einrichtungen ebenfalls als web-basierte Fragebögen zur Verfügung gestellt.¹¹ Sie dienen im Wesentlichen als Grundlage für die Risikoadjustierung (siehe Abschnitt 4.5).

Für alle während der Befragung konsekutiv einbezogenen Patientinnen und Patienten müssen Behandlerbögen ausgefüllt werden. Sind Patientinnen bzw. Patienten z. B. nicht in der Lage an der Erhebung teilzunehmen oder verweigern die Teilnahme, sind während der Rekrutierungsphase für jede nicht-teilnehmende Person (primäre Drop-Outs) von den Behandlerinnen und Behandlern sog. Drop-Out-Bögen mit der Angabe entsprechender Gründe für die Nichtteilnahme auszufüllen.

Im Bereich Geriatrie wird bei Ausfall der Patientin oder des Patienten für die Befragung nach Möglichkeit eine Bezugsperson in das Verfahren einbezogen. Nur wenn beide an der Befragung nicht teilnehmen, wird ein Drop-Out-Bogen ausgefüllt.

Die Behandlerbögen der somatischen Indikationsbereiche sind teilweise mit **indikationsspezifischen Abschnitten versehen:**

- Kardiologie: indikationsspezifische Fallgruppen, Einschätzung der kardialen Situation
- MSK: indikationsspezifische Fallgruppen
- Neurologie: Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatriische Rehabilitation (Gerdes et al. 2012)
- Onkologie: Karnofsky-Index (Mor et al. 1984)
- Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen/Nephrologie: Karnofsky-Index (Erfassung des funktionalen Status) (Mor et al. 1984)

¹⁰ Ausnahme: Im Bereich Geriatrie werden mit dem Strukturhebungsbogen nur fünf Strukturmerkmale erhoben.

¹¹ Ausnahme: Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Behandlerbogen.

Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** liegt ein gesonderter Behandlerbogen vor.

Der Behandlerbogen für **geriatrische Rehabilitationseinrichtungen** gliedert sich in vier Teile:

- Teil A1 - Teilnahme: In diesem Teil erfolgt die Basisdokumentation der Befragung: wer nimmt teil, ggf. primärer Drop-Out-Grund, Alter und Geschlecht der Patientin bzw. des Patienten, Aufnahmedatum, Bewilligungsdauer und Zugangsweg.
- Teil A2 - Rehabilitationsbeginn: In diesem Abschnitt werden die Basisdaten der Patientin bzw. des Patienten erfasst: Vorgeschichte, rehabilitationsbegründende und weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen, Medikamente, Pflegegrad, Sturzanamnese, vorausgegangene Krankenhausaufenthalte, Sozialanamnese sowie die Dokumentation der Basis-Assessments bei Aufnahme zu den Bereichen: Sehen, Hören, Schlucken, Kognition (Folstein et al. 1975), Delir, psychisches Befinden, Ernährungszustand, Körpergewicht, Körpergröße, Dekubitus, alle 10 Scores des motorischen Barthel-Index (Mahoney und Barthel 1965) sowie die behandlerseitige Einschätzung der Rehabilitationsmotivation.
- Teil A3 – Rehabilitations-Ziel: Im dritten Teil wird das mit der Patientin bzw. dem Patienten vereinbarte individuelle Rehabilitation-Ziel als Fließtext eingegeben, die Auswahl der Reha-Zielkategorien dokumentiert und ggf. weitere Rehabilitations-Ziele angegeben. Bei der Online-Erfassung des Behandlerbogens wird die Erstellung der für diesen Fall erforderlichen individualisierten Fragebögen durch Abschluss des A3-Bogens gestartet. Gleichzeitig wird dieser Teil gegen nachträgliche Änderungen gesperrt.
- Teil A4 – Rehabilitationsende: Im vierten Teil werden der Rehabilitations-Verlauf (Verlängerung, unerwünschte Ereignisse), behandlerseitige Einschätzungen des Therapieerfolges sowie Angaben zur Entlassung erfasst.

Mit Abschluss der Eingaben in Teil A3 sowie Angaben zur Teilnahme im Teil A1, werden die individualisierten Fragebögen erstellt. Änderungen an den Eingaben und an den Fragebögen sind nachträglich nicht möglich.

Im primären Drop-Out-Fall sind die Teile A1 und A2 vollständig zu dokumentieren.

3.1.1 Befragung der Patientinnen und Patienten

In die Befragung werden maximal 150 volljährige¹² Patientinnen und Patienten¹³ konsekutiv eingeschlossen, deren Maßnahme von der GKV getragen wird und die ihre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme im Zeitraum der Patientenbefragung beginnen. Voraussetzung der Teilnahme ist die informierte Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten.

¹² In MVK und KiJu werden auch Minderjährige eingeschlossen.

¹³ In Geriatrie können auch Bezugspersonen eingeschlossen werden.

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

- Einverständniserklärung bzw. Erklärung der Nicht-Teilnahme und Patienteninformation
- Patientenbogen Reha-Beginn
- Patientenbogen Nachbefragung
- Freigemachter DIN-A4-Umschlag zum Versand des Patientenbogens Nachbefragung durch die Einrichtung an die Patientin bzw. den Patienten
- Freigemachter DIN-A4-Umschlag zur Rücksendung des Patientenbogens Nachbefragung durch die Patientin bzw. den Patienten an die Auswertungsstelle.

Im Bereich **Mutter-/Vater-Kind** gibt es einen Elternfragebogen, einen Jugendfragebogen für behandlungsbedürftige Kinder ab 12 Jahren und einen Kinderfragebogen für behandlungsbedürftige Kinder bis 11 Jahren. Nicht behandlungsbedürftige Begleitkinder werden nicht in die Befragung einbezogen. Pro Familie muss mindestens eine erziehungsberechtigte Person und können maximal ein Elternteil, ein Jugendlicher und zwei Kinder eingeschlossen werden. Die Fragebögen für die Kinder werden von den Eltern und die Fragebögen für die Jugendlichen von ihnen selbst ausgefüllt.

Im Bereich der **Geriatric** werden die Patientenfragebögen Reha-Beginn und Nachbefragung aufgrund der individualisierten Befragung von den Einrichtungen selbst vor Ort ausgedruckt. Bei den Fragebögen gibt es unterschiedliche Varianten, entweder für teilnehmende Patientinnen und Patienten oder für teilnehmende Bezugspersonen, die alternativ erstellt werden. Die Bezugspersonenbögen enthalten nur die individualisierten Abfragen zur Messung der Ergebnisqualität in der für Bezugspersonen erstellten Parallelversion. Bei den Nachbefragungsbögen wird zwischen ambulant und stationär behandelten Patientinnen und Patienten unterschieden. Alle o. g. Erhebungsunterlagen gibt es auch für die teilnehmenden Bezugspersonen.

Im Bereich **Kinder und Jugend** wird je nach Alter des Kindes einer der beiden Patientenbögen (entweder Kinder- oder Jugendbogen) verwendet – der andere wird verworfen. Die Patientenbögen sind ansonsten für alle Indikationen gleich.

Die Patientenbögen liegen in folgenden Versionen vor:

- stationäre somatische Indikationsbereiche
- ambulante somatische Indikationsbereiche
- Neurologie
- Psychische/psychosomatische Erkrankungen
- Eltern in der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge
- Kinder bis 11 Jahre in der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge
- Kinder ab 12 Jahren in der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge
- Geriatrie (individualisiert)
 - Patientenbogen (Reha-Beginn)
 - Bezugspersonenbogen (Reha-Beginn)
 - Patientenbogen ambulant (Nachbefragung)
 - Patientenbogen stationär (Nachbefragung)
 - Bezugspersonenbogen (Nachbefragung)
- Kinder bis 11 Jahre in der Kinder- und Jugendrehabilitation (Nachbefragung)
- Jugendliche ab 12 Jahren in der Kinder- und Jugendrehabilitation (Nachbefragung).

Alle Dokumente eines Erhebungssatzes (inkl. der elektronischen Behandlerbögen) für eine Patientin oder einen Patienten sind auf der ersten Seite mit einer eindeutigen Patientenidentitätsnummer (Patienten-ID) versehen, um sicher zu stellen, dass die einzelnen Dokumente für die Auswertung zusammengeführt werden können.

Die Einrichtungen erhalten die Pakete mit den papierbasierten Unterlagen spätestens zwei Wochen vor Beginn der Datenerhebung.

Der Beginn der Patientenbefragung soll unverzüglich nach der Aufnahme der jeweiligen Patientinnen und Patienten erfolgen. Der reguläre Erhebungszeitraum beträgt 12 Monate plus Nachbefragungszeitraum. Der Einschluss von Patientinnen und Patienten endet, wenn die 150 zur Verfügung gestellten Fragebogensets verwendet wurden oder spätestens 12 Monate nach Beginn der Befragung¹⁴.

Im Bereich der **Geriatrie** werden, sobald im Behandlerbogen im Teil A3 – Rehabilitations-Ziel die individuelle Auswahl der Reha-Zielkategorien eingegeben wurde, die Fragebögen für den Ausdruck vor Ort erzeugt – entweder für die zu behandelnde Person selbst (Reha-Beginn und Nachbefragung, ambulant/stationär) oder für die Bezugsperson (Reha-Beginn und Nachbefragung). Die Inhalte in den Patienten- und Bezugspersonenbögen sind abhängig von der Auswahl der Reha-Zielkategorien. Die Reha-Beginn- und Nachbefragungs-Bögen werden

¹⁴ Im Bereich der Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge bezieht sich ein Fragebogenset auf jeweils eine Familie.

in der Einrichtung ausgedruckt und nicht von der unabhängigen Auswertungsstelle verschickt, weil die Patientenbögen individuell zusammengestellt werden.

Die Reha-Beginn-Bögen sind für ambulant und stationär behandelte Personen identisch. Bei den Nachbefragungsbögen gibt es für die stationäre und ambulante Versorgungsform zur Erhebung der Prozessqualität und der Patientenzufriedenheit unterschiedliche Fragebogenvarianten.

3.2 Information und Schulung zum QS-Reha®-Verfahren

Zur Vorbereitung, der Vorstellung des QS-Reha®-Verfahrens und der Organisation der Erhebung in den Einrichtungen erhalten die Koordinatorinnen und Koordinatoren der Einrichtungen von der Auswertungsstelle Unterlagen für die Umsetzung.

Die Auswertungsstelle richtet ein **Extranet** des QS-Reha®-Verfahrens ein. Das Extranet dient der Registrierung der Einrichtungen für die Onlinedatenübermittlung, der Kommunikation der Auswertungsstelle mit den Einrichtungen, dem Download von Unterlagen und der Ergebnisberichte sowie der Information der Einrichtungen über den Stand des Verfahrens.

Die Koordinatorinnen und Koordinatoren werden im Rahmen einer **Schulungsveranstaltung** über folgende Inhalte informiert:

- Rechtliche Grundlagen und Ziele des QS-Reha®-Verfahrens
- Konzeption des QS-Reha®-Verfahrens
- Handhabung der Instrumente
- Datenschutzrechtliche Anforderungen
- Genereller Ablauf in der Einrichtung sowie
- zu organisierende Arbeitsabläufe.

Die Schulung richtet sich an alle zentralen Koordinatorinnen und Koordinatoren vor dem Teilnahmebeginn ihrer Einrichtung am QS-Reha®-Verfahren und werden im Rahmen von eintägigen Informationsveranstaltungen durchgeführt. Diese Veranstaltungen sind für eine maximale Teilnehmerzahl von 75 konzipiert. Die Auswertungsstelle bietet ausreichend viele Koordinatorenschulungen an.

3.3 Unterlagen zur Organisation der Erhebung in der Einrichtung

Zur Durchführung des QS-Reha®-Verfahrens erhalten die zentralen Koordinatorinnen und Koordinatoren der Einrichtungen über das Extranet sämtliche für die Organisation wichtigen **Unterlagen** und Hilfsmittel für die Umsetzung. Diese werden für jeden Zyklus in der aktuell gültigen Version zur Verfügung gestellt.

Folgende Dokumente sind hierbei umfasst:

- Einrichtungsbogen
- Katalog der Basis-, dialogrelevanten- und Zuweisungssteuerungskriterien der Struktur- und Prozessqualität (entspricht den Abfragen im web-basierten Einrichtungsbogen)
- Behandlerbogen
- Word-Dokumente/PDF-Dateien mit Hinweisen und Vorlagen zur Projektorganisation und -durchführung:
 - Methodenhandbuch zur Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens
 - Fragen an die zentrale Koordinatorin bzw. den zentralen Koordinator zur effektiven Organisation
 - Informationsblatt Datenschutz (angepasst an DSGVO)
 - Formular für die Einwilligung der Patientinnen und Patienten
 - Hinweise für die Behandlerinnen und Behandler
 - Instruktion Behandlerbogen
 - Hinweise zum Ausfüllen der Fragebögen
 - Patientenliste
 - Gesamtstatusliste
 - Vorlage Anschreiben Nachbefragung
 - Vorlage Erinnerungsschreiben Nachbefragung
 - Prozessbeschreibungen

3.4 Datenerhebung in den Einrichtungen

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

Datenerhebungszeitraum*	Erhebungsphase	Datenquelle		
		Patient/in, Bezugsperson ¹⁶	Behandler/in	Zentrale/r Koordinator/in
1. – 2. Monat	Strukturerhebung			Einrichtungsbogen
4. – 16. Monat	"Aufnahme"	Patientenbogen (Beginn) ¹⁷ und Einverständniserklärung	Behandlerbogen ¹⁸ (Drop-Out Bogen)	
4. – 17. Monat	"Entlassung"		Behandlerbogen (nur Neurologie, Psychosomatik/ psych. Erkrankungen, Geriatrie stationär/ambulant und MVK) ¹⁹	
5. – 18. Monat	"2/6 Wochen nach Entlassung"	Patientenbogen (Nachbefragung)		

*Datenerhebungszeitraum: Die aufgeführten Erhebungszeiträume können in Abhängigkeit von der Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten und der Anzahl teilnehmender Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen leicht variieren.

3.5 Datenannahme und Dateneingabe durch die Auswertungsstelle

Die Auswertungsstelle erhält von den Einrichtungen ausschließlich **pseudonymisierte Patientendaten** aus den Patienten- und Bezugspersonenbögen²⁰ und den Behandlerbögen²¹.

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

Die Anforderungen an die **Datensicherheit und Datenqualität** sind einzuhalten. Soweit der Auswertungsstelle personenbezogene Daten übermittelt werden (z. B. Informationen zum Personal der Einrichtungen), sind die

¹⁶ Nur im Bereich Geriatrie. Für Bezugspersonen gibt es spezifische Fragebogenvarianten.

¹⁷ Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Patientenbogen zu Beginn.

¹⁸ Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Behandlerbogen.

¹⁹ Bei der Neurologie, der Psychosomatik/ psych. Erkrankungen, der Geriatrie (stationär/ambulant) und bei MVK müssen auch zum Ende der Rehabilitation Angaben im Behandlerbogen gemacht werden. In allen anderen Indikationsbereichen entfällt diese Erhebungsphase.

²⁰ Bezugspersonen werden nur in der Geriatrie befragt.

²¹ Im Bereich der Kinder und Jugend gibt es keinen Behandlerbogen.

nach Datenschutzrecht erforderliche Verpflichtung auf das Datengeheimnis und die Verpflichtung zur Geheimhaltung zu beachten. Entsprechende Konzepte zum Eingangscontrolling sowie zur Umsetzung der geltenden Datenschutzbestimmungen sind vorzuhalten und nachzuweisen.

Die Strukturhebungsbögen und die Behandlerfragebögen für die Risikoadjustierung bzw. Messung der Prozess- und Ergebnisqualität werden elektronisch erfasst. In der Eingabesoftware sind Plausibilitätsprüfungen enthalten, die bereits bei der Eingabe prüfen, ob sich die Angaben in den Datenfeldern im zulässigen Wertebereich (etwa bei Alters- und Größenangaben) bewegen.

Die papierbasierten Patienten- und Bezugspersonenfragebögen werden von der Auswertungsstelle eingescannt. Der elektronische Abgleich mit den Fragebogenvorlagen erlaubt eine eindeutige Erfassung der ausgefüllten Antwortfelder. Zahleneingaben werden von dem Scanprogramm in Zahlenwerte überführt. Zur Kontrolle findet eine 100-prozentige manuelle Überprüfung dieser Zuordnung statt.

Während des gesamten Befragungszeitraumes wird seitens der Auswertungsstelle ein regelmäßiges Rücklaufcontrolling durchgeführt, um eine angemessene Rücklaufquote zu gewährleisten und gegebenenfalls wenig aktive bzw. inaktive Einrichtungen rechtzeitig zu identifizieren. Diese werden bei Bedarf zur Klärung etwaiger Ursachen/Probleme durch die Auswertungsstelle kontaktiert.

Zusammenfassend gibt Abbildung 1 einen grundlegenden Überblick über die Aufgaben von Reha-Einrichtung und Auswertungsstelle im Zeitverlauf, zudem zeigt Tabelle 3 einen detaillierten Überblick über die Aufgaben der jeweiligen Einrichtung und der Auswertungsstelle im Verlauf der Erhebung.

Abbildung 1: Übersicht Erhebungsablauf

Erhebungsablauf

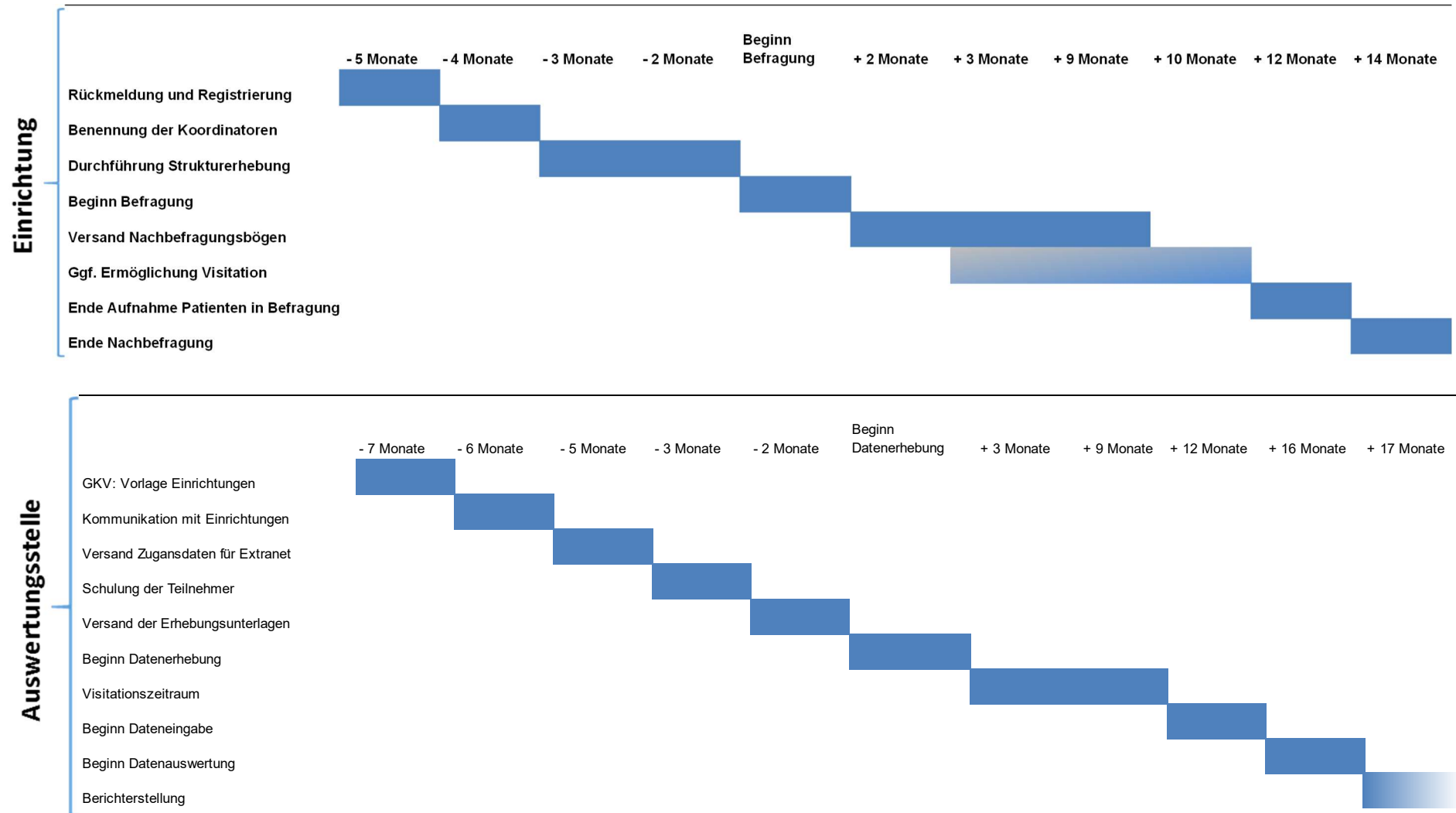


Tabelle 3: Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf der Erhebung

Zeitachse	Einrichtung	Auswertungsstelle
- 7 Monate		Vorlage teilnehmender Einrichtungen durch GKV
- 6 Monate		Kommunikation mit den Einrichtungen und Versand der Zugangsdaten für das Extranet
- 5 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 Monate Rückmeldung und Registrierung der Einrichtungen sowie Benennung einer zentralen Koordinatorin oder eines zentralen Koordinators plus Stellvertretung ▪ Anmeldung für Schulungen 	Erstellung der Schulungsunterlagen
- 4 Monate		
- 3 Monate	Beginn der Strukturhebung	Schulung der Teilnehmer
- 2 Monate	Durchführung und Abschluss der Strukturhebung	Druck der Erhebungsunterlagen ²²
- 1 Monate	Einarbeitung in die Organisation der Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versand der Befragungsunterlagen an die zentralen Koordinatorinnen und Koordinatoren ▪ Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil I
Beginn Befragung/ Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konsekutive Aufnahme von bis zu 150 Patientinnen und Patienten, die die Voraussetzungen erfüllen (s. 3.1) ▪ Einholen des Einverständnisses der Patientinnen und Patienten ▪ Bearbeiten der Behandlerbögen und der primären Drop-Out Bögen durch die Behandlerinnen und Behandler ▪ Geriatrie: Druck der Erhebungsunterlagen ▪ Austeilen der Reha-Beginn-Fragebögen an teilnehmende Patientinnen und Patienten 	Teilnahmemonitoring
+ 1 Monat	Bei Neurologie, Psychosomatik/ psych. Erkrankungen, MVK und Geriatrie amb./stat: Bearbeitung des Behandlerbogens für Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt ihrer Entlassung	
+ 2 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Versand der Patientenfragebögen (Nachbefragung) an die Patientinnen und Patienten 6 bzw. 2 Wochen nach der Entlassung ▪ Ggf. Versand von Erinnerungsschreiben an teilnehmende Patientinnen und Patienten 	Vorbereitung von stichprobenhaften Visitationen der teilnehmenden Fachabteilungen
+ 3 Monate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ggf. Ermöglichen einer Visitation ▪ Zu drei Zeitpunkten: Versand aller vorliegenden ausgefüllten Reha-Beginn-Fragebögen an die Auswertungsstelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführen von Visitationen ▪ Dateneingangskontrolle ▪ Beginn der Dateneingabe
+ 9 Monate		Abschluss der Visitationen und Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil I nach Visitation
+ 12 Monate	Ende der Aufnahme von Patientinnen und Patienten in die Befragung (sofern noch nicht alle Fragebogensets verwendet wurden)	
+ 14 Monate	Ende der Nachbefragung	
+ 16 Monate		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschluss der Dateneingabe ▪ Überprüfung der Eingabe- und Datenqualität (Datenverarbeitung) ▪ Beginn Datenauswertung
+ 17 Monate		Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil II inkl. Qualitätssynopse

²² Im Bereich der Geriatrie drucken die Einrichtungen die Fragebögen selbst vor Ort aus.

3.6 Internes Datenmanagement durch die Auswertungsstelle

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

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

Der endgültige Datensatz für die Auswertungen sollte bezüglich folgender Kriterien geprüft werden:

- Sind alle Daten im Datensatz enthalten?
- Ist keine ID-Nummer doppelt im Datensatz vorhanden?
- Sind bei allen Variablen die fehlenden Werte deklariert?
- Liegen alle Werte im zulässigen Wertebereich?

Kontrollierbar wird eine Auswertung, indem man die Syntax in den Output einfügen lässt und auf diese Weise die komplette **Auswertung nachvollziehbar** dokumentiert. Alle o. g. Maßnahmen sind so zu dokumentieren und zu archivieren, dass sie für externe Überprüfungen jederzeit nachvollziehbar sind.

3.7 Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit

3.7.1 Verpflichtung der Einrichtungen

Die Einrichtungen sind für die Umsetzung und Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in den Fachabteilungen verantwortlich. Sämtliche Beschäftigte (auch die Hilfskräfte) werden über die geltenden Da-

tenschutzbestimmungen informiert. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zur **Einhaltung des Datenschutzes** und der Verschwiegenheit bzgl. der Daten schriftlich gegen Unterschrift im Rahmen einer „Verschwiegenheitserklärung“ zu verpflichten.

3.7.2 Umgang mit Daten

Struktur- und Prozessdaten

Die Daten zur Struktur- und Prozessqualität werden mit einem web-basierten Einrichtungsbogen erfasst, welcher von den Fachabteilungen online auszufüllen ist. Der Online-Bogen wird bei der Auswertungsstelle webbasiert bereitgestellt und verwaltet. Für die Datenübermittlung wird eine TLS-Verschlüsselung genutzt. Anschließend werden bei der Auswertungsstelle die so übermittelten Daten nach dem Need-to-know-Prinzip weiterverarbeitet und unterliegen entsprechenden Zugangsbeschränkungen.

Patientendaten

Vor jedweder Verarbeitung der Patientendaten ist die Einwilligung der jeweiligen Patientin bzw. des jeweiligen Patienten einzuholen. Die Patientin bzw. der Patient ist transparent über die QS-Reha®-Befragung zu informieren. Willigt eine Person nicht in die Befragung ein, erhält sie die Patienteninformation für nicht-teilnehmende Patientinnen und Patienten. Dort wird sie darüber aufgeklärt, dass dennoch anonymisierte medizinische Informationen zu ihrer Behandlung digital erhoben werden (primärer Drop-Out-Bogen). Eine Verknüpfung zwischen dem Bogen und der Person erfolgt nicht, da hier keine Dokumentation der persönlichen Daten in der Kodierliste erfolgt.

Willigt die Person zur Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren ein, werden die Behandlerbögen web-basiert ausgefüllt und an die Auswertungsstelle übermittelt. Sowohl die Übertragung der Behandlerbögen als auch der Drop-Out-Bögen erfolgt per TLS-Verschlüsselung. Die Behandlerbögen sind jeweils mit einer eindeutigen Patientenidentifikationsnummer (Patienten-ID) versehen, die für die Auswertungsstelle keinen Rückschluss auf den Patientennamen zulässt. Die Pseudonymisierung obliegt der Einrichtung. Die Zuordnung der Patientennamen zu den Patientenidentifikationsnummern wird innerhalb der Einrichtung in einer Kodierliste dokumentiert. Diese wird -datenschutzkonform aufbewahrt. Es wird sichergestellt, dass die Auswertungsstelle keine Kenntnis über die konkrete Zuordnung von Patientennamen zu den entsprechenden Patienten-IDs erhält. Die Auswertungsstelle erhält von den Fachabteilungen lediglich die pseudonymisierten Daten.

Die Patientenfragebögen werden von der Auswertungsstelle gedruckt (Ausnahme Geriatrie) und sind ebenfalls mit derselben Patienten-ID versehen wie die Behandlerbögen. Die Patientinnen und Patienten bekommen bei Einwilligung in die Befragung den Beginn-Bogen bei ihrer Aufnahme ausgeteilt. Die ausgefüllten Beginn-Bögen werden durch die Einrichtung an die Auswertungsstelle zurückgesendet. Insgesamt ist von den Einrichtungen sicher zu stellen, dass die Vertraulichkeit der Daten aus den Fragebögen gewahrt wird.

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

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

Spätestens drei Jahre nach dem Ende der Erhebung müssen in den Einrichtungen alle Daten mit Personenbezug (Kodierliste, Einwilligungen) vernichtet werden. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Depseudonymisierung der Daten nicht mehr möglich. Die unabhängige Auswertungsstelle löscht alle Daten aus allen von ihr begleiteten Zyklen drei Monate nach Ablauf des Vertrags mit dem GKV-Spitzenverband.

3.7.3 Informierte und freiwillige Einwilligung

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt in den Einrichtungen nur nach **freiwilliger schriftlicher Einwilligung** der Beteiligten. Damit werden die gesetzlichen Voraussetzungen der Einwilligung erfüllt (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Voraussetzung für die Einwilligung ist, dass die Beteiligten über Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen des QS-Reha®-Verfahrens – einschließlich deren Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes – ausreichend informiert sind („**Informierte Einwilligung**“). Diese informierte Einwilligung muss ebenfalls die Auskunft darüber enthalten, in welcher Form und wie lange die Patientendaten bei der Einrichtung gespeichert werden und für welche Zwecke sie verwendet werden (insbesondere Pseudonymisierung zum Zwecke der Auswertung im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens). Die unabhängige Auswertungsstelle erstellt die benötigten Informations- und Einwilligungsformulare und stellt sie den Einrichtungen zur Verfügung. Der Patientin bzw. dem Patienten werden im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens die genannten Unterlagen von der Einrichtung ausgehändigt.

Verweigert eine Patientin bzw. ein Patient die Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren, so vermerkt die Einrichtung dies auf der Einwilligungserklärung (Exemplar für Einrichtung). Diese Unterlage ist in der Patientenakte für drei Jahre zu verwahren. Für jeden primären Drop-Out-Fall ist ein **Drop-Out-Bogen** auszufüllen.

Im **Bereich Geriatrie** können die Fragebögen auch von einer autorisierten Bezugsperson ausgefüllt werden, wenn die Patientin bzw. der Patient aus gesundheitlichen Gründen dazu nicht in der Lage ist oder dies nicht

möchte. In diesem Fall ist auch von der Bezugsperson die Einwilligung zu erklären. Ihre Einwilligungserklärung ist genauso in die Patientenakte aufzunehmen wie die einer Patientin oder eines Patienten. Der primäre Drop-Out-Fall tritt hier ein, wenn die Patientin oder der Patient und die Bezugsperson nicht an der Befragung teilnehmen.

In den Bereichen **Mutter-/Vater-Kind** und **Kinder und Jugend** unterschreiben die erziehungsberechtigten Personen bzw. die gesetzlichen Vertreter die Einwilligungserklärung für die minderjährigen Kinder und Jugendliche.

4 Auswertung und Berichtserstellung

*Zusammenfassung: Die Auswertungen für die Ergebnisberichterstellung haben zum Ziel, die erreichte Versorgungsqualität insgesamt und in ihren einzelnen Dimensionen so darzustellen, dass eine Einschätzung darüber ermöglicht wird, in welchen Bereichen einerseits bereits eine sehr gute Versorgungsqualität (Stärken) erreicht ist und wo andererseits Handlungsbedarf (Schwächen) besteht. Die Auswertung der Ergebnisse und Darstellung in den Berichten beginnt mit der Erfüllung der Struktur- und Prozessqualität. Diese zeigt, welche Ausstattungsmerkmale (z. B. räumliche oder personelle Ausstattung) eine Rehabilitationseinrichtung erfüllt. Diese sind unterteilt in Basiskriterien (i. S. von Mindestanforderungen, die an jede Fachabteilung gestellt werden und indikationsspezifisch zu erfüllen sind), dialogrelevante Kriterien, die bei einer Nichterfüllung direkt zu einem Qualitätsdialog führen, und Zuweisungssteuerungskriterien, die den Krankenkassen als Zusatzinformation bei der Steuerung der Zuweisung behilflich sind. In diesen ersten Ergebnisbericht Teil I fließen auch erste Einschätzungen der Prozessqualität ein, welche aufzeigen, in welcher Form und wie effizient die Arbeitsschritte in den Einrichtungen durchgeführt werden. Die Prozessqualität wird z. B. in Form der Erfassung der Kommunikation zwischen Behandler*in und Patient*in erhoben. Eine Überprüfung der Angaben erfolgt gegebenenfalls bei stichprobenartig durchgeführten Visitationen.*

Ein weiteres Kernmerkmal des QS-Reha®-Verfahrens ist die Abbildung der Ergebnisqualität. Hierbei werden unter Berücksichtigung der Patientinnen und Patienten, die aus verschiedenen Gründen nicht an der Befragung teilgenommen haben (sog. Primäre Drop-Out-Fälle), die wichtigsten Merkmale des Behandlungserfolges hinsichtlich deren Gesundheitsstatus untersucht. Da die Ergebnisqualität nicht nur von der Qualität der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen, sondern auch von patientenbezogenen Faktoren abhängt, wird eine Risikoadjustierung mittels statistischer Verfahren durchgeführt. Diese sorgt für eine angemessene Berücksichtigung unterschiedlicher sogenannter Risiken im Patientenkollektiv und somit für einen fairen Vergleich einzelner Einrichtungen. Die Risikoadjustierung wird auch für die Qualitätsdimension der Patientenzufriedenheit durchgeführt, welche aufzeigt, ob und inwieweit Patientinnen und Patienten mit dem Angebot und den Leistungen einer Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung zufrieden sind.

Die Berichte²³ enthalten ferner auch eine Qualitätssynopse: Sie fasst die Ergebnisse aus den Qualitätsdimensionen der Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in kurzer Form zusammen und dient als zentrale Informationsquelle für das Einrichtungsmanagement und die Kostenträger.

Zuletzt umfasst die Auswertung und Berichterstellung auch eine Synopse der Zuweisungssteuerungskriterien. Diese sind vor allem für die Krankenkassen und Einrichtungen essentiell, um Patientinnen und Patienten effizient an Einrichtungen mit den jeweils individuell benötigten Ausstattungsmerkmalen zu verweisen.

In den folgenden Abschnitten wird für die Qualitätsdimensionen Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit das **Vorgehen bei der Datenauswertung** detailliert erläutert. Neben Informationen zum **statistischen Hintergrund** finden sich auch Beispiele der im Bericht verwendeten Tabellen und Abbildungen, welche das Verständnis bei der Lektüre des Berichts und die Interpretation der Ergebnisse erleichtern sollen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei dem QS-Reha®-Verfahren um eine gesetzlich vorgeschriebene, vergleichende externe Qualitätssicherung handelt. Einrichtungsvergleiche hinsichtlich der verschiedenen Qualitätsdimensionen sind insbesondere für die Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit, die über Patientenbefragungen erhoben werden, nur ab einer bestimmten Teilnehmerzahl, i. S. einer Stichprobe, methodisch korrekt möglich. Werden nicht mindestens **50 vollständige Datensätze** erreicht, erfolgt keine signifikanzstatistische Auswertung der Patientenzufriedenheit und der Ergebnisqualität. Die Einrichtungen erhalten dennoch einen Ergebnisbericht, der in diesen beiden Qualitätsdimensionen jedoch keinen Vergleich zu anderen Einrichtungen enthält. Hierauf wird im Ergebnisbericht hingewiesen. Weiterhin werden das Prozedere der stichprobenhaften **Visitationen** in den Einrichtungen und die Darstellung aller Ergebnisse in der **Qualitätssynopse** erläutert. Für die vier Qualitätsdimensionen und die Visitation sind in den jeweiligen Abschnitten Ablaufpläne enthalten, in denen die Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle schematisch aufgeführt sind.

Besondere Auswertung in der Geriatrie: Für die Messung der Qualität in der geriatrischen Rehabilitation gibt es besondere Herausforderungen, denen methodisch begegnet werden muss. Die regelhaft vorliegende Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten bedingt, dass unterschiedlichste Erkrankungs- und Problemkonstellationen abgebildet werden können müssen (Flexibilität der Fragensets). Die häufig eingeschränkte kognitive Belastbarkeit der behandelten Personen führt dazu, dass bei einer patientenseitigen Erfassung der Behandlungsqualität ggf. Hilfestellung geleistet werden muss. Häufig vorkommende dauerhafte Hilfsbedürftigkeit der Patientin oder des Patienten bedingt die Relevanz der Bezugspersonen auch für die Rehabilitationsmaßnahme.

²³ „Berichte“ oder „Ergebnisberichte“ im Sinne dieses Methodenhandbuchs sind die von der Auswertungsstelle je teilnehmender Fachabteilung zu erstellenden Ergebnisberichte (fachabteilungsspezifische Ergebnisberichte, vgl. Kap. 5).

Von zentraler Bedeutung in der Rehabilitation ist zudem die gemeinsame Definition eines erreichbaren individuellen Reha-Ziels mit der Patientin oder dem Patienten. Hier soll in allen Einrichtungen ein Anreiz für die konsequente Umsetzung gesetzt werden. Die individuelle Reha-Zielvereinbarung ist als zentraler Bezugspunkt für die Messung der Ergebnisqualität anzusehen. Die Rehabilitation hat zudem das Ziel, Aktivität und Teilhabe der Patientinnen und Patienten im täglichen Leben zu verbessern, d.h. die Ergebnisse der Rehabilitation müssen auch bezogen auf das persönliche Umfeld (Kontextfaktoren) erfasst werden. Folglich muss der Befragungszeitpunkt – neben der Vermeidung eines Bias durch die Befragung in der Einrichtung – nach der Entlassung liegen, um die Erfahrung bei der Umsetzung im persönlichen Umfeld berücksichtigen zu können.

Die Funktion, die Aktivität und die Teilhabe sollen in Anlehnung an die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) als allgemein anerkannter Beschreibungsstandard abgebildet werden. Darüber hinaus kann die Rehabilitationsmaßnahme ambulant oder stationär stattfinden, sodass die Messmethode ausreichend Flexibilität bieten muss, um beide Erbringungsarten abzubilden.

Bei der Entwicklung des Verfahrens wurden die o.g. besonderen Herausforderungen durch die geriatrischen Patientinnen und Patienten und die Spezifika der Rehabilitation berücksichtigt. Dies zeigt sich insbesondere durch

- den zentralen Stellenwert der individuellen Reha-Zielvereinbarung,
- die Möglichkeit einer individualisierten Ergebnismessung auf der Basis von Reha-Zielkategorien, die aus den individuellen Reha-Zielen abgeleitet werden und damit die Gestaltung entsprechender variabler Befragungsbögen,
- die Messung der Ergebnisqualität anhand gut beobachtbarer Phänomene aus den Bereichen Funktion, Aktivität und Teilhabe, die von den Patientinnen und Patienten aber ggf. auch durch eine Bezugsperson beantwortet werden können,
- die eigenständige Bezugspersonenbefragung zur Prozessqualität und Zufriedenheit.

Bei all diesen Punkten wird mit dem Verfahren „Neuland“ in der Qualitätsmessung betreten mit dem Ziel, die Individualität von multimorbiden Patientinnen und Patienten mit heterogenen Kontextfaktoren möglichst optimal abzubilden.

Im Bereich der Geriatrie ist überdies für die Qualität von Verlauf und Ergebnis einer Rehabilitationsmaßnahme die Vereinbarung eines oder ggf. mehrerer individueller Reha-Ziele zwischen der Behandlerin bzw. dem Behandler und der Patientin oder dem Patienten von zentraler Bedeutung. Diese werden freitextlich erfasst und in ihrer Gültigkeit patientenseitig geprüft, um eine Gewichtung der Ergebnisse der individualisierten Ergebnisqualitätsmessungen vornehmen zu können und für die Einrichtungen einen Anreiz zu schaffen, die individuellen Reha-Ziele möglichst spezifisch und valide zu notieren.

4.1 Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)

Die indikationsspezifischen Strukturhebungsbögen für Einrichtungen aus den Bereichen Somatik und psychische/psychosomatische Erkrankungen erfassen acht Bereiche der Struktur- und Prozessqualität (Klein et al. 2004):

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

Für diese acht Bereiche werden sowohl **Basiskriterien** (inkl. Der dialogrelevanten Kriterien), als auch Zuweisungssteuerungskriterien erfragt. Basiskriterien sind Merkmale, die jede Einrichtung einer entsprechenden Indikation erfüllen sollte, **Zuweisungssteuerungskriterien** betreffen Merkmale einer Einrichtung, die nicht erfüllt werden müssen, die aber den Krankenkassen bei der Steuerung der Zuweisung behilflich sind. So kann anhand der Zuweisungssteuerungskriterien entschieden werden, in welche Einrichtung z. B. eine sehbehinderte Patientin oder ein sehbehinderter Patient aufgenommen werden kann. **Dialogrelevante Kriterien** sind Basiskriterien, die als besonders relevant erachtet werden und daher bei einer Nichterfüllung unabhängig von den weiteren Qualitätsergebnissen zu der Durchführung eines Qualitätsdialogs führen.

Veränderte Angaben aus der Visitation (siehe Abschnitt 4.3) werden vor der Berichtserstellung *Ergebnisbericht Teil I nach Visitation* in die Datenbank der unabhängigen Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V übernommen. Eine Dokumentation über die Veränderung der Daten ist vorzunehmen.

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** ist der Einrichtungsbogen **modular** aufgebaut. Er enthält einen von allen Einrichtungen auszufüllenden **Kernfragebogen** sowie ein Kind- bzw. Mutter-/Vater-Kind-**Interaktionsmodul**, das nur von Einrichtungen ausgefüllt werden soll, die Kinder aufnehmen. Zudem enthält er Module für **spezifische Behandlungsschwerpunkte/Indikationen** (Psychosomatische und psychische Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane und Hauterkrankungen, muskuloskelettale Krankheiten, gastroenterologische Erkrankungen

und Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Von den Einrichtungen sind alle Indikationsbereiche/Behandlungsschwerpunkte anzugeben, die auf Grundlage der jeweiligen Versorgungsverträge für GKV-Patientinnen und -Patienten²⁴ angeboten werden.

Für Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen, die Maßnahmen der Vorsorge bzw. Rehabilitation anbieten, wird der gleiche Bogen ausgefüllt. Die Auswertung unterscheidet sich für diese Maßnahmen mit Blick auf den modularen Aufbau bzw. die teilweise abweichenden Inhaltsbereiche (siehe Abschnitt 4.1.1). Der Bogen umfasst die im Folgenden genannten inhaltlichen (Merkmals-)Bereiche:

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung
- Personelle Ausstattung
- Konzeptionelle Grundlagen
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung

In der **Geriatric** umfasst der Einrichtungsbogen sowohl für stationäre als auch für ambulante Einrichtungen die folgenden inhaltlichen Qualitätsunterdimensionen:

- Allgemeine Merkmale und allgemeine räumliche Ausstattung
- Räumliche Ausstattung der Station, Patientenzimmer und therapeutischen Räumlichkeiten
- Apparative und medizintechnische Ausstattung
- Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum
- Personelle Ausstattung

²⁴ Als GKV-Patientinnen und -Patienten werden Personen bezeichnet, für deren Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme die GKV der Kostenträger ist.

Im **Kinder- und Jugend** Bereich ist der Einrichtungsbogen modular aufgebaut. Er enthält einen von allen Einrichtungen auszufüllenden Kernfragebogen sowie Module für spezifische Behandlungsschwerpunkte/Indikationen (Psychosomatik, Verhaltensstörung, Entwicklungsstörung, Pneumologie, Dermatologie, Orthopädie, Rheumatologie, Gastroenterologie, Adipositas, Cystische Fibrose (Mukoviszidose), Diabetes, seltene Stoffkrankungen, Kardiologie, Neurologie, Onkologie). Es sind von den Einrichtungen immer alle Indikationsbereiche/Behandlungsschwerpunkte anzugeben, die auf Grundlage der jeweiligen Versorgungsverträge für GKV-Patientinnen und -Patienten angeboten werden.

Der Bogen umfasst die folgenden inhaltlichen Qualitätsunterdimensionen:

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Patientenbetreuung, Diagnostik, Therapeutische Behandlungen, Schulungen
- Personelle Ausstattung
- Strukturnahe Prozessmerkmale

4.1.1 Erfüllungsgrade der Basiskriterien

Der Abschnitt zur Struktur- und Prozessqualität in Teil I des Ergebnisberichts über eine Fachabteilung beinhaltet eine tabellarische Darstellung der prozentualen **Erfüllung der Basiskriterien** in den jeweils sechs (**Mutter-/Vater-Kind Bereich**), fünf (**Geriatric**) bzw. acht Qualitätsunterdimensionen (**Somatik und Psychische/psychosomatische Erkrankungen**) und eine Auflistung der nicht erfüllten Basiskriterien.

Tabelle 4 führt in der dritten Spalte für die Fachabteilung den prozentualen Anteil der erfüllten Basiskriterien auf. In Spalte vier ist der entsprechende Durchschnittswert aller Fachabteilungen (hierbei handelt es sich um die Fachabteilungen derselben Erhebungsrunde mit der gleichen Indikation) dargestellt. Wie viele erfüllte Basiskriterien einem Erfüllungsgrad von 100 % entsprechen, kann für die einzelnen Qualitätsunterdimensionen der zweiten Spalte entnommen werden.

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

	Anzahl erfüllter Kriterien	Erfüllungsgrad*	Durchschnitt Referenzgruppe**	Interquartilsbereich***
A - Merkmale der Strukturqualität				
I - Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	16 von 16	100,0 % ▲	93,8 %	89,1 % - 100,0 %
II - Medizinisch-technische Ausstattung	12 von 12	100,0 % ▲	89,2 %	83,3 % - 100,0 %
III - Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	40 von 45	88,9 % ▼	94,3 %	91,1 % - 100,0 %
IV - Personelle Ausstattung	15 von 15	100,0 % ▲	91,9 %	88,3 % - 100,0 %
B - Strukturmaße Prozessmerkmale				
I - Konzeptionelle Grundlagen	6 von 6	100,0 % ▲	96,5 %	100,0 % - 100,0 %
II - Interne Kommunikation und Personalentwicklung	1 von 1	100,0 % ●	100,0 %	100,0 % - 100,0 %
C - Weitere prozessbezogene Kriterien				
I - Patientenorientierung	5 von 5	100,0 % ▲	98,3 %	100,0 % - 100,0 %
II - Interne Organisation	4 von 4	100,0 % ▲	97,9 %	100,0 % - 100,0 %

Dialogrelevante Kriterien (DK)				
Erfüllungsgrad der dialogrelevanten Kriterien	4 von 4	100,0 % ▲	91,7 %	75,0 % - 100,0 %

- * ▲ Der Erfüllungsgrad liegt über dem Durchschnitt der Referenzgruppe
- Der Erfüllungsgrad entspricht dem Durchschnitt der Referenzgruppe
- ▼ Der Erfüllungsgrad liegt unter dem Durchschnitt der Referenzgruppe

** Referenzgruppe: Anzahl der teilnehmenden Fachabteilungen = 108

*** In diesem Bereich liegen die mittleren 50 % der Fachabteilungen mit ihren Ergebnissen.

Der prozentuale Erfüllungsgrad berechnet sich wie folgt:

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

Um die Aussagekraft des Vergleichs zwischen Fachabteilung und allen Fachabteilungen zu erhöhen, ist in Spalte fünf der Tabelle der **Interquartilsbereich** aller Fachabteilungen angegeben. Dieser markiert den Bereich um den durchschnittlichen Erfüllungsgrad, in dem 50 % aller Fachabteilungen liegen (siehe auch Glossar, Abschnitt 8). Es kann so besser abgeschätzt werden, wie die Werte aller Fachabteilungen streuen. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um einen statistischen Signifikanztest handelt.

Die in Tabelle 4 beispielhaft dargestellten Ergebnisse zu „Allgemeinen Merkmalen und räumlicher Ausstattung“ können wie folgt gelesen werden:

Die Fachabteilung erfüllt in diesem Bereich 100 % der Basiskriterien, während die durchschnittliche Erfüllung aller Fachabteilungen bei 93,8 % liegt. Da der Interquartilsbereich mit 89,1 % - 100 % angegeben ist, wird hier deutlich, dass mindestens 25 % der Einrichtungen dieser Indikationsgruppe in der Unterdimension „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“ alle Kriterien erfüllen – nämlich jene 25 % der Einrichtungen, die Werte oberhalb des Interquartilsbereich erreichen.

Im Anschluss dieser Tabelle folgt im Ergebnisbericht Teil I zur Veranschaulichung des strukturbezogenen Verbesserungspotentials die Auflistung aller nicht erfüllten Basiskriterien der Struktur- und Prozessqualität.

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** gliedert sich die Darstellung der Erfüllungsgrade der Basiskriterien in sechs Qualitätsunterdimensionen, wobei einige Qualitätsunterdimensionen nochmals unterteilt werden nach Kernfragebogen, indikationsspezifischem Fragebogen und Kinder- und interaktionsbezogenem Fragebogen. Allgemeine Merkmale zur Patientenaufnahme und zu themenbezogenen Maßnahmen werden über einen einseitigen Mantelbogen erhoben. Zur Veranschaulichung zeigt Tabelle 5 eine Übersicht:

Tabelle 5: Verschiedenen Dimensionen der Strukturqualität im Mutter- /Vater-Kind-Bereich

A) Merkmale der Strukturqualität	Fragebögen	
Patientenaufnahme und Themenbezogene Maßnahmen	Mantelbogen	
I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	Kernfragebogen und indikationsspezifischer Fragebogen	Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen
II. Medizinisch-technische Ausstattung		
III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung		Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen
IV. Personelle Ausstattung		
B) Strukturnahe Prozessmerkmale		
I. Konzeptionelle Grundlagen	Kernfragebogen und indikationsspezifischer Fragebogen	Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen
II. Interne Kommunikation und Personalentwicklung		

Zur **Berechnung der Erfüllungsgrade** der Kriterien der Strukturqualität im Mutter-/Vater-Kind Bereich werden die teilnehmenden Einrichtungen zu einer von zwei Vergleichsgruppen zugeteilt. In der ersten Vergleichsgruppe sind alle Einrichtungen, die ausschließlich Vorsorgeleistungen durchführen, während die zweite Vergleichsgruppe alle Einrichtungen enthält, die Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen oder nur Rehabilitationsleistungen durchführen. Sobald für mindestens eine Indikation auch Rehabilitationsleistungen angeboten werden, wird die Einrichtung der Gruppe mit Rehabilitationsleistungen zugeordnet.

Aufgrund der unterschiedlichen Versorgungsaufträge der Mutter-/Vater-Kind Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen können für die am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Einrichtungen jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Basiskriterien zur Bewertung der Strukturqualität zugrunde liegen.

Für beide Vergleichsgruppen gilt:

- Es werden immer die Kriterien des Kernfragebogens berücksichtigt, sofern es sich in der jeweiligen Vergleichsgruppe um ein relevantes Kriterium handelt.
- Bei Fachabteilungen, die behandlungsbedürftige Kinder aufnehmen, werden zusätzlich die Kriterien des **Kinder- und interaktionsbezogenen Fragebogens** berücksichtigt.
 - Die Bewertung der Kriterien erfolgt anhand der Aufteilung in die folgenden Altersgruppen (erfasst über den Mantelbogen):
 - 0-3 Jahre
 - 4-6 Jahre
 - 7-11 Jahre
 - >= 12 Jahre
- Bei Fachabteilungen, die eine oder mehrere Indikationen behandeln bzw. Behandlungsschwerpunkte haben, werden zusätzlich die Kriterien der jeweiligen **indikationsspezifischen Fragebögen** berücksichtigt.

Die indikationsspezifischen Fragebögen, anhand derer bei der Bewertung der Kriterien (Bewertung als Basiskriterium, als Zuweisungssteuerungskriterium oder keine Bewertung möglich) unterschieden wird, sind:

- Psychosomatik/psychische Erkrankungen
- Pneumologie und Dermatologie
- Muskuloskeletale Erkrankungen/Orthopädie/Rheumatologie
- Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen/Endokrinologie
- Kardiologie

Zur Berechnung der Erfüllungsgrade wird für jede Einrichtung, wie in der vorangegangenen Formel dargestellt, der Quotient aus positiv bewerteten Basiskriterien zur Anzahl der insgesamt geltenden Basiskriterien gebildet. Der Mittelwert aller jeweiligen Einrichtungsquotienten bildet hierbei die Bezugsgröße (Wert aller Fachabteilungen).

Im **Bereich Geriatrie** werden mit dem Einrichtungsbogen nur Strukturmerkmale und keine Merkmale der Prozessqualität erhoben. Die Messung der Prozessqualität erfolgt ausschließlich durch die Patientenbefragung. Der Erfüllungsgrad bezüglich der Qualitätsunterdimensionen der Strukturqualität wird wie in den somatischen Indikationsbereichen bestimmt und dargestellt.

Im **Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation** wird der der Erfüllungsgrad bezüglich der Qualitätsunterdimensionen der Strukturqualität wie in den somatischen Indikationsbereichen bestimmt und dargestellt.

Resultierend aus dieser spezifischen Ausgestaltung weisen die Ergebnisberichte zur Strukturqualität bzw. der Berichtsteil zur Strukturqualität im Gesamtbericht einen anderen Umfang auf.

Ferner wird in den Ergebnisberichten die **Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der einzelnen dialogrelevanten Kriterien** und **Zuweisungssteuerungskriterien** aufgeführt.

Tabelle 6 zeigt exemplarisch einen Ausschnitt der Darstellung der Zuweisungssteuerungskriterien in den Ergebnisberichten. Für die Zuweisungssteuerungskriterien aus dem Merkmalsbereich „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“ kann abgelesen werden, ob sie in der Einrichtung etabliert sind oder nicht. Der Beispieltabelle kann z. B. entnommen werden, dass MRSA-positive Patientinnen und Patienten in einem separaten Zimmer in der Einrichtung untergebracht werden können.

Tabelle 6: Beispiel zur Darstellung der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Zuweisungssteuerungskriterien (Musuloskelettale Erkrankungen)

I - Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

ID	Basiskriterium (BK) / Dialogrelevantes Kriterium (DK)	erfüllt	nicht erfüllt
A.I.1	rollstuhlfahrgerechter Zugang in die Einrichtung	X	
Möglichkeit der Aufnahme von Rehabilitanden (ohne Begleitperson) mit ...			
A.I.2	... starker Gehbehinderung (dem Rehabilitanden ist Gehen auf ebener Erde nur mit Stützen möglich, kein Treppensteigen)	X	
A.I.3	... Gehunfähigkeit	X	
A.I.12	Notrufmöglichkeit in Rehabilitandenzimmern und Nasszellen	X	
A.I.14	höhenverstellbare Betten sind verfügbar	X	
A.I.15	Ist die Einrichtung mehrgeschossig?		ja
A.I.16	Aufzug, in dem Betten- oder Liegentransport möglich ist	X	
A.I.19	Rauchverbot im gesamten Einrichtungsgebäude	X	
A.I.23	Dialogrelevantes Kriterium (DK) Geeigneter Ort mit Möglichkeit der Notfallbehandlung, Notfallüberwachung	X	
A.I.24	Lehrküche	X	
A.I.25a	Bewegungs-/Schwimmbad mit Hebelift	X	
A.I.25b	Größe des Bewegungs-/Schwimmbad (Wasserfläche)		30 m ²
A.I.26a	Sport-/Gymnastikhalle/-raum	X	
A.I.26b	Größe der/des Sport-/Gymnastikhalle/-raumes		52 m ²
A.I.26b	Höhe der/des Sport-/Gymnastikhalle/-raumes		5 m
A.I.27	Vortrags-/Schulungsraum	X	
A.I.28	Verfügbarkeit eines Orthopädietechnikers und eines entsprechenden Raums zur Anpassung und Bearbeitung	X	
A.I.29	Verfügbarkeit eines orthopädischen Schuhmachers	X	
A.I.31	Gehübungsstrecke mit unterschiedlichen Böden und schräger Ebene	X	
A.I.32	indikationsspezifischer Funktionsraum/-bereich	X	

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

Tabelle 7: Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)

Zu tun	Wer	Wann	Materialien
Ausfüllen des Einrichtungsbogens	Einrichtung	innerhalb der ersten zwei Monate der Erhebung	Online-Einrichtungsbogen
ausgefüllten Einrichtungsbogen auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüfen	Auswertungsstelle (automatisiert)	vor Freigabe des Einrichtungsbogen durch die Einrichtung	Einrichtungsbogen
Auswertung	Auswertungsstelle	Unmittelbar nach Ende des Erhebungszeitraumes	
Berichterstellung Ergebnisbericht Teil I vor Visitation		2 Monate nach Ende der Strukturhebung	
Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil I vor Visitation	Auswertungsstelle an Einrichtungen		Ergebnisbericht Teil I vor Visitation
Stichprobenhafte Visitation in den teilnehmenden Einrichtungen (siehe Ablaufplan Visitation Abschnitt 4.3)	Auswertungsstelle und externe Visitorin bzw. externer Visitor		Ausdruck vorausgefüllter Einrichtungsbogen
ggf. veränderte Angaben in Datenbank übernehmen	Auswertungsstelle		
Erneute Auswertung		Unmittelbar nach Ende des Visitationszeitraumes	
Überprüfung der Auswertung (siehe Abschnitt 3.6)			
Berichterstellung Ergebnisbericht Teil I nach Visitation			
Versand der Ergebnisberichte Teil I nach Visitation	Auswertungsstelle an Einrichtungen	2 Monate nach Ende des Visitationszeitraums	Ergebnisbericht Teil I nach Visitation

4.2 Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

Die **Prozessqualität** wird im QS-Reha®-Verfahren einerseits einrichtungsseitig mit dem **Einrichtungsbogen**²⁵ und andererseits patientenseitig mit dem **Patientenbogen** erfasst. Dementsprechend werden die detaillierten Ergebnisse aus dem Einrichtungsbogen in Teil I des Berichts und die Ergebnisse aus dem Patientenbogen in Teil II dargestellt.

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

- Behandler-Patient-Kommunikation
- Therapie und Pflege
- Nachsorge

Die für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** erfassten Qualitätsunterdimensionen sind:

- Kommunikation mit dem Patienten
- Therapieablauf

Für den Mutter-/Vater-Kind Bereich werden im Patientenbogen folgende Phasen des „idealen Prozesses“ (Museskamp et al. 2014) betrachtet:

- „Die Ankunft in der Klinik“
- „Die Planung Ihrer Therapie“
- „Ihre Behandlungen“
- „Der Alltag in der Klinik“
- „Das Ende Ihres Aufenthalts in der Klinik“

Im **Bereich Geriatrie** werden zur Erhebung der Prozessqualität im Patientenbogen Fragen eingesetzt, die sich insbesondere auf die Kommunikation von Inhalten (Informationen mitteilen, erfragen, besprechen, erläutern etc.) beziehen und mit sogenannten Reporting-Fragen abgefragt werden. Wegen der Unterschiede zwischen einer ambulanten und einer stationären Rehabilitation gibt es für beide Patientengruppen einzelne unterschiedliche Fragen und somit auch zwei unterschiedliche Patientenbögen Nachbefragung (ambulant vs. stationär). Da Bezugspersonen bei der Nachbefragung nur zur Ergebnisqualität befragt werden, gibt es bei ihnen keine spezifischen Varianten in Bezug auf die ambulante oder stationäre Versorgungsform.

²⁵ Ausnahme: Im Bereich Geriatrie wird die Prozessqualität nur von den Patientinnen und Patienten erfasst.

Mit den Patientenbögen Nachbefragung (ambulant vs. stationär) werden jeweils dieselben Qualitätsunterdimensionen erfasst:

- Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben
- Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln
- Medizinische Informationen mit Patienten besprechen
- Therapieplanänderungen
- Informationen für die Zeit nach der Reha geben.

Im **Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation** werden über den Patientenfragebogen keine Merkmale zur Prozessqualität erhoben.

Die Erhebung der Daten erfolgt sechs Wochen – im Bereich der Geriatrie zwei Wochen – nach Ende des Aufenthalts in der Einrichtung über den Patientenbogen Nachbefragung. Zur vollständigen Darstellung des „idealen Prozesses“ werden außerdem relevante Angaben aus dem Einrichtungsbogen ergänzt.

4.2.1 Prozessqualität: Ergebnisse aus dem Patientenbogen

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

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

Tabelle 8: Dichotomisierung der Items der Qualitätsunterdimension „Ärztliche Betreuung (Behandler-Patienten-Kommunikation)“ (somatische Indikationsbereiche)

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

In der **Geriatric** werden fünf Qualitätsunterdimensionen mit 22 bzw. 19 Reporting-Fragen gemessen (ambulant vs. Stationär). Die Abfrage erfolgt überwiegend dichotom mit den Antwortstufen: „ja“ und „nein“. In drei bzw. zwei Fällen werden sie ergänzt durch „betrifft mich nicht“ bzw. „es gab keine Änderungen“, sog. nicht relevante Antworten. In der Qualitätsunterdimension „Therapieplanänderungen“ gibt es jeweils nur eine dichotome Frage, für die restlichen eine bzw. drei Fragen dieser Qualitätsunterdimension wird zudem eine mittlere Antwortkategorie „teils, teils“ angeboten.

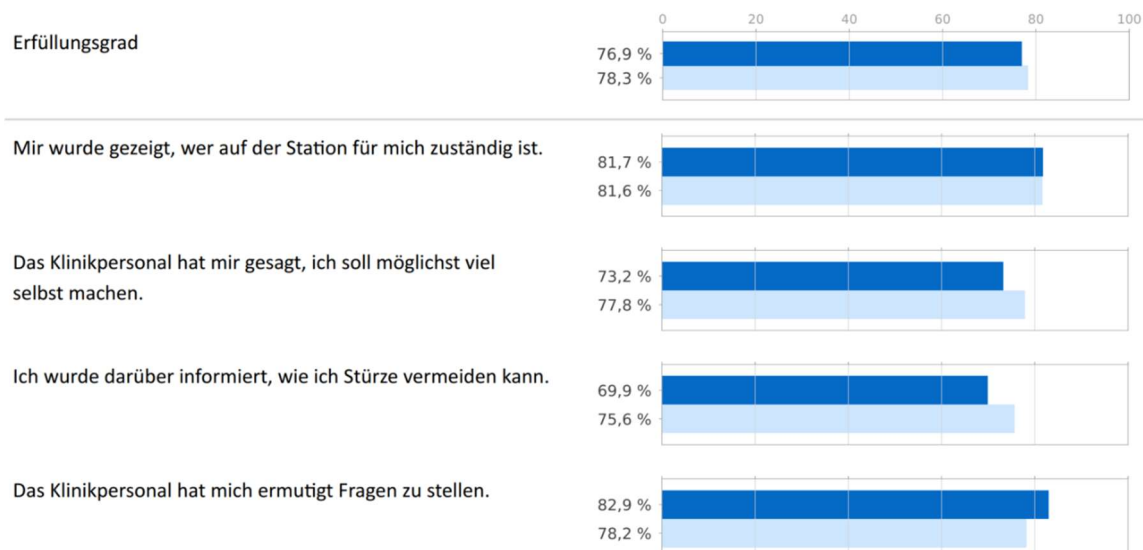
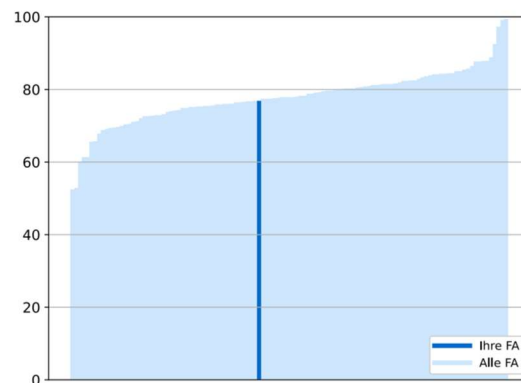
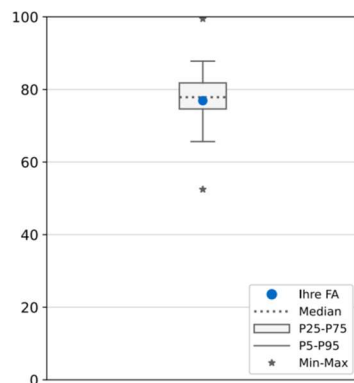
Bei den Fragen mit dreistufigem Antwortformat wird die mittlere Stufe mit einem Erfüllungsgrad von 50 % bewertet. Fragen, die die Patientinnen oder Patienten nicht betreffen, werden aus der Ergebnisberechnung herausgenommen und als fehlende Werte behandelt. Abbildung 2 zeigt beispielhaft die routinemäßige Darstellung der Ergebnisse einer Unterdimension der Prozessqualität im Bereich Geriatrie.

Abbildung 2: Beispiel der Ergebnisdarstellung einer Unterdimension der Prozessqualität im Geriatrie-Bereich

6.1 Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben

	Ihre Fachabteilung	Alle Fachabteilungen (n = 115)
Erfüllungsgrad	▽ 76,9 %	78,3 %

Max	99,5 %
P95	87,8 %
P75	81,8 %
Median	77,9 %
P25	74,6 %
P5	65,6 %
Min	52,5 %



Im Bereich der Geriatrie werden die Scores für die Qualitätsunterdimensionen der Prozessqualität als arithmetisches Mittel der Item-Scores der sie definierenden Items gebildet. In den Ergebnisberichten werden die Prozessqualitäts-Scores u.a. als Erfüllungsgrad in Prozent ausgewiesen. In Abhängigkeit von der Kodierung der zwei Stufen wird dazu eine lineare Transformation der Mittelwerte in den Wertebereich 0 bis 100 erforderlich, um die Ergebnisse einheitlich als Erfüllungsgrad in Prozent angeben zu können. Bei der Aggregation der Prozessqualitäts-Scores ist mindestens eine valide Angabe nötig.

Die Qualitätsunterdimensionen der Prozessqualität und die dazugehörigen Items sind der nachfolgenden Tabelle 9 zu entnehmen. Einzelne Items gibt es exklusiv nur für ambulant oder stationär behandelte Patientinnen und Patienten (siehe eckige Klammer nach dem Item). Bei geringfügigen Unterschieden in den Item-Formulierungen werden beide Varianten durch einen Schrägstrich (/) getrennt angegeben. Negativ formulierte Items sind mit einem Sternchen (*) markiert. Die Item-Scores dieser Items sind vor der Auswertung umzupolen (s.o.).

Tabelle 9: Darstellung der patientenseitigen Dokumentation der Prozessqualität im Geriatrie-Bereich.

Qualitätsunterdimensionen	Items im Patientenfragebogen Nachbefragung
Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben	Mir wurde gezeigt, wer auf der Station/in der Einrichtung für mich zuständig ist. Mir wurde gezeigt, wo ich persönliche Gegenstände aufbewahren kann. [nur ambulant] Mir wurde gezeigt, wo ich mich in den Therapiepausen aufhalten kann. [nur ambulant] Das Klinikpersonal/Personal der Reha-Einrichtung hat mir gesagt, ich soll möglichst viel selbst machen. Ich wurde darüber informiert, wie ich Stürze vermeiden kann. Das Klinikpersonal/Personal der Reha-Einrichtung hat mich ermutigt Fragen zu stellen.
Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln	Ich wurde gefragt, was ich in der Reha mit der Behandlung erreichen will. Mir wurde mitgeteilt, dass bei der Reha-Maßnahme meine Mitarbeit erforderlich ist. Meine häusliche und familiäre Situation wurde erfragt.
Medizinische Informationen mit Patient/in besprechen	Der Arzt/die Ärztin hat die Untersuchungsergebnisse mit mir besprochen. Der Arzt/die Ärztin klärte mich über Medikamentenänderungen auf. [nur stationär] Der Umgang mit den verordneten Hilfsmitteln wurde mir erläutert und mit mir geübt. Meine Behandlungs-Fortschritte wurden mit mir besprochen. Die Ziele der Reha-Maßnahmen wurden gemeinsam mit mir festgelegt. Mir wurde gezeigt, wie ich mit meinen Einschränkungen im täglichen Leben besser zurechtkommen kann.
Therapieplanänderungen	Geplante Therapien sind ausgefallen.* Über Änderungen im Therapieplan wurde ich informiert. Ich war stets über den aktuellen Therapieplan informiert. [nur ambulant] Die Behandlungstermine begannen mit mehr als 10 Minuten Verspätung. [nur ambulant]*
Informationen für die Zeit nach der Reha geben	Ich wurde informiert, auf welche Sach- und Dienstleistungen ich nach der Reha ggf. Anspruch habe (z. B. Badumbau, Pflegedienst). Ich habe Anleitungen für Zuhause erhalten (z. B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen). Mit mir wurde rechtzeitig besprochen, wie es nach der Reha weitergeht. Der Arzt/die Ärztin hat mich informiert, welche Weiterbehandlung nach der Entlassung erforderlich ist.

Für den **Mutter-/Vater-Kind Bereich** erfolgt die patientenseitige Erfassung der Prozessqualität im Patientenbogen mit fünf Fragen (Globalitems) korrespondierend zu den Phasen des „idealen Prozesses“ (Musekamp et al. 2014). Da das Antwortformat der Fragen ja/nein ist, ist eine nachträgliche Dichotomisierung nicht notwendig.

Tabelle 10: Darstellung der patientenseitigen Dokumentation der Prozessqualität (Mutter-/Vater-Kind-Bereich)

Idealer Prozess	
„Die Ankunft in der Klinik“	War der Empfang in der Einrichtung insgesamt für Sie eher stressfrei?
„Die Planung Ihrer Therapie“	War das ärztliche Aufnahmegespräch für Sie insgesamt eine positive Erfahrung?
„Ihre Behandlungen“	War die Organisation der Behandlungen insgesamt gut?
„Der Alltag in der Klinik“	War das Klima in der Einrichtung insgesamt gut?
„Das Ende Ihres Aufenthalts in der Klinik“	Kam es für Sie insgesamt zu einem guten Abschluss des Aufenthalts?

Für den Mutter/Vater-Kind-Bereich erfolgt zudem zusätzlich eine **fallbezogene Routinedokumentation** zur Prozessqualität. Die Dokumentation erfolgt mit Hilfe des Behandlerbogens. Folgende Prozesskriterien werden mittels der fallbezogenen Dokumentation erfasst:

Tabelle 11: Fallbezogene Routinedokumentation im Mutter-/Vater-Kind-Bereich (Behandlerbogen)

Frage im Dokumentationsbogen	Kriterium des „idealen Prozesses“
Datum der Aufnahme	
Datum der Aufnahmeuntersuchung	Aufnahmeuntersuchung max. 2 Tage nach Aufnahme
Datum der ersten Behandlung	Erste Behandlung max. 2 Tage nach Aufnahme
Datum des ersten weiteren Arztkontaktes nach der Aufnahmeuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme ▪ Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme
Daten interdisziplinärer Fallbesprechungen	Mindestens drei interdisziplinäre Fallbesprechungen im Verlauf der Maßnahme
Anzahl ausgefallener Behandlungen	Kein Ausfall von Behandlungen
Wurden der Patientin/dem Patienten Empfehlungen für die Nachsorge gegeben?	Nachsorgeempfehlungen
Datum der Entlassung	
Datum des Entlassungsgesprächs	Entlassungsgespräch maximal 2 Tage vor der Entlassung
Datum Ausgabe eines Entlassungsberichts	Kurzer Arztbrief/Entlassungsbrief, frühestens 2 Tage vor der Entlassung und maximal am Tag der Entlassung

Die Ergebnisse werden deskriptiv anhand des **Erfüllungsgrades** des Kriteriums des „idealen Prozesses“ und im Vergleich zu den entsprechenden Referenzangaben aller anderen Einrichtungen dargestellt:

Abbildung 3: Beispiel der Ergebnisdarstellung der fallbezogenen Routinedokumentation im Mutter-/Vater-Kind-Bereich

Idealer Prozess - Erfasst über den Behandlerbogen

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 55)	
	Tendenz	Erfüllungsgrad	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Aufnahmeuntersuchung maximal 2 Tage nach Aufnahme	△	100,0 %	98,6 %	99,0 % - 100,0 %
Erste Behandlung maximal 2 Tage nach Aufnahme	△	100,0 %	97,4 %	98,7 % - 100,0 %

Da es sich hierbei um **indikationsunabhängige** Patientenfragebögen handelt, unterscheiden sich im Mutter-/Vater-Kind Bereich die Ergebnisberichte zur Prozessqualität von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht. Dies gilt analog auch für Mutter-/Vater-Kind Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen.

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

Der **Zustimmungsgrad einer Patientin bzw. eines Patienten** in einem der drei Qualitätsunterdimensionen berechnet sich folgendermaßen:

$$\text{Grad der Zustimmung} = \frac{N_{\text{positiv beantwortete Items}}}{N_{\text{Items der Qualitätsunterdimension}} - N_{\text{nicht relevante-Antworten}}}$$

Hierbei stellt N die jeweilige Anzahl dar.

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

Die Ergebnisse der Auswertung der patientenseitigen Erfassung der Prozessqualität werden in Teil II des Berichts wie in Tabelle 12 dargestellt. Dabei wird in der zweiten Spalte der mittlere Zustimmungsgrad der Patientinnen und Patienten der Fachabteilung und in der dritten Spalte der durchschnittliche Zustimmungsgrad der Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen dargestellt. Zur Unterstützung des Vergleichs der Fachabteilung mit allen Fachabteilungen wird für alle Fachabteilungen auch der Interquartilsbereich angegeben. Dieser markiert den Bereich um den durchschnittlichen Zustimmungsgrad, in dem 50 % aller Fachabteilungen liegen (siehe auch Glossar, Abschnitt 8). Es kann so abgeschätzt werden, wie die Werte aller Fachabteilungen streuen. Es handelt sich hierbei allerdings nicht um einen statistischen Signifikanztest.

Tabelle 12: Beispiel für die Darstellung der mittleren Erfüllungsgrade der prozessbezogenen Items (somatischer Indikationsbereich) – aus Auswertung Teil I „Qualitätssynopse der Basiskriterien“

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 28)	
	Tendenz	Erfüllungsgrad	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Erfasst über die Patientenbefragung				
Behandler-Patient-Kommunikation	▽	63,5 %	69,4 %	65,2 % - 72,5 %
Therapie und Pflege	△	91,9 %	89,1 %	87,5 % - 91,7 %
Nachsorge	△	75,7 %	60,4 %	53,8 % - 66,2 %

Die in der Beispieltabelle dargestellten Ergebnisse zur „Behandler-Patienten-Kommunikation“ können wie folgt gelesen werden:

Die mittlere Zustimmung der Patientinnen und Patienten der entsprechenden Fachabteilung liegt in diesem Bereich bei 63,5 %, der Durchschnitt aller Fachabteilungen bei 69,4 %. Da der Interquartilsbereich mit 65,2 % - 72,5 % angegeben ist, wird hier deutlich, dass die Fachabteilung in der Verteilung aller Fachabteilungen unterhalb der mittleren 50 % der Einrichtungen liegt.

Die konkreten Angaben der Patientinnen und Patienten der Fachabteilung zu den einzelnen prozessbezogenen Items werden im Ergebnisbericht Teil II wiedergegeben.

4.2.2 Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

Tabelle 13: Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

Zu tun	Wer	Wann
Austeilen der Befragungsinstrumente (Reha-Beginn-Fragebögen)	Einrichtung	In 12 Monats-Zeitraum
Versand der Nachbefragungsbögen an die Patientinnen und Patienten		Versand sechs/zwei Wochen nach Ende der Rehabilitation
Versand der ausgefüllten Nachbefragungsinstrumente an Auswertungsinstitut	Patient/in	
Datenannahme und -auswertung	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Instrumente vorliegen
Erstellung der Ergebnisberichte Teil II		Unmittelbar nach Ende des Erhebungszeitraumes
Versand der Ergebnisberichte Teil II		

Bei Einrichtungen der **Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation** wird der Ablauf weiter differenziert. Für den Mutter-/Vater-Bereich sind auf der Ebene der Prozessqualität die in Tabelle 13 aufgeführten Arbeitsschritte durchzuführen. Dabei wird zusätzlich zum Elternteil für maximal zwei behandlungsbedürftige Kinder und eine behandlungsbedürftige Jugendliche bzw. Jugendlichen ein eigener **Vor- und Nachbefragungsbogen** ausgegeben. Diese Fragebögen existieren in zwei Versionen, differenziert nach dem Alter des Kindes (bis einschließlich 11 Jahre oder ab 12 Jahren).

Ergänzend ist für jedes behandlungsbedürftige Elternteil und für jedes in die Befragung eingeschlossene Kind zu Beginn der Maßnahme der **Behandlerbogen** zur Dokumentation der Prozessqualität online von der Behandlerin oder von dem Behandler auszufüllen. Sind Elternteile nicht in der Lage, an der Erhebung teilzunehmen oder verweigern die Teilnahme, sind analog zu den anderen Indikationsbereichen von den Behandlerinnen und Behandlern Drop-Out-Bögen auszufüllen. Eine alleinige Teilnahme eines Kindes/Jugendlichen an der Befragung ist nicht möglich.

Im Bereich **Geriatric** werden die Fragebögen wegen der Individualisierung der Bögen und gleichzeitigen Differenzierung zwischen der Befragung von Patientinnen bzw. Patienten und Bezugspersonen in den teilnehmenden Einrichtungen ausgedruckt. Dadurch entfällt zu Beginn eines Erhebungszyklus der Versand dieser Bögen durch die Auswertungsstelle. Ansonsten decken sich die Abläufe mit denen der anderen Indikationsbereiche.

Im Bereich der **Kinder- und Jugendrehabilitation** ist nur ein Nachbefragungsbogen auszugeben. Dieser Fragebogen existiert in zwei Versionen, differenziert nach dem Alter des Kindes (bis einschließlich 11 Jahre oder ab 12 Jahren). Der Behandlerbogen entfällt.

4.3 Visitation

Visitationen dienen der **Validierung der Angaben** im Einrichtungsbogen. Ferner bieten sie den Einrichtungen die Möglichkeit, Erläuterungen zu dem vorliegenden Einrichtungsbogen zu erhalten. Durch eine **Zufallsstichprobe** werden nach abschließender Vorlage der Strukturhebungsbögen 5 % der teilnehmenden Fachabteilungen für die Durchführung von eintägigen Visitationen ermittelt, die ≥ 50 GKV-Patientinnen und Patienten in den vergangenen sechs Monaten (große Fachabteilungen) versorgt haben. Weiterhin sind Fachabteilungen mit geringen Patientenzahlen (< 50 GKV-Patientinnen und Patienten in den vergangenen sechs Monaten; kleine Fachabteilungen) einzubeziehen. Hier werden Visitationen in 30 % der Fachabteilungen durchgeführt.

Für jede zu visitierende Fachabteilung ist eine **Visitorin** oder ein **Visitor** erforderlich. Die Visitorinnen und Visitor müssen befähigt sein, mögliche Diskrepanzen zwischen den Angaben im Einrichtungsbogen und den in Augenschein genommenen Nachweisen fach- und sachgerecht beurteilen zu können. Sie sind berechtigt, Verträge mit Kooperationspartnern der jeweiligen Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtung einzusehen, sofern diese die Erfüllung von Basis- oder Zuweisungskriterien betreffen. Außerdem dürfen sie anonymisierte Patientenakten hinzuziehen. Sofern eine entsprechende Einverständniserklärung von der Patientin bzw. von dem Patienten vorliegt, dürfen sie auch nicht anonymisierte Patientenakten einsehen.

Die Einrichtungen werden ca. zwei Wochen vor dem geplanten Tag der Visitation über die Terminierung und den Ablauf der Visitation informiert. Eine terminliche Verlegung des Visitationstermins ist nicht vorgesehen. Sollte aus gravierenden Gründen (z. B. kein Klinikbetrieb, kurzzeitiger Personalnotstand) die Visitation vonseiten der Einrichtung nicht stattfinden können, wird einmalig ein Ersatztermin unter Berücksichtigung der vierzehntägigen Frist vorgegeben. Die Abwesenheit der Klinikleitung und/oder der QS-Reha®-Kordinatorin bzw. des Koordinators stellt keinen hinreichend gravierenden Grund dar, da für diesen Fall ein Stellvertreter vor Ort sein sollte. Der ausgefallene Termin findet im Visitationsbericht Erwähnung.

Die Planung des Tagesablaufs sieht ein ca. einstündiges Gespräch mit der Einrichtungsleitung bzw. deren Vertreterinnen oder Vertretern sowie einen Einrichtungsrundgang durch das gesamte Haus vor. Sind zur Validierung der Daten des Einrichtungsbogens in Absprache mit der Einrichtungsleitung Gespräche mit Mitarbeiten-

den der Fachabteilung (z. B. ärztliches Personal, Psychologe/in, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte/r, therapeutisches Fachpersonal) notwendig, so sind diese durchzuführen. Weitere Beschäftigte werden ggf. je nach Situation der Fachabteilung und Verlauf des Gesprächs mit der Einrichtungsleitung ausgewählt. Wenn mehrere Fachabteilungen in einer Einrichtung visitiert werden, kann sich die Visitationsdauer pro Fachabteilung verkürzen, wenn dies inhaltlich angemessen ist.

Zur Validierung der Angaben im Einrichtungsbogen kann **Einsicht in zwei anonymisierte Patientenakten** genommen werden. Die Visitation endet mit einer Abschlussitzung, im Rahmen derer die Visitorin bzw. der Visitor der Einrichtungsleitung eine Zusammenfassung ihrer bzw. seiner Eindrücke mitteilt. Ein typischer Ablaufplan der Visitation enthält folgende Elemente:

- Anfangsgespräch mit der Einrichtungsleitung
- Einrichtungsrundgang
- ggf. Mitarbeitergespräche
- Einsichtnahme in anonymisierte Patientenakte/Pflegedokumentationen und Therapiedokumentationen
- Abschlussgespräch mit der Einrichtungsleitung

Die Visitorin bzw. der Visitor erhält vorab einen Ausdruck des online vorausgefüllten Einrichtungsbogens durch die unabhängige Auswertungsstelle. Der vorausgefüllte Einrichtungsbogen dient in Verbindung mit dem Katalog der Bewertungskriterien als Grundlage für die Auswertung.

Insgesamt erhält die Visitorin bzw. der Visitor Einsicht in folgende Unterlagen:

- ein Ausdruck des online vorausgefüllten Einrichtungsbogens
- weitere Unterlagen wie bspw. Einrichtungskonzept, Therapiekonzepte
- ggf. ein interner Qualitätsbericht der Einrichtung.

In dem vorausgefüllten Einrichtungsbogen sind alle Abweichungen zwischen den von den Einrichtungen gemachten Angaben und den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort festzuhalten. Der Einrichtungsbogen definiert den Inhalt der Visitationen im QS-Reha®-Verfahren.

Nachfolgend wird das Visitations-Vorgehen für die **somatischen Indikationsbereiche** beschrieben. Unterschieden wird zwischen **dialogrelevanten Kriterien, Basiskriterien**, d. h. zentralen Qualitätsanforderungen, die in jeder Visitation thematisiert werden müssen und **Zuweisungssteuerungskriterien**, von denen einige per Zufall ausgewählt und in der Visitation überprüft werden sollen.

Die **dialogrelevanten Kriterien** und **Basiskriterien** werden in der Regel über verschiedene Zugänge geprüft (z. B. Gespräch mit der Einrichtungsleitung, Einzelgespräch mit einem Therapeuten, Einrichtungsrundgang). Während der Visitation werden alle Kriterien geprüft, es ist aber nicht unbedingt notwendig (wenn auch sehr zu empfehlen) alle Zugänge zu den Basiskriterien zu nutzen.

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

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

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

Für viele Aspekte der Struktur- und Prozessqualität (z. B. die *Qualität* von Therapiekonzepten in Ergänzung zu ihrer bloßen *Existenz*) legen die Kataloge der Bewertungskriterien keine detaillierten Kriterien fest, sodass hier die Erfahrung der Visitorin bzw. des Visitors gefragt ist. Sie bzw. er hat die wichtige Aufgabe, über die bloße Existenz gewisser Merkmale hinaus die *Qualität* der Erfüllung der Anforderungen zu beurteilen. Liegt die von der Visitorin bzw. dem Visitor beurteilte Qualität unter einem Mindestwert (ist z. B. ein Schriftstück mit der Überschrift "Therapiekonzept" vorhanden, die inhaltliche Ausarbeitung des Konzepts aber so gering, dass man kaum von einem solchen sprechen kann), so sollte die Nichterfüllung im Einrichtungsbogen dokumentiert werden.

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

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

Tabelle 14: Ablaufplan Visitation

Zu tun	Wer	Wann	Materialien
Zufallsauswahl der zu visitierenden Fachabteilung und Ankündigung der Visitation	Auswertungsstelle	2-3 Wochen vor Visitation	
Ermöglichung der Visitation	Einrichtungsleitung		
Organisatorische Vorbereitung der Visitation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auswertungsstelle ▪ Einrichtungsleitung 		Vorausgefüllter Einrichtungsbogen und Dokumente der Einrichtung (z. B. über Therapie- und Einrichtungskonzept) zusammenstellen
Inhaltliche Vorbereitung der Visitation	Visitorin bzw. Visitor		Angaben im Einrichtungsbogen und Dokumente der Einrichtung durcharbeiten
Durchführung der Visitation	Visitorin bzw. Visitor, Einrichtungsleitung und weitere Beschäftigte der Einrichtung	Tag der Visitation	Vorausgefüllter Einrichtungsbogen, Katalog Bewertungskriterien
Eventuelle Änderungen in den Kriterien werden in die Datenbank zur Struktur- bzw. Prozessqualität übernommen	Visitorin bzw. Visitor		Visitationsmodul im Extranet
Visitationsberichterstellung	Visitorin bzw. Visitor		
Überprüfung der Berichterstellung durch Auswertungsstelle	Auswertungsstelle		
Vorabesicht der Visitationsergebnisse durch Koordinatorin oder Koordinator mit Möglichkeit der Stellungnahme	Koordinatorin bzw. Koordinator	Max. 6 Wochen nach Freigabe des Berichts durch Auswertungsstelle	
Bereitstellung des finalen Visitationsberichts inkl. Stellungnahme als pdf-Dokument	Auswertungsstelle	6 Wochen nach Freigabe des Visitationsberichts	
Versand der Ergebnisberichte Teil I nach Visitation	Auswertungsstelle	In der Regel 6 Wochen nach Beendigung aller Visitationen	Berichtsmodul im Extranet

Es wird im Vorfeld der Visitation zu jedem Kriterium die Antwort der Einrichtung aus der Strukturhebung vermerkt. Im Verlauf besteht für jedes Kriterium die Möglichkeit, eine Differenz zur Strukturhebung, den Status (erfüllt/nicht erfüllt) und die während der Visitation genutzte Informationsquelle zu dokumentieren.

Die Vorgehensweise für die Visitation in den Indikationen Geriatrie (ambulant/stationär), Mutter-/Vater-Kind und Kinder und Jugend gleichen der Vorgehensweise bei den somatischen Indikationen.

Die Visitationen nehmen in der Regel einen Tag in Anspruch.

4.4 Ergebnisqualität

In den Berichtsabschnitt zur Ergebnisqualität gehen die Angaben der Patientinnen und Patienten aus dem IRES-3-Fragebogen (somatische Indikationsbereiche; Frey et al. 2007) bzw. aus dem HEALTH-49-Fragebogen (Indikationsbereich psychische/psychosomatische Erkrankungen; Rabung et al. 2007) ein, die in die Patientenbögen integriert sind. Im Mutter-/Vater-Kind Bereich werden die Angaben der Patientinnen und Patienten aus einer Reihe verschiedener Instrumente herangezogen, hierzu zählen u.a. der PHQ-D (Depressive Störung, somatoforme Störung; Löwe et al. 2002) und die Subskala „Funktionsfähigkeit im Alltag“ des IRES-24 (Frey et al. 2007).

Das Besondere in der Geriatrie ist die individualisierte Messung der Ergebnisqualität sowie der Einbezug von Bezugspersonen in die Befragung, wenn eine in das QS-Reha®-Verfahren einzubeziehende Patientin oder Patient an der Befragung nicht teilnehmen kann oder möchte.

Ausgangspunkt für die individualisierte Messung der Ergebnisqualität ist das im gegenseitigen Einvernehmen zwischen der Patientin bzw. dem Patienten und/oder der Bezugsperson und dem ärztlichen Personal zu Rehabilitations-Beginn vereinbarte individuelle Rehabilitations-Ziel, das innerhalb der ersten drei Tage des Rehabilitations-Aufenthaltes zu bestimmen und festzulegen ist. Das vereinbarte individuelle Rehabilitations-Ziel dient im Verfahren als Grundlage für die Messung der Ergebnisqualität mit einem individualisierten Patientenfragebogen. Jede Patientin und jeder Patient erhält dadurch nur Fragen zu Ergebnis-Aspekten, die für ihn oder sie persönlich während der Reha relevant sind bzw. waren. Das vereinbarte individuelle Rehabilitations-Ziel berücksichtigt die Wünsche der Patientin oder des Patienten, ihre bzw. seine Ressourcen und Einschränkungen sowie den nach der Rehabilitation zu erwartenden Kontext und die Einschätzungen des Behandlungsteams, dieses Ziel im verfügbaren Zeitrahmen erreichen zu können.

Aus dem vereinbarten individuellen Reha-Ziel werden dann die für die einzelnen Patientinnen und Patienten relevanten Reha-Zielkategorien abgeleitet. Damit werden die Leistungsmerkmale ausgewählt, die es therapeutisch zu verbessern gilt, damit die Patientin oder der Patient das vereinbarte individuelle Reha-Ziel realisieren kann.

Derzeit gibt es 33 Reha-Zielkategorien, die an die ICF-Systematik angelehnt auf zwei Ebenen strukturiert sind (siehe Tabelle 15). Zu jeder einzelnen der 33 Reha-Zielkategorien der Ebene II (RZK) gibt es eine Operationalisierung, mit der das aktuelle Leistungsvermögen eines bestimmten Leistungsmerkmals erfasst werden kann, das während des Reha-Aufenthaltes therapeutisch behandelt wird. Damit werden körperliche Funktionen, Tätigkeiten und Aktivitäten beschrieben, die den Grad der Teilhabe beeinträchtigen oder fördern. Für jede Patientin und jeden Patienten werden zur Messung der Ergebnisqualität je nach Therapieplan unterschiedliche Kombinationen aus den 33 Reha-Zielkategorien unter Einhaltung folgender Maßgaben ausgewählt:

Es werden **mindesten drei und maximal 10 Reha-Zielkategorien der Ebene II** ausgewählt und diese müssen **mindestens drei Bereiche der Reha-Zielkategorien Ebene I** abdecken.

Mit der bereitgestellten Handlungsanweisung wird angestrebt, eine einheitliche Vorgehensweise bei der Reha-Zielvereinbarung und der Ableitung der Reha-Zielkategorien in den Einrichtungen zu fördern, um ein standardisiertes Vorgehen im QS-Reha®-Verfahren zu ermöglichen.

Tabelle 15: Rehabilitations-Zielkategorien der Ebenen I und II

Rehabilitations-Zielkategorie Ebene I	Rehabilitations-Zielkategorie Ebene II
Körperfunktion	
Schmerz	1.1 Schmerzen
Funktionen des Verdauungstraktes	1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken
	1.3 Defäkationsfunktion
Funktionen des Urogenitalsystems	1.4 Miktionsfunktion
Aktivität und Partizipation (Teilhabe)	
Lernen und Wissensanwendung	2.1 Lesen
	2.2 Problemlösen
	2.3 Konzentration
Stimm- und Sprechfunktion (Körperfunktion)	3.1 Sprechen
Kommunikation	3.2 Sprache
	3.3 Kommunikation
	3.4 Kommunikationsgeräte benutzen
Mobilität	4.1 Körperposition wechseln
	4.2 In einer Körperposition verbleiben
	4.3 Gegenstände anheben und tragen
	4.4 Händegebrauch
	4.5 Rollstuhlgebrauch
	4.6 Gangsicherheit
	4.7 Gehen im Innenbereich
	4.8 Treppensteigen
	4.9 Gehen im Außenbereich
	4.10 Transportmittel nutzen
Selbstversorgung	5.1 Sich waschen
	5.2 Körperpflege
	5.3 Toilettenbenutzung
	5.4 Sich kleiden
	5.5 Essen
	5.6 Trinken
Häusliches Leben	6.1 Mahlzeiten zubereiten
	6.2 Hausarbeiten erledigen
	6.3 Beschaffen von Waren und Dienstleistungen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehung	7.1 Private Beziehungen
Bedeutende Lebensbereiche	8.1 Wirtschaftliches Leben
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	9.1 Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit

Die Operationalisierungen der Reha-Zielkategorien berücksichtigen u.a. die Nutzung von Hilfsmitteln sowie die Unterstützung durch Hilfe- bzw. Begleitpersonen. Zudem gibt es für jede RZK-Operationalisierung eine Parallelversion für Bezugspersonen, die ihnen vorgelegt wird, wenn die Patientin oder der Patient an der Befragung nicht teilnehmen kann oder möchte und die Bezugsperson stattdessen an der Befragung teilnimmt. Bei den Parallelversionen sind die jeweils abgefragten Inhalte und Stufen absolut identisch mit der Patientenversion.

Einzig in der Eingangsformulierung liegt der Unterschied, durch den der Perspektivwechsel von Selbstbeobachtung zur Fremdbeobachtung berücksichtigt wird. „Können Sie ...“ beginnen die meisten Fragen an die Patientinnen und Patienten, „Kann Ihr(e) Angehörige(r) ...“ werden die Bezugspersonen entsprechend gefragt. Bezugspersonen wird dieselbe Auswahl an Reha-Zielkategorien vorgelegt wie die betreffenden Patientinnen und Patienten sie erhalten hätten.

Bei der Messung der Ergebnisqualität sind Patientinnen bzw. Patienten und Bezugspersonen absolut austauschbar. Das beruht auf der Konzeption der Messung, bei der der Status insbesondere für medizinische Laien gut beobachtbarer Merkmale und differenzierbarer Stufen zum aktuellen Befragungszeitpunkt erfragt wird. Dadurch werden sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von den Bezugspersonen valide und reliabel Statusangaben erhoben. Das Konzept wurde im Rahmen der Entwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens in der Geriatrie empirisch geprüft und bestätigt (Birkner und Kwietniewski 2018).

Die behandlerseitige online-Erfassung der Auswahl der für eine Patientin oder einen Patienten relevanten Reha-Zielkategorien führt dazu, dass für sie oder ihn ein individualisiertes Fragenset erstellt wird, das die Patientin oder der Patient bzw. die Bezugsperson in der Parallelversion zu Reha-Beginn sowie zwei Wochen nach Reha-Ende zur Statusabfrage erhält.

Das Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität ist für ambulant und stationär behandelte Patientinnen und Patienten identisch.

Zur Bestimmung der Ergebnisqualität wird ein Vorher-Nachher-Vergleich der für die einzelnen Patientinnen und Patienten spezifisch ausgewählten RZK durchgeführt. Zur Deltamessung wird der Leistungsstatus für die ausgewählten RZK zu Reha-Beginn (t0) und zwei Wochen nach Entlassung aus der Reha-Einrichtung (t2) gemessen (siehe Beispiel: RZK 1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken, Abbildung 4). Aus den Unterschieden werden die Scores der Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität bestimmt. Der hier realisierte Auswertungsalgorithmus berücksichtigt dabei, dass die Statusabfragen in der Regel auf Basis ordinaler Antwortskalen²⁶ erfolgen, dass die unterschiedlichen RZK mit unterschiedlichen spezifischen Verbesserungspotentialen behaftet sind und dass die Deltawerte risikoadjustiert werden sollen.

²⁶ Die Stufen ordinaler Antwortskalen sind nicht äquidistant. Selbst gleiche Stufensprünge bei gleichen Antwortskalen unterschiedlicher Fragen können nicht als äquidistant angenommen werden.

Abbildung 4: RZK 1.2 Körperfunktion: Nahrungsaufnahme, Schlucken; Antwortbeispiel

Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.
Wir wollen nun von Ihnen wissen:

Können Sie folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Kartoffelbrei, Pudding oder Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Weich gekochtes Gemüse (z.B. Kartoffeln, Blumenkohl)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feste Speisen (z.B. Brot oder Fleisch)	<input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mahlzeiten mit unterschiedlichen Bestandteilen (z.B. Eintopf, Suppe mit Einlage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

✗ Angabe zu t0
✗ Angabe zu t2
→ Verbesserung

Die patientenseitige Outcome-Messung im QS-Reha®-Verfahren basiert in **allen Indikationen**, außer in der Geriatrie, auf einer generischen – d. h. indikationsunabhängigen – Erfassung der **Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Patientinnen bzw. Patienten**. Generische Messinstrumente erlauben den Vergleich über verschiedene Diagnosen und Indikationen hinweg. Der IRES-3-Fragebogen dient der generischen Erfassung des Gesundheitsstatus der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der somatischen Gesundheit, der Schmerzen, der Funktionsfähigkeit im Alltag, des psychischen Befindens, der sozialen Integration, des Gesundheitsverhaltens und der Krankheitsbewältigung.

Neben den Daten der Patientinnen und Patienten gehen auch Angaben aus dem **Behandlerbogen** in die Auswertung zur Ergebnisqualität ein. Der Behandlerbogen umfasst soziodemographische Variablen der behandelten Person und medizinische Parameter wie z. B. die Diagnose, verschiedene Diagnosezusätze, eine Zuordnung zu indikationsbezogenen Fallgruppen und eine Angabe zur Chronifizierung der Haupterkrankung sowie zu den Komorbiditäten. Im Rahmen von kontrollierten Einrichtungvergleichen wird die Einrichtung bezüglich der erzielten Ergebnisse mit allen **Fachabteilungen** desselben Indikationsbereiches verglichen, die ebenfalls am QS-Reha®-Verfahren teilgenommen haben. Das dabei angewandte Verfahren zur Sicherstellung "fairer" Einrichtungvergleiche wird in Abschnitt 4.4.3 dargestellt. Der methodisch Interessierte findet weitere Einzelheiten bei Farin et al. (2004), Farin (2005) bzw. bei Rabung et al. (2007).

Der Berichtsabschnitt zur Ergebnisqualität (Ergebnisbericht Teil II) weist folgende Gliederung auf: Zunächst wird in der **Rücklauf- und Drop-Out-Analyse** untersucht, welche Patientinnen und Patienten (primäre Drop-Outs) mit welchen Merkmalen von der Einrichtung nicht in die Erhebung aufgenommen werden konnten (z. B. aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen oder fehlender Teilnahmebereitschaft), und inwieweit es gelang, bei den in die Erhebung aufgenommenen Patientinnen und Patienten über die beiden Messzeitpunkte hinweg einen

hohen Rücklauf zu erzielen. Der darauffolgende Abschnitt beschreibt **Merkmale der in die Erhebung aufgenommenen Patientinnen und Patienten (Deskription der Stichprobe)**, z. B. hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Diagnosegruppe und Reha-Status zum Aufnahmezeitpunkt. Schließlich werden die Ergebnisse der **patientenseitigen Ergebnismessung** im Einrichtungsvergleich dargestellt. Entsprechend dieser Gliederung wird nun für die einzelnen Schritte das methodische Vorgehen erläutert.

4.4.1 Rücklauf und Drop-Out-Analyse

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

Die **primären Drop-Outs** sind Patientinnen und Patienten, die der Brutto-Stichprobe angehören, also alle Personen, die aufgrund des konsekutiven Einschusses eine Einladung zur Befragung erhalten, aber aus verschiedenen Gründen nicht teilnehmen können oder wollen. Gründe können z. B. die Verweigerung der Teilnahme sein, sprachliche Hindernisse oder auch kognitive oder psychische Einschränkungen. Für alle primären Drop-Out-Patientinnen und Patienten einer Einrichtung werden Basis-Parameter über den Drop-out-Bogen für die Drop-Out-Analyse erhoben. Das heißt konkret, dass jede einzubeziehende Person von Beginn bis zum Abschluss der Befragung (Erreichen der maximalen Teilnehmerzahl oder Ende des Messzeitraumes) entweder als Teilnehmerin bzw. Teilnehmer oder als Drop-Out erfasst wird.

Primäre Drop-Outs können eine systematische Selektion bestimmter Patientinnen und Patienten darstellen. In der Drop-Out-Analyse sowie bei der Prüfung auf Unterschiede werden daher die Verteilungen der Drop-Out-Gründe zwischen Fachabteilung und allen Fachabteilungen sowie von Basis-Parameter der Patientinnen und Patienten (u.a. Alter und Geschlecht) zwischen „Erhebungspatientinnen und -patienten Fachabteilung“ und „Drop-Out-Patientinnen und -Patienten Fachabteilung“ auf signifikante Unterschiede geprüft.

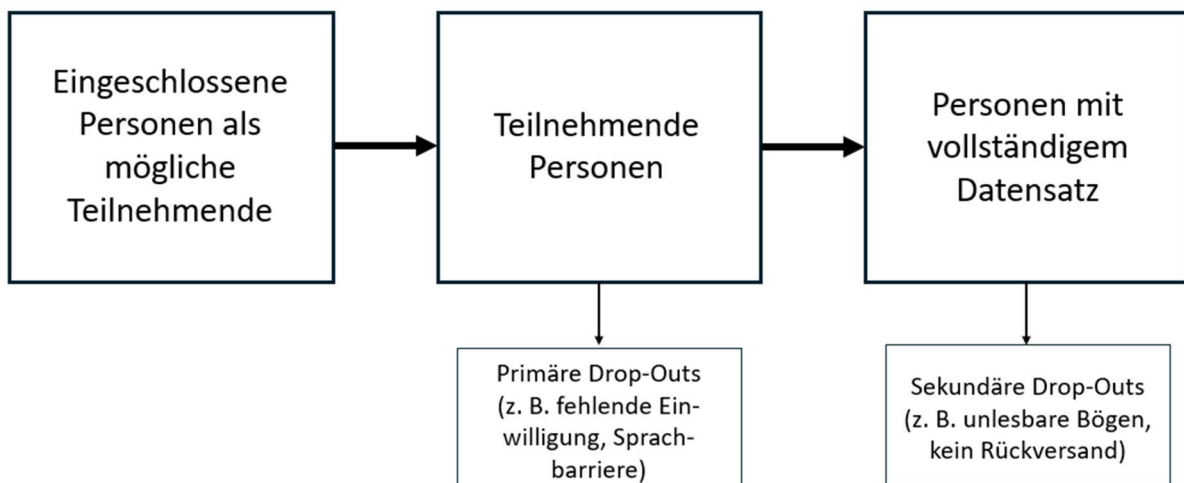
Teilnehmende Patientinnen und Patienten können aufgrund verschiedener Ursachen nachträglich aus der Befragung bzw. den Analysen ausgeschlossen werden:

- Vorzeitiger Abbruch der Reha-Maßnahme,
- Rücknahme der Einwilligungserklärung,
- Versterben der Patientin oder des Patienten innerhalb des Befragungszeitraums,
- Fragebogen-Set liegt der Auswertungsstelle nicht vollständig vor,
- unzureichend ausgefüllter Fragebogen.

Diese sind dann die sog. **Sekundären Drop-Outs**. Eine Auswertung der Qualitätsergebnisse kann nur dann erfolgen, wenn komplette Datensätze (d. h. Behandlerbogen, Patientenbogen Reha-Beginn und Nachbefragung) vorliegen.

Die Abbildung 5 stellt nochmals die Unterschiede zwischen primären und sekundären Drop-Outs dar.

Abbildung 5: Darstellung primäre und sekundäre Drop-Outs



Während die **primären Drop-Outs** sich auf die Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten der jeweiligen Klinik beziehen, kann aus den **sekundären Drop-Outs** eine Aussage zur Umsetzung der Befragung in der Klinik abgeleitet werden. Die Anzahl von Non-Respondern (also Patientinnen und Patienten, von denen nicht alle Fragebögen vorliegen) kann z. B. auf Prozessfehler hinweisen (z. B. Fragebogen wurde nicht eingesammelt bzw. versendet oder kam nicht an) oder auf eine weniger intensive Aufklärung während der Aufnahme und damit verbundenen fehlenden Sensibilität der Patientin bzw. des Patienten für die Bedeutung der Rücksendung. Die Analyse der sekundären Drop-Outs liefert daher wichtige Informationen für ein Teilnehmer-Monitoring, mit dem Schwachstellen in der Umsetzung der Befragung identifiziert und somit zur Weiterentwicklung des Verfahrens beigetragen werden kann.

Um belastbare Aussagen zur Ausschöpfung der zu akquirierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer treffen zu können, ist eine vollständige Erfassung der primären Drop-Outs über die Behandlerbögen (Teile A1 und A2)

notwendig. Diese Dokumentationen waren in der Vergangenheit aufgrund der papiergebundenen Bereitstellung auf 30 Stück begrenzt. Da die Bögen nun digital von der Klinik übermittelt werden, wird diese Beschränkung aufgehoben und für alle primären Drop-Outs der Drop-Out-Bogen ausgefüllt.

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

1. Wie viele komplette Datensätze liegen zur Auswertung vor?
2. Gibt es systematische Unterschiede zwischen der Gruppe der Patientinnen und Patienten, zu denen komplette Datensätze vorliegen und der Gruppe der Drop-Out-Patientinnen und -Patienten (primäre und sekundäre Drop-Out-Fälle) hinsichtlich relevanter Parameter wie z. B. Alter, Vorsorge-/Reha-Motivation oder Komorbidität?

Der Datenrücklauf gilt als wichtiges Qualitätsmerkmal für die Erhebung und ihre Ergebnisse. Grundlage für die Berechnung der QS-Reha®-Ergebnisse ist die Stichprobengröße (Anzahl der Patientinnen und Patienten in der Stichprobe), d.h. die Anzahl an Personen, für die ein vollständiges Set aus Behandlerbogen, Patientenbogen zu Reha-Beginn sowie Patientenbogen aus der Nachbefragung vorliegt. Nur die Daten für diese Patientinnen und Patienten gehen in die weiteren Analysen mit ein.

Vor diesem Hintergrund werden den Einrichtungen jeweils 150 Fragebogensets zur Verfügung gestellt, sodass ggf. auch sekundäre Drop-Out-Patientinnen und -Patienten berücksichtigt werden können.

Grundsätzlich sollten alle volljährigen Patientinnen und Patienten (Ausnahme Kinder der Kinder- und Jugendrehabilitation und MVK) der gesetzlichen Krankenkassen, die im festgelegten Erhebungszeitraum (vgl. Tabelle 2) im jeweiligen Indikationsbereich in der Fachabteilung aufgenommen wurden, konsekutiv in die Befragung einbezogen werden. Für die Patientinnen und Patienten, die trotz passender Einschlusskriterien nicht bei Reha-Beginn in die Erhebung einbezogen wurden (Teilnahme verweigert, sprachliche Probleme etc.), sollen die Behandlerinnen und Behandler einen separaten Drop-Out Bogen (ein Teil des Behandlerbogens) ausfüllen. Dieser erfragt neben Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Diagnose etc.) auch die Gründe für die Nichtteilnahme der Patientinnen und Patienten, welche im Bericht, wie im Kapitel Untersuchung der Stichprobe dargestellt, wiedergegeben werden.

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** werden, bedingt durch die Spezifika des Bereiches, Drop-Out-Analysen anhand der Variablen Alter, Geschlecht, Art der Maßnahme (Vorsorge vs. Rehabilitation, mit vs. ohne Kinderaufnahme) sowie Anzahl mit aufgenommener Kinder vorgenommen. Die Tabelle 16 zeigt eine beispielhafte Darstellung der primären Drop-out-Analyse.

Tabelle 16: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennung möglich - Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 28)	
Teilnehmende Patientinnen und Patienten (Lfd. Nr. 001-150)				
Anzahl Behandlerbögen	148 / 150	98,7 %	3.525 / 4.200	83,9 %
... Patient/-innen mit vorliegendem Fragebogen zu Reha-Beginn und der Nachbefragung	94 / 148	63,5 %	2.408 / 3.525	68,3 %
... nachträglich ausgeschiedene Patient/-innen (= sekundäre Drop-Outs)	54 / 148	36,5 %	1.117 / 3.525	31,7 %
Nicht-teilnehmende Patientinnen und Patienten (Lfd. Nr. 151-180 = primäre Drop-Outs)				
Anzahl Behandlerbögen	30 / 30	100,0 %	418 / 840	49,8 %
Gründe nach Angaben der Behandler/-innen				
verweigert	0 / 30	0,0 %	198 / 418	47,4 %
kognitive / physische Einschränkungen	1 / 30	3,3 %	35 / 418	8,4 %
sprachliche Probleme	0 / 30	0,0 %	41 / 418	9,8 %
anderes	29 / 30	96,7 %	144 / 418	34,4 %

Im Bereich **Geriatrie** werden Patientinnen und Patienten oder Bezugspersonen befragt. Daher werden in der primären Drop-Out-Analyse die Gründe zur Nicht-Teilnahme von Patientinnen oder Patienten (siehe Tabelle 17) getrennt von denen der Bezugspersonen ausgewiesen (siehe Tabelle 18).

Tabelle 17: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn von Patientinnen und Patienten nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennungen möglich - Beispiel Geriatrie)

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 115)	
Teilnehmende Patientinnen und Patienten (Lfd. Nr. 001-150)				
Anzahl Behandlerbögen	134 / 150	89,3 %	14.454 / 17.250	83,8 %
... Patient/-innen mit vorliegendem Fragebogen zu Reha-Beginn und der Nachbefragung	83 / 134	61,9 %	8.630 / 14.454	59,7 %
... Bezugspersonen mit vorliegendem Fragebogen zu Reha-Beginn und der Nachbefragung	0 / 134	0,0 %	0 / 14.454	0,0 %
... nachträglich ausgeschiedene Patient/-innen oder Bezugspersonen (= sekundäre Drop-Outs)	51 / 134	38,1 %	5.824 / 14.454	40,3 %
Nicht-teilnehmende Patientinnen und Patienten (Lfd. Nr. 151-180 = primäre Drop-Outs)				
Anzahl Behandlerbögen	26 / 30	86,7 %	2.026 / 3.450	58,7 %
Gründe der Patientin/des Patienten nach Angaben der Behandler/-innen				
Patient/-in lehnt Teilnahme ab	9 / 26	34,6 %	1.101 / 2.026	54,3 %
Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen	10 / 26	38,5 %	573 / 2.026	28,3 %
Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme	1 / 26	3,8 %	121 / 2.026	6,0 %
nicht reguläres Ende der Maßnahme (z.B. Tod)	0 / 26	0,0 %	20 / 2.026	1,0 %
andere Gründe zur Nicht-Teilnahme	6 / 26	23,1 %	210 / 2.026	10,4 %

Tabelle 18: Beispielhafte Darstellung der Gründe für primären Drop-Out bei Reha-Beginn von Bezugspersonen nach Angaben der Behandlerinnen und Behandler (Mehrfachnennungen möglich – Beispiel Geriatrie)

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 115)	
Gründe der Bezugsperson nach Angaben der Behandler/-innen				
Bezugsperson lehnt Teilnahme ab	0 / 0	-	25 / 43	58,1 %
Patient/-in lehnt die Befragung der Bezugsperson ab	0 / 0	-	0 / 43	0,0 %
Teilnahme nicht möglich wegen kognitiver / physischer Einschränkungen	0 / 0	-	10 / 43	23,3 %
Teilnahme nicht möglich wegen sprachlicher Probleme	0 / 0	-	1 / 43	2,3 %
andere Gründe zur Nicht-Teilnahme	0 / 0	-	3 / 43	7,0 %
Bezugsperson nicht verfügbar	0 / 0	-	4 / 43	9,3 %

Für alle Drop-Out-Fälle²⁷ (primäre und sekundäre zusammen) wird eine **Drop-Out-Analyse** durchgeführt. Dabei wird untersucht, ob sich die Gruppe der Drop-Out-Patientinnen und -Patienten in wichtigen Merkmalen von der Patientengruppe unterscheidet, die an der Erhebung teilgenommen hat und zu der vollständige Datensätze vorliegen. Wichtige Merkmale sind z. B. Geschlecht, Dauer des Bestehens der Haupterkrankung, Rentenstatus, Alter, Reha-Motivation und Komorbidität. Abweichend davon werden im Indikationsbereich Geriatrie neben Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten die Bewilligungsdauer und die Art der Antragsstellung dargestellt. Um eine Verallgemeinerung der Stichproben-Ergebnisse einer Einrichtung sicherzustellen, sollten im idealen Fall bei diesen wichtigen Merkmalen **keine Unterschiede** zwischen den Gruppen bestehen. Diese Hypothese kann bei kategorialen Merkmalen (z. B. Geschlecht, Rentenstatus, dichotomisierte Chronifizierungsdauer) mittels des **Chi-Quadrat-Tests** und bei intervallskalierten Merkmalen (z. B. Alter, Reha-Motivation, Komorbiditätsindex, Bewilligungsdauer) mittels des **t-Tests** für unabhängige Stichproben geprüft werden.

Die Ergebnisse der Drop-Out-Analyse werden im Bericht Teil II tabellarisch dargestellt. So werden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Personen, die an der Erhebung teilgenommen haben und den primären und sekundären Drop-Out-Patientinnen sowie -Patienten grafisch mittels einer Raute markiert (beispielhaft siehe Tabelle 19).

²⁷ In der Geriatrie sind das alle Fälle, bei denen weder Patientinnen und Patienten noch Bezugspersonen am Verfahren teilnehmen.

Tabelle 19: Beispielhafte Darstellung der Unterschiede von Patientinnen und Patienten, die vollständig an der Erhebung teilgenommen haben und allen Drop-Out-Patientinnen und -Patienten (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")

	Patientinnen und Patienten in der Stichprobe		Primäre und sekundäre Drop-Outs	
Anzahl Patientinnen und Patienten	50 / 180	27,8 %	12 / 180	6,7 %
◇ Alter (Jahre)				
Mittelwert		64,4 Jahre		59,3 Jahre
Standardabweichung		10,2 Jahre		11,6 Jahre
◇ Geschlecht				
Frauen	40 / 50	80,0 %	12 / 12	100,0 %
Männer	10 / 50	20,0 %	0 / 12	0,0 %
◇ Depressive Störungen (F32*, F33*, F34.1)				
	34 / 50	68,0 %	9 / 12	75,0 %
◇ Angststörungen (F40*, F41*)				
	10 / 50	20,0 %	2 / 12	16,7 %
◇ Somatoforme Störungen (F45*)				
	8 / 50	16,0 %	0 / 12	0,0 %
◇ Chronifizierungsdauer (über 5 Jahre)				
	24 / 50	48,0 %	6 / 12	50,0 %
◇ Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		8,9		9,2
Standardabweichung		1,0		1,0
◇ Allgemeine Beeinträchtigungsschwere bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		2,8		2,5
Standardabweichung		1,4		1,2
◇ Beeinträchtigung der psychischen Lebensqualität bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		4,5		4,5
Standardabweichung		1,6		1,3
◇ Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		4,3		3,8
Standardabweichung		1,6		1,2

Signifikante Unterschiede werden durch eine ausgefüllte Raute gekennzeichnet (◆).

Im vorliegenden Beispiel sind die Patientinnen und Patienten, die an der Erhebung teilgenommen haben und zu denen vollständige Datensätze vorliegen, mit einem Mittelwert von 64,4 Jahren älter als die primären und sekundären Drop-Out-Patientinnen und -Patienten, welche im Mittel 59,3 Jahre alt sind. Allerdings ist dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Auch der Unterschied in der Reha-Motivation von 8,9 von 10 Punkten bei den teilnehmenden und 9,2 bei Drop-Out-Patientinnen und -Patienten unterscheidet sich nicht signifikant.

4.4.2 Deskription der Stichprobe

Im nächsten Schritt werden die wichtigsten Merkmale der Stichprobe beschrieben. Dazu gehören bei den **somatischen Indikationsbereichen** zum einen soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht und höchster Schulabschluss) und zum anderen Diagnosen und Eingangsbefunde (Art der Maßnahme, Komorbiditätsscore, Reha-Status bei Behandlungsbeginn und Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn). Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** werden soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung und Partnersituation), sozialmedizinische Merkmale (Erwerbsstatus, AU- und Krankheitszeiten, laufende Rentenverfahren und frühere Rehabilitationsbehandlungen) sowie klinische Merkmale (primäre Behandlungsdiagnosen, weitere Behandlungsdiagnosen, Chronifizierung der Haupterkrankung und Reha-Motivation) einbezogen.

Die nachfolgenden Tabelle 20 und Tabelle 21 sind analog zu Tabelle 19 zu interpretieren. Aus Tabelle 20 geht beispielsweise hervor, dass bei den Patientinnen und Patienten der Fachabteilung die Komorbidität im Mittel signifikant niedriger ist als bei den Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen.

Tabelle 20: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich „Muskuloskeletale Erkrankungen“)

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 80)	
Anzahl Patientinnen und Patienten in der Stichprobe	76 / 150	50,7 %	7.459 / 12.000	62,2 %
◇ Alter (Jahre)				
Mittelwert		73,1 Jahre		72,6 Jahre
Standardabweichung		6,6 Jahre		7,7 Jahre
◇ Geschlecht				
Frauen	50 / 76	65,8 %	4.921 / 7.459	66,0 %
Männer	26 / 76	34,2 %	2.538 / 7.459	34,0 %
◇ Schulabschluss				
Noch in der Schule	0 / 76	0,0 %	21 / 7.459	0,3 %
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	30 / 76	39,5 %	3.421 / 7.459	45,9 %
Realschulabschluss (mittlere Reife) / Polytechnische Oberschule	32 / 76	42,1 %	2.249 / 7.459	30,2 %
Fachabitur / Abitur	11 / 76	14,5 %	1.018 / 7.459	13,6 %
Sonstiges	0 / 76	0,0 %	326 / 7.459	4,4 %
Kein Schulabschluss	0 / 76	0,0 %	75 / 7.459	1,0 %
Keine Angabe	3 / 76	3,9 %	349 / 7.459	4,7 %
◆ Art der Maßnahme				
AR / AHB	73 / 76	96,1 %	6.354 / 7.459	85,2 %
allg. Reha / HV	3 / 76	3,9 %	1.081 / 7.459	14,5 %
sonstige	0 / 76	0,0 %	24 / 7.459	0,3 %
◆ Komorbidität (KoMo-Gesamtscore)				
Mittelwert		0,4		0,6
Standardabweichung		0,4		0,6
◇ Reha-Status bei Behandlungsbeginn				
Patient/-innen mit gültigen Angaben	74 / 76	97,4 %	7.266 / 7.459	97,4 %
gravierend	26 / 74	35,1 %	2.599 / 7.266	35,8 %
auffällig	33 / 74	44,6 %	2.614 / 7.266	36,0 %
unauffällig	15 / 74	20,3 %	2.053 / 7.266	28,3 %

◆ Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn

Mittelwert	9,6	8,6
Standardabweichung	0,8	1,6

Fallgruppe Muskuloskeletale Erkrankungen (Mehrfachnennungen möglich)

Patientinnen und Patienten mit AR / AHB	73 / 76	96,1 %	6.354 / 7.459	85,2 %
Z. n. Hüft-OP	31 / 73	42,5 %	2.924 / 6.354	46,0 %
Z. n. Knie-OP	39 / 73	53,4 %	2.823 / 6.354	44,4 %
Z. n. Wirbelsäulen-OP	7 / 73	9,6 %	919 / 6.354	14,5 %
Z. n. Schulter-OP	4 / 73	5,5 %	431 / 6.354	6,8 %
Sonstige OP	21 / 73	28,8 %	1.347 / 6.354	21,2 %

Tabelle 21: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 5)	
Anzahl Patientinnen und Patienten in der Stichprobe	50 / 150	33,3 %	317 / 750	42,3 %
◇ Alter (Jahre)				
Mittelwert		64,4 Jahre		61,7 Jahre
Standardabweichung		10,2 Jahre		12,0 Jahre
◆ Geschlecht				
Frauen	40 / 50	80,0 %	204 / 317	64,4 %
Männer	10 / 50	20,0 %	113 / 317	35,6 %
Schulabschluss				
Noch in der Schule	0 / 50	0,0 %	0 / 317	0,0 %
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	12 / 50	24,0 %	100 / 317	31,5 %
Realschulabschluss (mittlere Reife) / Polytechnische Oberschule	16 / 50	32,0 %	101 / 317	31,9 %
Fachabitur / Abitur	18 / 50	36,0 %	98 / 317	30,9 %
Sonstiges	1 / 50	2,0 %	8 / 317	2,5 %
Kein Schulabschluss	2 / 50	4,0 %	3 / 317	0,9 %
Keine Angabe	1 / 50	2,0 %	7 / 317	2,2 %
◇ Partnersituation: ohne festen Partner				
	18 / 47	38,3 %	95 / 296	32,1 %
◇ Frühere Rehabilitationsbehandlungen				
	31 / 50	62,0 %	183 / 311	58,8 %
◆ Depressive Störungen (F32*, F33*, F34.1)				
	34 / 50	68,0 %	158 / 317	49,8 %
◇ Angststörungen (F40*, F41*)				
	10 / 50	20,0 %	34 / 317	10,7 %
◇ Somatoforme Störungen (F45*)				
	8 / 50	16,0 %	44 / 317	13,9 %
◇ Essstörungen (F50*)				
	2 / 50	4,0 %	3 / 317	0,9 %
◇ Persönlichkeitsstörungen (F60*, F61, F62*)				
	1 / 50	2,0 %	5 / 317	1,6 %
◆ Chronifizierungsdauer (über 5 Jahre)				
	24 / 50	48,0 %	87 / 317	27,4 %
◇ Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		8,9		8,7
Standardabweichung		1,0		1,5

Für den **Mutter-/Vater-Kind Bereich** werden für die Stichprobe soziodemographische Merkmale (Geschlecht der Eltern, Alter der Eltern, Anzahl angereister Kinder, Staatsangehörigkeit, Familienstand und Partnersituation, Anzahl medizinisch behandlungsbedürftiger Kinder sowie Alter und Geschlecht der Kinder), sozialmedizinische Merkmale (Erwerbsstatus) sowie klinische Merkmale (Vorsorge-/Reha-Motivation) einbezogen (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: Deskription der Stichprobe (Indikationsbereich „Mutter-/Vater-Kind“)

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 65)	
Anzahl Familien in der Stichprobe	105 / 150	70,0 %	6.183 / 9.750	63,4 %
Geschlecht der Eltern				
weiblich	97 / 105	92,4 %	5.796 / 6.183	93,7 %
männlich	8 / 105	7,6 %	387 / 6.183	6,3 %
Alter der Eltern (Jahre)				
Mittelwert		38,8 Jahre		40,4 Jahre
Standardabweichung		6,6 Jahre		7,1 Jahre
Vorsorge-/Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn				
Mittelwert		6,2		8,6
Standardabweichung		1,4		1,4
Anzahl der mit angereisten Kinder und Jugendlichen				
Mittelwert		1,5		1,5
Standardabweichung		0,6		0,8
Staatsangehörigkeit				
deutsch	103 / 105	98,1 %	5.930 / 6.183	95,9 %
nicht-deutsch	2 / 105	1,9 %	213 / 6.183	3,4 %
unbekannt	0 / 105	0,0 %	40 / 6.183	0,6 %
Familienstand				
ledig	28 / 105	26,7 %	1.240 / 6.183	20,1 %
verheiratet	61 / 105	58,1 %	3.800 / 6.183	61,5 %
geschieden/getrennt lebend	16 / 105	15,2 %	984 / 6.183	15,9 %
verwitwet	0 / 105	0,0 %	124 / 6.183	2,0 %
unbekannt	0 / 105	0,0 %	35 / 6.183	0,6 %

Zusammenleben mit festem Partner

ja	79 / 105	75,2 %	4.602 / 6.183	74,4 %
nein	26 / 105	24,8 %	1.510 / 6.183	24,4 %
unbekannt	0 / 105	0,0 %	71 / 6.183	1,1 %

Erwerbstätigkeit

ja, ganztags	39 / 105	37,1 %	1.898 / 6.183	30,7 %
ja, mindestens halbtags	55 / 105	52,4 %	3.015 / 6.183	48,8 %
ja, weniger als halbtags	9 / 105	8,6 %	495 / 6.183	8,0 %
nein, Hausfrau/Hausmann	0 / 105	0,0 %	299 / 6.183	4,8 %
nein, in Ausbildung	1 / 105	1,0 %	35 / 6.183	0,6 %
nein, arbeitslos/erwerbslos	0 / 105	0,0 %	127 / 6.183	2,1 %
nein, Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	0 / 105	0,0 %	50 / 6.183	0,8 %
nein, Altersrente	0 / 105	0,0 %	32 / 6.183	0,5 %
nein, anderes	1 / 105	1,0 %	186 / 6.183	3,0 %
unbekannt	0 / 105	0,0 %	46 / 6.183	0,7 %

Anzahl medizinisch behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlichen

0	96 / 105	91,4 %	3.719 / 5.864	63,4 %
1	7 / 105	6,7 %	1.600 / 5.864	27,3 %
2	2 / 105	1,9 %	504 / 5.864	8,6 %
3	0 / 105	0,0 %	36 / 5.864	0,6 %
4	0 / 105	0,0 %	5 / 5.864	0,1 %
>= 5	0 / 105	0,0 %	0 / 5.864	0,0 %
unbekannt	0 / 105	0,0 %	0 / 5.864	0,0 %
Mittelwert		0,1		0,5
Standardabweichung		0,4		0,7

Alter der Kinder und Jugendlichen (Jahre)

Mittelwert		7,9 Jahre		7,8 Jahre
Standardabweichung		1,9 Jahre		3,2 Jahre

Alter der Kinder und Jugendlichen (Jahre) - Gruppen

0 - 3	0 / 17	0,0 %	369 / 3.325	11,1 %
4 - 6	5 / 17	29,4 %	899 / 3.325	27,0 %
7 - 11	11 / 17	64,7 %	1.637 / 3.325	49,2 %
>= 12	1 / 17	5,9 %	420 / 3.325	12,6 %

Geschlecht der Kinder und Jugendlichen

weiblich	12 / 17	70,6 %	1.576 / 3.325	47,4 %
männlich	5 / 17	29,4 %	1.749 / 3.325	52,6 %

Im Bereich **Geriatric** werden die in den Behandlerbögen dokumentierten Patientenangaben deskriptiv vergleichend dargestellt mit Markierung signifikanter Unterschiede. Dargestellt werden im einzelnen Personenmerkmale (Alter, Geschlecht) sowie Patientenangaben zu bzw. vor Reha-Beginn: Hilfsmittelnutzung, Akutereignis, Medikamente, Pflegegrad, Stürze, die drei häufigsten führenden Reha begründenden Diagnosen, akutstationäre Krankenhausaufenthalte, Wohnsituation, gesetzliche Betreuung gefolgt von den Befunden der Basis-Assessments bei Aufnahme. Danach wird die Auswahl der Reha-Zielkategorien der Ebene I abgebildet und abschließend werden Angaben dargestellt, die zu Reha-Ende vorliegen: Verlängerung, Ereignisse mit Einfluss auf die Reha, Infektion, Dekubitus, behandlerseitige Einschätzung des Behandlungserfolges, Verweildauer, Entlassungsgrund und Entlassungsort.

4.5 Ergebnisse

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

4.5.1 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (somatische Indikationsbereiche)

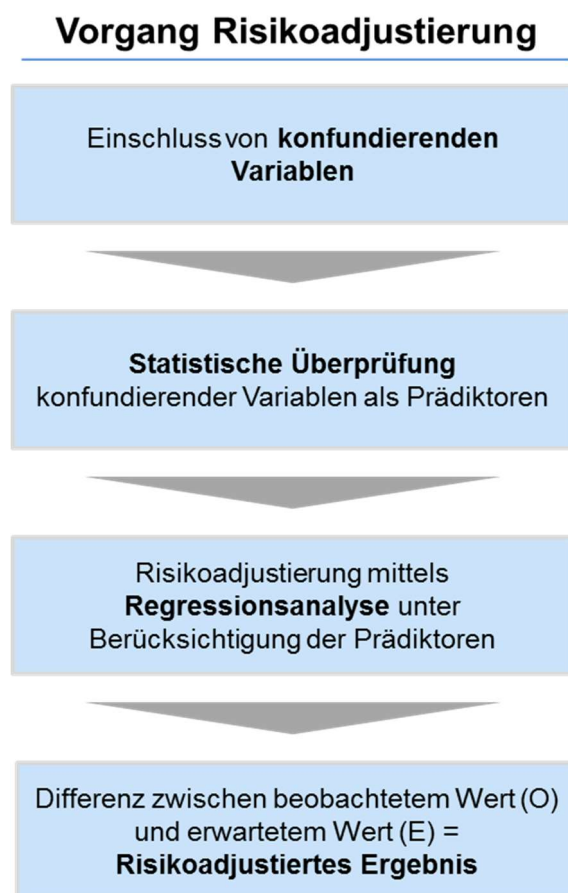
Der erste Schritt bei der Risikoadjustierung besteht darin, dass festgelegt wird, welche Faktoren theoretisch einen **Einfluss auf die betrachteten Zielgrößen** haben können. Im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens sind dies die folgenden Variablen: Art der Maßnahme, Fallgruppe²⁸, Alter, Geschlecht, Chronifizierungsdauer, höchster Bildungsabschluss, Rentenstatus und Grad der gesundheitlichen Belastung zum Aufnahmezeitpunkt (erfasst über die einzelnen Dimensionen des IRES-3-Fragebogens; Frey et al. 2007). Bei diesen **konfundierenden Variablen** handelt es sich teilweise um kategoriale Variablen, die nur nach einer Umwandlung in eine Regressionsanalyse aufgenommen werden können. Die möglichen konfundierenden Variablen werden in einem zweiten Schritt auf ihre **statistische Relevanz** hin überprüft. Hierfür werden sie als Prädiktoren in eine Regressionsanalyse aufgenommen. Als Zielgrößen dienen die IRES-3-Dimensionen zum Zeitpunkt der Nachbefragung. Da diese Regressionsanalyse explorativ ist, wird eine schrittweise Regression (Methode „Stepwise“) gerechnet. Dieser Analyseschritt dient zur Identifizierung der Prädiktoren mit bedeutender Vorhersagekraft ($p < 0.20$).

Die so ermittelten bedeutsamen **Prädiktoren** werden in der Risikoadjustierung berücksichtigt. Diese wird in einem dritten Schritt mit einer **Regressionsanalyse** (Methode „Enter“) berechnet. Zusätzlich zu den im zweiten Schritt ermittelten relevanten Prädiktoren werden aus Plausibilitätsgründen immer die Variablen Alter, Geschlecht und der Grad der gesundheitlichen Belastung zum Aufnahmezeitpunkt in die Analyse eingeschlossen.

²⁸ Die Fallgruppen beschreiben bei den Fachabteilungen Kardiologie und MSK die Einteilung der Patientinnen und Patienten in unterschiedliche kardiologischen und muskuloskelettalen Erkrankungen, z. B. bei Kardiologie: „Z. n. Herzinfarkt ohne PCI“, „Z. n. Herzinfarkt mit PCI“, „Z. n. PCI (elektiv), usw.

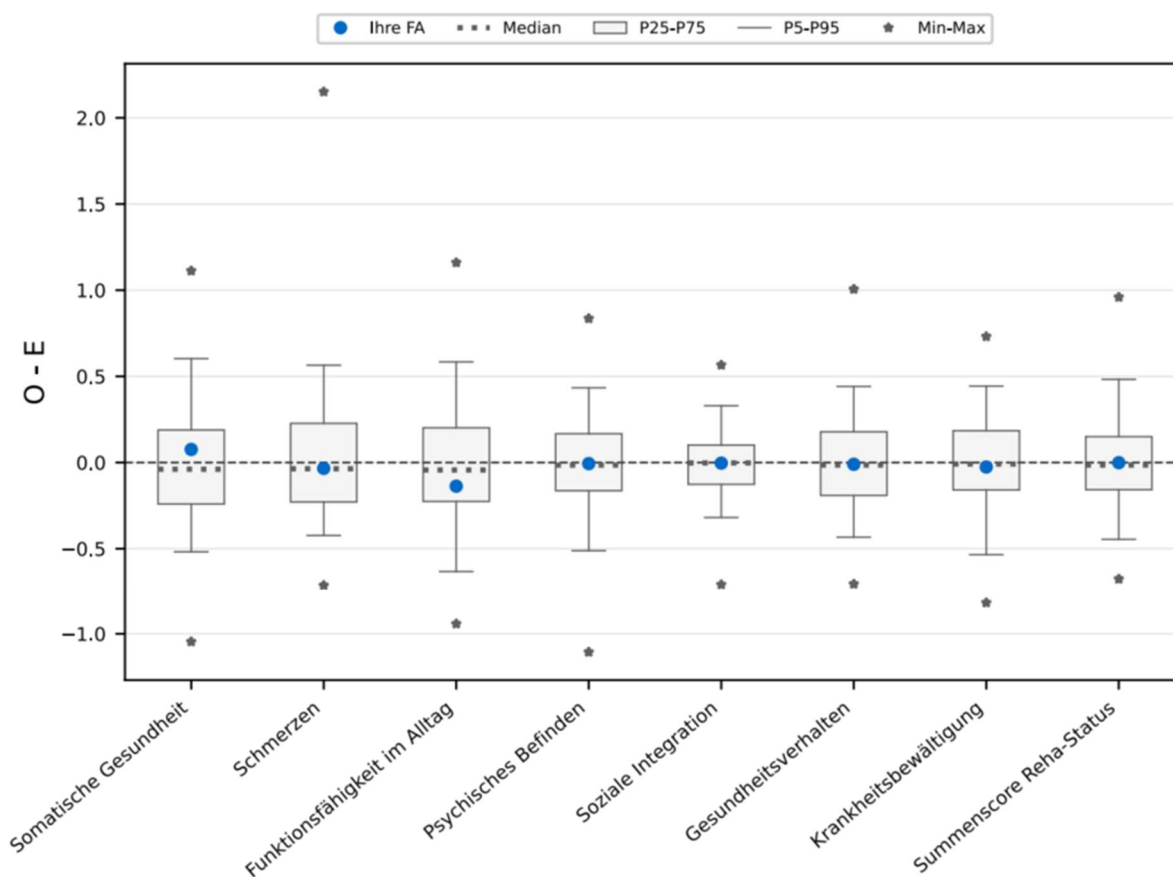
Als Grundlage für die weiteren einrichtungsvergleichenden Analysen dienen dann die berechneten **Regressionsresiduen** (Differenzen zwischen den aufgrund der Prädiktoren erwarteten Werten und den beobachteten Werten). Die Residuen können zur Darstellung von Unterschieden genutzt werden, da sie frei vom Einfluss der einbezogenen konfundierenden Variablen sind und daher ein gültiges Abbild der Behandlungsqualität auf abstraktem Niveau darstellen. So ergibt sich das **risikoadjustierte Ergebnis** einer Fachabteilung hinsichtlich einzelner Qualitätsunterdimensionen, indem über alle Patientinnen und Patienten dieser Einrichtung 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. Ist diese Kennzahl größer Null, bedeutet dies, dass das Ergebnis der Einrichtung besser ist als das aller Fachabteilungen. Ist die Kennzahl dagegen kleiner Null, ist das Ergebnis der Einrichtung schlechter als erwartet. **Diese Differenz stellt den zentralen Parameter zur Beurteilung der Ergebnisqualität dar.** Weicht (O-E) signifikant von der mittleren Differenz aller Fachabteilungen ab, weist die Fachabteilung faktisch ein über- oder unterdurchschnittliches Behandlungsergebnis auf. Aufgrund der statistischen Abhängigkeit zwischen beobachteten und erwarteten Werten wird für diese Prüfung jeweils ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, um die statistische Signifikanz der Differenz zu überprüfen. Das Vorgehen bei der Durchführung der Risikoadjustierung kann auf folgende Weise zusammenfassend dargestellt werden:

Abbildung 6: Schematischer Vorgang der Risikoadjustierung



Die Verteilung der risikoadjustierten Ergebnisse wird für jede Qualitätsunterdimension in Form von Box-and-Whisker-Plots dargestellt, wobei das Ergebnis der Fachabteilung mit einem blauen Punkt markiert ist. Mit dem **Box-and-Whisker-Plot** kann die Fachabteilung ihr Ergebnis im Vergleich zu den Ergebnissen aller Fachabteilungen einordnen und ggf. Handlungsschwerpunkte identifizieren. Sie erkennt, wo sie im Vergleich zu allen anderen Einrichtungen Stärken oder Schwächen hat und kann diese aufgrund der Verteilung der Ergebnisse bewerten. Aus den Box-and-Whisker-Plots geht im Einzelnen hervor, wo der Mittelwert und die Extremwerte (Minimum und Maximum) der Verteilung liegen, in welchem Bereich sich die mittleren 50 % aller Fachabteilungen (der sog. Interquartilsbereich) befinden und welchen Wert das 5 %- und das 95 %-Perzentil aufweisen. Perzentile sind Schwellenwerte, für die ein bestimmter Anteil aller Werte kleiner oder gleich groß ist. Fällt eine Einrichtung also in das 95 %-Perzentil, so haben 95 % aller Einrichtungen einen kleineren oder maximal gleich großen Ergebniswert. Das Beispiel in Abbildung 7 zeigt, dass die dargestellte Fachabteilung ein Ergebnis aufweist, welches beispielsweise bei dem Gesundheitsverhalten außerhalb des Interquartilsbereichs (25 %-75 %) aller Fachabteilungen liegt.

Abbildung 7: Muster-Grafik zur Darstellung der risikoadjustierten Ergebnisse (somatische Indikationsbereiche)



Einrichtungsvergleichende Auswertungen bezüglich der **Ergebnisqualität** werden basierend auf dem IRES-3-Fragebogen (Frey et al. 2007) für folgende Qualitätsunterdimensionen durchgeführt (für alle **somatischen Indikationen** außer Neurologie):

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

Die Berechnung des „Summenscore Reha-Status“ wird anhand der genannten Qualitätsunterdimensionen in derselben Weise wie bei dem „Summenscore Zufriedenheit“ durchgeführt (siehe Nach psychometrischer Prüfung der vorhandenen Daten aus der bisherigen QS-Reha®-Routine (vgl. Projekt zur Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens), werden für die Skalen der Patientenzufriedenheit folgende Items zugrunde gelegt (Patientenbogen „Nachbefragung“):

Tabelle 26 und Tabelle 28 in Abschnitt 4.6.1 bzw. 4.6.2).

Für den Bereich **Neurologie** wird die Kurzversion des IRES-Fragebogens (IRES 24; Frey et al. 2007) als patientenseitiges Erhebungsinstrument eingesetzt. Es werden einrichtungsvergleichende Auswertungen für die folgenden IRES-Dimensionen vorgenommen:

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

4.5.2 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Psychische/psychosomatische Indikationsbereiche)

Das Vorgehen bei der Risikoadjustierung bei den **psychischen/psychosomatischen Erkrankungen** ist analog zum Vorgehen bei den somatischen Indikationsbereichen. Allerdings werden hier andere **Qualitätsunterdimensionen** betrachtet, die über die generischen Skalen der Selbsteinschätzung des HEALTH-49-Fragebogens (Rabung et al. 2007; Rabung et al. 2009) abgebildet werden:

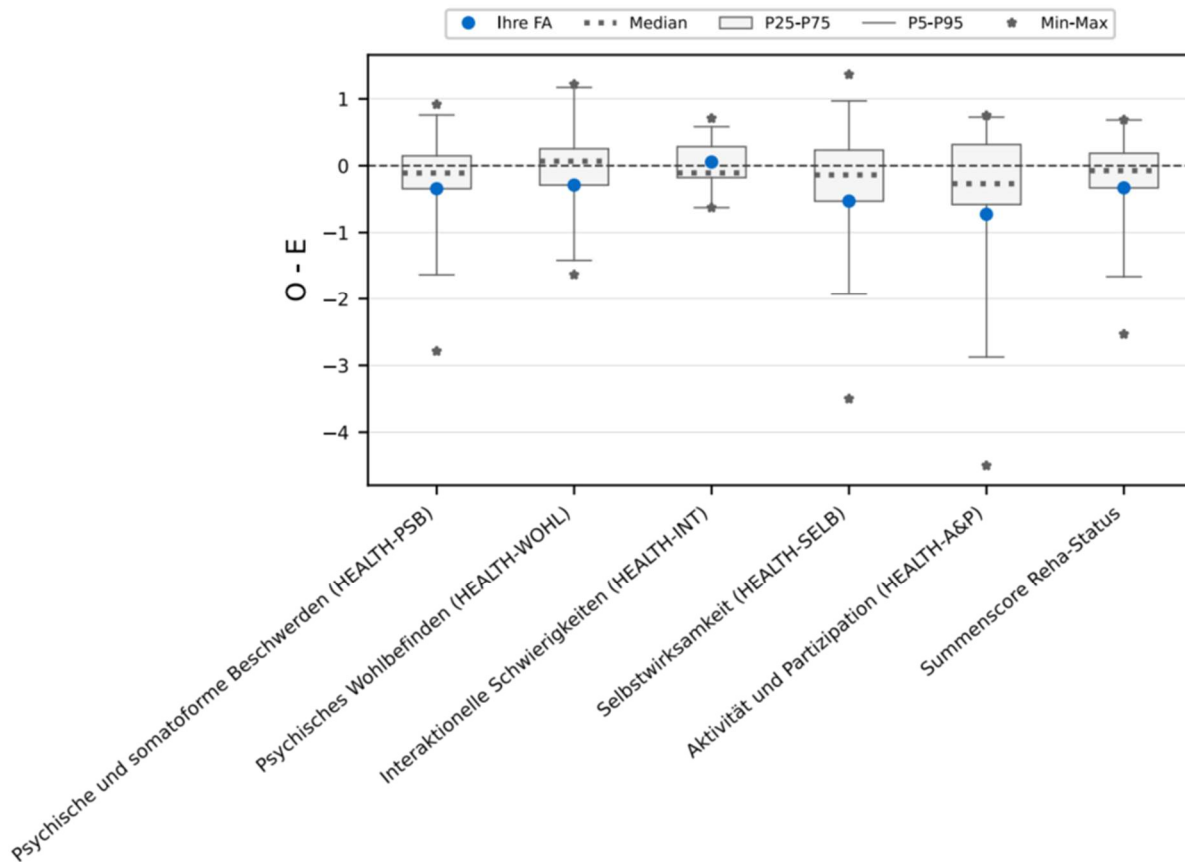
- Psychische und somatoforme Beschwerden
- Psychisches Wohlbefinden
- Interaktionelle Schwierigkeiten
- Selbstwirksamkeit
- Aktivität und Partizipation

Folgende **konfundierenden Variablen** sind hier bei der Risikoadjustierung zu berücksichtigen:

- Geschlecht
- Alter
- Rentenstatus
- Schulbildung
- Nationalität
- Partnersituation
- Berufliche Situation
- Vorbehandlungen
- Behandlungsdiagnosen
- Ausgangsbelastung psychosoziale Gesundheit

Die Ergebnisse der Risikoadjustierung werden dann wieder graphisch in Form von Box-and-Whisker-Plots dargestellt, wie nachfolgend in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8: Muster-Grafik zur Darstellung der risikoadjustierten Ergebnisse (Indikationsbereich „Psychische/psychosomatische Erkrankungen“)



Zur **Operationalisierung** der oben bezeichneten Qualitätsunterdimensionen werden folgende Items herangezogen:

Tabelle 23: Operationalisierung der Risikoadjustierung für Psychische/psychosomatische Indikationsbereiche

Qualitätsunterdimensionen/Skala	Items
Psychische und somatoforme Beschwerden	HEALTH-49-Items A1-A18
Psychisches Wohlbefinden	HEALTH-49-Items B1-B5
Interaktionelle Schwierigkeiten	HEALTH-49-Items C1-C7
Selbstwirksamkeit	HEALTH-49-Items D1-D5
Aktivität und Partizipation	HEALTH-49-Items E1-E6

Die Skalenbildung erfolgt jeweils durch Mittelwertbildung über die zugeordneten Items. Zur Bildung der Skalenwerte für die HEALTH-Dimensionen (Rabung et al. 2009) „Psychisches Wohlbefinden“ und „Selbstwirksamkeit“ müssen die entsprechenden Items zunächst umgepolt, d.h. die Ergebniswerte umgedreht, werden. Hohe Skalenwerte weisen dann jeweils wieder auf eine höhere Beeinträchtigung hin.

Die Ergebnisse der **therapeuteseitigen Einschätzung**, erfasst durch die beiden Fremdeinschätzungsverfahren HoNOS-D (Andreas et al. 2007; Andreas et al. 2010) und SF-8-Fremd (Schulz 2008; Schulz et al. 2009), werden

lediglich bei der Überprüfung der Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht-teilnehmenden Patientinnen und Patienten dargestellt:

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

4.5.3 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge)

Das Vorgehen im Bereich **Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge** ist analog zum Vorgehen bei der Risikoadjustierung bei den somatischen Indikationsbereichen. Es sind bei der Risikoadjustierung die folgenden **konfundierenden Variablen** zu berücksichtigen:

- Alter
- Geschlecht
- Eingangswert im jeweiligen Parameter zum Aufnahmezeitpunkt
- Reha-Motivation
- Interkurrente Erkrankungen
- Anzahl Kinder

Einrichtungvergleichende Analysen der **Ergebnisqualität** im Mutter-/Vater-Kind Bereich – „Mutter/Vater“ – erfolgen für die folgenden **Qualitätsunterdimensionen** im Patientenbogen:

- Depressive Störungen (erfasst über die entsprechende Subskala des PHQ-D; Löwe et al. 2002)
- Somatoforme Störungen (erfasst über die entsprechende Subskala des PHQ-D; Löwe et al. 2002)
- Zufriedenheit mit der Gesundheit (erfasst über Subskala des FLZM; Henrich und Herschbach 2000)
- Handlungsorientierte Bewältigung (erfasst über die Subskalen „emotionale Unterstützung“, „aktive Bewältigung“, „instrumentelle Unterstützung“, „Ausleben von Emotionen“ und „Planung“ des COPE; Knoll et al. 2005)
- Selbstwertgefühl (erfasst über die Rosenberg-Selbstwert-Skala RSES; Collani und Herzberg 2003)
- Suche nach sozialer Unterstützung (erfasst über die entsprechende Subskala der BSSS; Schulz und Schwarzer 2003)
- Funktionsfähigkeit im Alltag (erfasst über die entsprechende Subskala des IRES-24; Frey et al. 2007)
- Elternspezifische Belastungsfaktoren (erfasst über die entsprechenden Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Umweltbedingte Belastungsfaktoren (erfasst über die entsprechenden Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Familienbezogene Sorgen (erfasst über die entsprechenden Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit (erfasst über die entsprechende Subskala des FKE von Miller (2001), der deutschen Fassung des PSOC von Gibaud-Wallston und Wandersmann (1978), zitiert nach Johnston und Mash (1989))
- Reha-/Vorsorge-Status (Summenscore)

Da es sich hierbei um indikationsunabhängige Patientenfragebögen handelt, unterscheiden sich im Mutter-/Vater-Kind Bereich die Ergebnisberichte für Ergebnisqualität von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht. Dies gilt analog auch für Mutter/Vater-Kind Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen.

4.5.4 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Geriatric)

Die Instrumente zur Messung der Prozessqualität, Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit für stationäre und ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation wurden erstmals ab dem 3. Zyklus im QS-Reha®-Verfahren (2018) eingesetzt. Mittels der **Multiplen linearen Regression (MLR)** soll die Risikoadjustierung im Bereich der Geriatrie durchgeführt werden. Bei der MLR werden Modelle auf **Grundlage der Grundgesamtheit** erstellt.

Da es sich gerade in der Geriatrie um ein sehr uneinheitliches Patientenkollektiv handelt, bedarf es der Risikoadjustierung, um einen fairen Einrichtungvergleich zu gewährleisten. Die Ergebnisse aller Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit werden im Ergebnisbericht risikoadjustiert

ausgewiesen. Dazu werden hinreichend prädiktive multiple lineare Regressionsmodelle gesucht, die auf Basis der in den Behandlerbögen dokumentierten Patientenparameter und in den Nachbefragungsbögen erfassten Ereignissen (Prädiktoren) die unterschiedlichen Qualitätsunterdimensionen-Scores (Kriterium) möglichst gut beschreiben. Auf dieser Grundlage werden für alle Patientinnen und Patienten die gemäß den Modellen erwarteten Scores (E-Werte) ermittelt, mit denen dann auf Patientenebene die O E Werte errechnet und anschließend einrichtungsbezogen dargestellt werden.

Diverse Patientenmerkmale, die als Einflussfaktoren im Zuge der Entwicklung des externen Qualitätssicherungsverfahrens für die Geriatrie identifiziert wurden, werden im Behandlerbogen dokumentiert. In den Nachbefragungsbögen der Patientinnen und Patienten und der Bezugspersonen werden zudem bezogen auf die Zeit zwischen der Entlassung aus der Reha-Einrichtung und dem Zeitpunkt der Nachbefragung medizinische und nicht-medizinische Ereignisse sowie die Inanspruchnahme von Leistungen erfasst. Das Vorgehen im Bereich Geriatrie ist ansonsten analog zum Vorgehen bei der Risikoadjustierung bei den somatischen Indikationsbereichen. Es werden bei der Risikoadjustierung die **konfundierenden Variablen** folgender Bereiche berücksichtigt:

1. prästationäre Faktoren (Akutereignis, präst. Behandlung, Sozialanamnese, etc.),
2. Basisdaten der Patientin bzw. des Patienten (Alter, Geschlecht, etc.)
3. Befunde der Basisassessments (Sehen, Hören, Schlucken, Kognition, Psychisches Befinden, Ernährungszustand und Mobilität),
4. interkurrente Ereignisse (Reha-Verlängerung, Infektion, Sturz, familiäre Konflikte, etc.) und
5. poststationäre Faktoren (medizinische und nicht-medizinische Ereignisse sowie Inanspruchnahme von Leistungen; Abfrage in den Nachbefragungsbögen).

Nach Abschluss des 3. Zyklus im QS-Reha®-Verfahren werden erstmals vollständige Datensätze im Bereich Geriatrie vorliegen, auf deren Basis Risikoadjustierungsmodelle gerechnet werden. Erst dann kann eine empirisch begründete Reduktion des Behandlerbogens durch Streichen solcher Confounder erfolgen, die in keinem Modell als Prädiktor verwendet werden. Aus diesem methodischen Kalkül heraus muss der maximal ausgestattete Behandlerbogen von den Reha-Einrichtungen in Zyklus 3 ausgefüllt werden, um dann in den folgenden Zyklen nur noch das dokumentieren zu müssen, was bekanntermaßen für die Risikoadjustierung benötigt wird.

Insgesamt sind im Bereich Geriatrie nach derzeitigem Stand 33 Reha-Zielkategorien (siehe Tabelle 15) sowie acht Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit nach dem 3. Zyklus erstmals zu risikoadjustieren.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei den Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität die Datenquelle (Patient/in oder Bezugsperson) bei der Bestimmung der Risikoadjustierungsmodelle immer in den Ausgangskonstellationen als Prädiktorvariable mit einzubeziehen ist. Gleiches gilt für die dokumentierte Schmerzmittelannahme der Reha-Zielkategorien „Schmerzen“ und „Defäkation“.

Nachfolgend wird der Algorithmus zur Berechnung der Scores der Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität für die Standard-Operationalisierung vorgestellt. Aufgrund seiner hohen Komplexität ist dieser Abschnitt als zusätzliches Hintergrundwissen für methodisch Interessierte zu verstehen.

Ausgangspunkt ist die Wiederholungsmessung einzelner spezifisch für die Patientin bzw. den Patienten ausgewählter RZK. In Abbildung 9 wird beispielhaft gezeigt, wie sich die Fähigkeit, Nahrung zu sich zu nehmen, zwischen t0 und t2 verändert hat. Beim ersten Item der RZK 1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken zeigt sich z. B., dass die Patientin bzw. der Patient die Fähigkeit, (a) „Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten“ zu sich zu nehmen bzw. hinunterschlucken, zu t0 als „mittelmäßig“ einstuft und zu t2 als „gut“. Bei den Fragen a bis e treten unterschiedlich große Verbesserungen auf, die von unterschiedlichen Ausgangspunkten ausgehen. Hier stellt sich die Frage, wie die unterschiedlichen Ergebnisse zu einem RZK-Score für den Therapieerfolg bei der Nahrungsaufnahme bzw. beim Schlucken dieser einen Patientin oder dieses einen Patienten verdichtet werden können.

Abbildung 9: RZK 1.2 Körperfunktion: Nahrungsaufnahme, Schlucken

Nahrungsaufnahme, Schlucken

Im Folgenden sind unterschiedliche Nahrungsmittel aufgeführt.

Wir wollen nun von Ihnen wissen:

Können Sie folgende Nahrungsmittel hinunterschlucken, ohne sich dabei zu verschlucken oder anschließend zu husten?

	Gar nicht	Kaum	Mittelmäßig	Gut
a. Wasser, Saft, Kaffee, Tee oder andere Flüssigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Kartoffelbrei, Pudding oder Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Weich gekochtes Gemüse (z.B. Kartoffeln, Blumenkohl)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Feste Speisen (z.B. Brot oder Fleisch)	<input checked="" type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mahlzeiten mit unterschiedlichen Bestandteilen (z.B. Eintopf, Suppe mit Einlage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

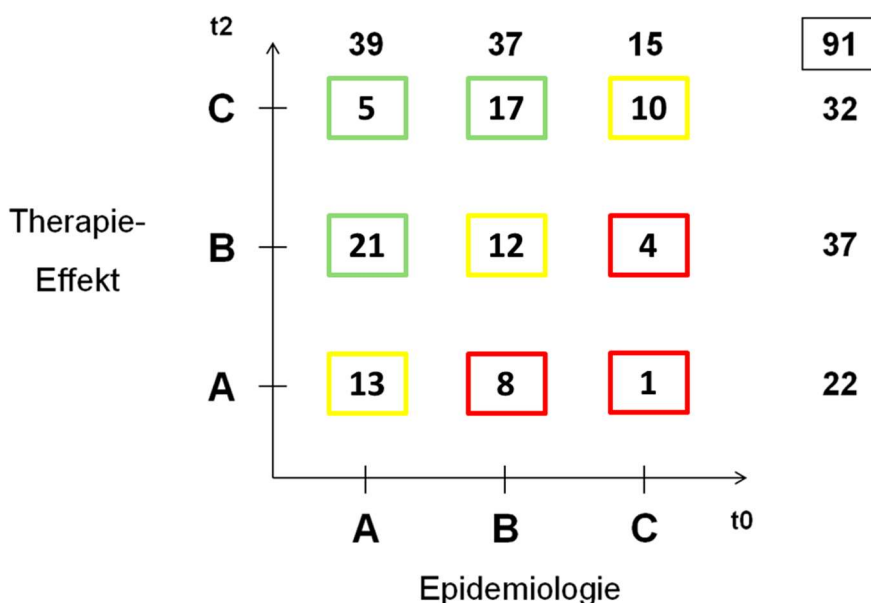
Angabe zu t0

Angabe zu t2

 Verbesserung

Bezogen auf eine Frage mit drei ordinalen Antwortstufen (A, B, C) soll der Algorithmus beispielhaft verdeutlicht werden. Die nachfolgende Matrix zeigt, dass vollständige 3x3-Design mit der Häufigkeitsverteilung der Deltamessungen.

Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung für ein 3-stufiges Item und Vorher-Nachher-Messung



In diesem Beispiel haben 91 Patientinnen und Patienten eine bestimmte Frage zu t₀ (x-Achse) und zu t₂ (y-Achse) beantwortet. In dem resultierenden Neun-Zellendesign sind die Häufigkeiten der realisierten Deltawerte eingetragen. Hier gibt es z. B. fünf Patientinnen und Patienten, die zu t₀ Antwort A angegeben haben und zu t₂ die Antwort C. Auf der Hauptdiagonalen sind die Patientinnen und Patienten eingetragen, bei denen sich zwischen t₀ und t₂ keine Veränderungen eingestellt haben (gelb markiert). Die Zellen über der Hauptdiagonalen zeigen Verbesserungen (grün markiert), die unterhalb liegenden Verschlechterungen an (rot markiert). Von den 15 Patientinnen und Patienten, die zu t₀ die höchste Stufe C ankreuzen konnten, haben zu t₂ nur noch 10 ihr Niveau gehalten. Bei vier Patientinnen und Patienten hat sich eine Verschlechterung um eine Stufe ergeben, bei einer oder einem ist sogar eine Verschlechterung um zwei Stufen eingetreten.

Bei diesem Auswertungsansatz wird die Verteilung der Patientinnen und Patienten zu t₀ als gegeben betrachtet, denn auf welchem Ausgangsniveau die Patientinnen und Patienten ihre Therapien beginnen, ist hauptsächlich epidemiologisch bedingt. Der zu betrachtende Therapieeffekt zeigt sich in den drei vertikalen t₂-Verteilungen. Ausgehend von der vorliegenden Häufigkeitsverteilung wird für jede einzelne vertikale Verteilung auf Basis der Standardnormalverteilung ein flächenbezogener z-Wert²⁹ für jede Zelle ermittelt. Dazu werden vor der Flächentransformation für jede Zelle, die bis zum Mittelwert der betrachteten Zelle kumulierten und zu 100 % relativierten Zellenhäufigkeiten ermittelt.

²⁹ Unter dem flächenbezogenen z-Wert versteht man einen Wert z auf der reellen Zahlenachse, bis zu welchem der Flächeninhalt, den die Dichtefunktion der Standardnormalverteilung mit der reellen Achse einschließt, einen vorgegebenen Prozentwert erreicht. Zur Verdeutlichung ein Rechenbeispiel aus Abb.10: Zelle (A, C) [oben links] = 5, halbe Zellbesetzung wäre dann 2,5 und die Kumulation bis dort 13+21+2,5 = 36,5. Hieraus lässt sich ableiten, dass dieser Wert ca. 93,6% der Zellbesetzungen über Antwort A aus t₀ entspricht. Und 93,6% der Fläche unter der Standardnormalverteilung werden bei z = 1,52 erreicht.

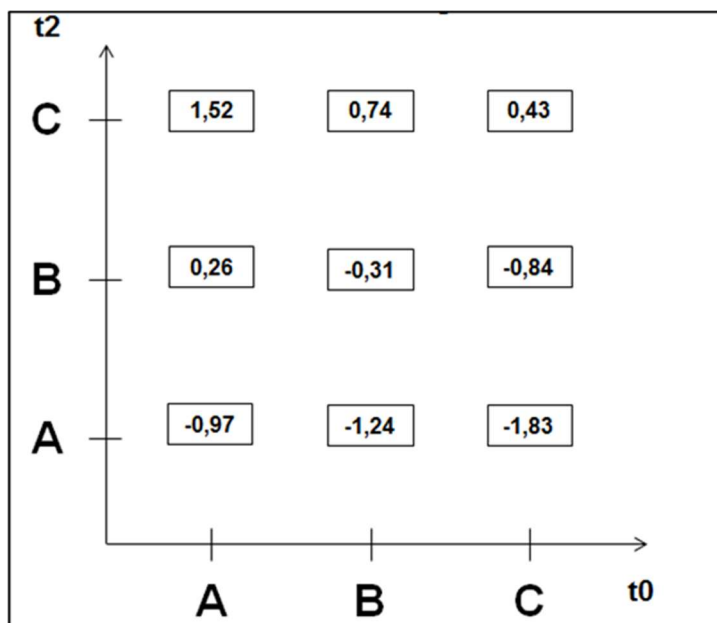
$$z = F \{(\text{cum } f - f / 2) * (100 / N)\},$$

wobei F die Quantilfunktion der Standardnormalverteilung ist (Lienert und Raatz 1998).

Die flächenbezogenen z-Werte werden getrennt für jede einzelne vertikale Häufigkeitsverteilung bestimmt.

Mit diesem Verfahren wird für jede Zelle ein spezifischer z-Wert ermittelt, der zum Ausdruck bringt, wie häufig die einzelnen Stufen durch therapeutische Interventionen bei einem bestimmten Ausgangsniveau erreicht wurden. Je seltener z. B. eine Zelle besetzt ist, die ein extrem positives Ergebnis darstellt, desto schwieriger war es offenbar dieses Niveau am Ende zu erreichen. Der resultierende z-Wert wird entsprechend extremer positiv. Die resultierenden z-Werte aus dem Beispiel sind Abbildung 10 zu entnehmen.

Abbildung 11: z-Werte-Verteilungen für jede der drei t0-Stufen und den t2-Ergebnissen



Der Therapieeffekt der fünf Patientinnen und Patienten, die zu t0 Antwort A angegeben haben und zu t2 die Antwort C, wird auf dieser Grundlage mit einem z-Wert von $z = 1,52$ beschrieben. Die von einer Person besetzte Zelle (C, A) erhält den z-Wert $z = -1,83$. Die z-Werte der Hauptdiagonalen im Beispiel besagen, dass keine Änderung erfahren zu haben umso schlechter bewertet wird, je geringer das Ausgangsniveau war (-0,97, -0,31, 0,43).

Dieser Auswertungsalgorithmus wird auf jede mehrstufige ordinale Antwortskala zur Messung von Veränderungen einzelner RKZ angewendet.

Die Grundlage der z-Werte bilden die ordinalen Antwortstufen sowie die Häufigkeiten, mit denen die theoretisch realisierbaren Vorher-Nachher-Konstellationen tatsächlich gefunden werden. Die so ermittelten z-Werte einer Frage beschreiben damit die in der erhobenen Grundgesamtheit empirisch festgestellten für sie spezifischen Therapieeffekte.

Diese Form der Ergebnisstandardisierung bewirkt, dass weder die Auswahl der RZK noch die Auswahl von Patientinnen und Patienten mit bestimmten Fähigkeitsniveaus einen Einfluss auf die RZK Scores haben. Eine Verbesserung der Rehabilitationseinrichtungsergebnisse ist durch eine entsprechende strategische Auswahl nicht zu erzielen. Der Einfluss des krankenhausspezifischen Patientenkollektivs wird durch die Risikoadjustierung nivelliert.

Gemäß dem beschriebenen Verfahren werden für alle Fragen mit ordinalen Antwortskalen auf Grundlage der Häufigkeitsverteilungen aller Ausgangsniveaus z-Werte bestimmt. Die z-Werte haben Intervallskalenniveau und können miteinander verrechnet werden. Der RZK Score für eine Person wird dann als Mittelwert der z-Werte der gefundenen Deltawerte der einzelnen Fragen einer RZK definiert. Der so definierte RZK-Score hat Intervallskalenniveau und ist standardisiert und kann daher mit entsprechenden Scores anderer RZK verrechnet werden. Außerdem kann er als Kriterium für Risikoadjustierungsmodelle (O Variable) verwendet werden.

Diese Rechenregel wird immer dann angewendet, wenn der Leistungsstatus mit ordinalen Antwortskalen abgefragt wird. Wenn intervallskalierte Antwortskalen zur Statusmessung verwendet werden, wie z. B. bei „Schmerzen“ (RZK 1.1), dann werden die Deltawerte direkt als Differenz der Item-Scores von t0 und t2 gebildet ($\Delta_i = x_i(t_1) - x_i(t_0)$) und auf Grundlage der Verteilungskennwerte Mittelwert und Streuung der Differenzenverteilung z standardisiert.

Die RZK-Scores für die einzelnen Patientinnen und Patienten und Rehabilitations-Zielkategorien der Ebene II werden als Mittelwert der z-Werte aller Items der betreffenden RZK errechnet. Dabei ist es unerheblich, ob es sich hierbei um flächentransformierte z-Werte oder Verteilungskennwerte-basierte z-Werte³⁰ handelt.

Für die Berechnung der RZK-Scores gelten folgende Voraussetzungen:

- Um für ein RZK-Item flächentransformierte z-Werte nach der oben beschriebenen Methode bestimmen zu können, gibt es für die Vorher-Nachher-Kreuztabelle keine Mindestanzahl für valide Messwertpaare pro Zelle.
- Ferner gilt die Maßgabe, dass bei der Aggregation der RZK-Scores von jeweils drei Messwerten maximal ein fehlender z-Wert zulässig ist. Bei RZK-Scores, die aus 3 bis 5 Items gebildet werden, ist damit ein fehlender z-Wert zulässig. Bei RZK-Scores, die aus mindestens 6 Items gebildet werden, sind entsprechend zwei fehlende z-Werte zulässig.

Bei den Item-Blöcken der RZK 4.7 Gehen im Innenbereich, 4.8 Treppensteigen und 4.9 Gehen im Außenbereich ist so vorzugehen, dass zunächst die z-Werte pro Item-Block aggregiert werden und dann aus diesen Werten der Mittelwert der Blöcke als RZK-Score gebildet wird. Pro Block ist ein fehlender Wert zulässig. Pro RZK ist bei 3 und mehr Item-Blöcken ein fehlender Block-Wert zulässig.

³⁰ z-Wert = $(x - MW) / s$

Für fünf RZK weicht die RZK-Score-Bildung von dem oben beschriebenen Standardverfahren ab. Die RZK-Score-Bildung dieser RZK wird im folgenden Absatz beschrieben.

Die so bestimmten RZK-Scores werden noch risikoadjustiert bevor sie in den Ergebnisberichten als O-E-Werte im Box-and-Whisker-Plot und als z-standardisiertes O E-Werte-Profil dargestellt werden.

Für eine Auswahl von RZK werden im Ergebnisbericht die Effektstärken ausgewiesen.

Abweichende Varianten

Die Ergebnis-Scores der meisten RZK werden gemäß dem Standardverfahren operationalisiert, d.h. es werden für die Messwertdifferenzen der einzelnen Ausgangswerte flächentransformierte z-Werte bestimmt.

Wegen abweichender Datenlagen werden in wenigen Ausnahmen **abweichende Operationalisierungen** gewählt. Abweichungen können darin begründet sein, dass das Datenformat Intervallskalenniveau aufweist, Confounder mit erhoben werden bzw. Filterfragen vorkommen, die zu berücksichtigen sind.

Für fünf RZK weicht die RZK-Score-Bildung von dem oben beschriebenen Standardverfahren ab. Im Einzelnen handelt es dabei um die Reha-Zielkategorien

- RZK 1.1 Schmerzen
- RZK 1.3 Defäkation
- RZK 1.4 Miktion
- RZK 3.1 Stimm- und Sprechfunktion
- RZK 3.2 Sprache.

Außerdem werden am Ende des Nachbefragungsbogens globale Fragen zur Ergebnisqualität gestellt, die unabhängig von den RZK globale Aspekte des Behandlungserfolges erfassen und in einem Score zusammengefasst dargestellt werden.

RZK 1.1 Schmerzen

Die Schmerzskaalen der Fragen a, b und c sind 6-stufig intervallskaliert mit den Polen „Ich habe keine Schmerzen“ (0) und „sehr starke Schmerzen“ (5).

Sofern bei diesen Fragen zu t0 und zu t2 Angaben vorliegen, werden die Differenzen ($d = x(t2) - x(t0)$) gebildet und z-standardisiert.

Für Patientinnen und Patienten wird der RZK-Score aus dem arithmetischen Mittel der drei z-Werte der Fragen a, b und c gebildet, mit höchstens einem fehlenden z-Wert.

Für Bezugspersonen wird der RZK-Score aus dem arithmetischen Mittel der z-Werte der Fragen b und c gebildet, wobei kein z-Wert fehlen darf. Auf die Angaben der Bezugspersonen zu Frage a (Schmerzen in Ruhe) wird hier bei der Score-Bildung verzichtet, weil sie sich im Pretest als nicht hinreichend prädiktiv für die Patientenangaben gezeigt haben.

RZK 1.3 Defäkation³¹

Zur Messung der therapeutisch bedingten Verbesserung der Defäkationsfunktion werden zu t0 und zu t2 der aktuelle Status mit sechs Fragen abgefragt, wobei mit vier Fragen spezifische Teilaspekte graduell erfasst werden, nämlich Häufigkeit (Item a), Konsistenz (Item c), Kontinenz (Item e) und Schmerzen (Item f). Zwei Fragen erfassen die Einnahme von Medikamenten zur Regulation der Häufigkeit (Item b) sowie der Konsistenz (Item d). Sie werden für die Risikoadjustierung abgefragt.

Mit Frage a wird die Häufigkeit des Stuhlganges abgefragt, für deren Beantwortung fünf Antwortstufen angeboten werden: sehr häufig – häufig – normal – selten – sehr selten.

Die Antwortskala der Frage a hebt sich von allen sonst im Verfahren verwendeten Antwortskalen dadurch ab, dass das optimale Therapieziel nicht am Ende der Skala steht und einen Pol der Antwortskala bildet, sondern einen Platz zwischen den Polen einnimmt (*normal*) und beide Pole der Antwortskala gegensätzliche negative Ergebnisse beschreiben, nämlich zu häufig und zu selten.

Damit handelt es sich um eine bipolare Antwortskala. Auf dieser Grundlage ist die Bestimmung von flächentransformierten z-Werten unmittelbar nicht möglich, da dafür unipolare Antwortskalen erforderlich sind. Die mit dieser bipolaren Antwortskala zu beiden Messzeitpunkten erhobenen Angaben können erst nach einem Zwischenschritt in flächentransformierte z-Werte umgewandelt und dann im Verbund mit den transformierten Angaben der restlichen drei Fragen zu Scores für die Reha-Zielkategorie verrechnet werden.

Letztendlich werden auch hier für die gefundenen einzelnen Vorher-Nachher-Angaben flächentransformierte z-Werte in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihres Auftretens bestimmt. Zuvor erfolgt jedoch eine empirisch abgeleitete Umsortierung der einzelnen Antwortkategorien von Item a. Dadurch wird aus der inhaltlich bipolaren Antwortskala rechnerisch eine unipolare Antwortskala.

Praktisch werden die Antwortoptionen sehr häufig und häufig von Item a, die einen negativen Pol bezeichnen, sukzessive durch Umkodierung der Item-Scores in alle theoretisch möglichen ordinalen Anordnungen mit den restlichen drei Antwortmöglichkeiten gebracht, die ihre Position untereinander beibehalten. Insgesamt gibt es hierfür fünf mögliche Konstellationen, wobei sehr häufig immer einen schlechteren Status bezeichnet als normal und häufig und sehr häufig sowohl zwischen den einzelnen Antwortkategorien selten und sehr selten als auch auf gleicher Stufe angeordnet werden kann. Jede Umsortierung erfolgt gleichzeitig für die t0- und die t2-

³¹ Im Fragebogen aus Gründen der Patientenverständlichkeit: „1.3 Stuhlgang“

Angaben. Für jede einzelne dieser fünf Anordnungen wird dann die Flächen-z-Transformation für die entsprechend systematisch umkodierte Vorher-Nachher-Angaben von Item a durchgeführt. Anschließend wird mit den resultierenden z-Werten jeder einzelnen Anordnung die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von Item a mit den z-Werten der restlichen Items dieser Reha-Zielkategorie (c, e und f, s.u.) bestimmt. Am Ende wird diejenige ordinale Anordnung für Item a zur Score-Bildung festgelegt, für die auf Grundlage der Daten des jeweiligen Zyklus die höchste interne Konsistenz in den Patientenangaben der vier Items resultiert. D.h.: Die Antwortkategorien sehr häufig und häufig von Item a werden über die Stufen des anderen negativen Astes der Antwortskala (sehr selten und selten) sukzessive verschoben, bis das Maximum an interner Konsistenz mit den anderen Fragen c, e und f erreicht wird.

Das maximale Cronbachs Alpha für den RZK-Score wird dann erzielt, wenn bei Frage a die Angaben von sehr häufig mit den Angaben von sehr selten zusammen das negative Ende der rechnerisch unipolaren Skala bilden.

Mit Frage b wird zu t0 und zu t2 abgefragt, ob die angegebene Häufigkeit des Stuhlganges medikamentös unterstützt wird oder nicht. Diese Angaben werden bei der Bestimmung der Risikoadjustierungsmodelle als Prädiktorvariablen berücksichtigt.

Bei Frage c werden nach der Standardmethode flächentransformierte z-Werte berechnet. Die Angaben zur Medikamenteneinnahme zu t0 und t2 (Frage d) werden bei der Bestimmung der Risikoadjustierungsmodelle als Prädiktorvariablen berücksichtigt.

Die Antwortskalen der Fragen e und f sind 5-stufig intervallskaliert. Das Skalenniveau wird durch die Verwendung getesteter Stufen-Labels gewährleistet.

Sofern bei den Fragen e und f Angaben zu t0 und t2 vorliegen, werden die Differenzen ($d = x(t2) - x(t0)$) gebildet und z-standardisiert.

Der RZK-Score wird als Mittelwert der z-Werte der Fragen a, c, e und f gebildet, wobei maximal ein z-Wert bei der RZK-Score-Bestimmung fehlen darf.

RZK 1.4 Miktion³²

Mit der Eingangsfrage a dieser RZK wird erfasst, ob eine Patientin oder ein Patient zur Zeit der Abfrage einen Harnblasenkatheter trägt oder nicht. Bei positiver Antwort wird die befragte Person gebeten, die nachfolgenden Fragen der RZK zu überspringen und mit der Beantwortung der Fragen auf der nächsten Seite fortzufahren. In die Auswertung dieser RZK kommen daher nur Fälle, bei denen die Frage a zu t0 und zu t2 mit „nein“ (0) beantwortet wurde.

³² Im Fragebogen aus Gründen der Patientenverständlichkeit: „1.4 Entleerung der Blase“

Der Anteil gelegter Harnblasenkatheter zu t0 und zu t2 soll zusätzlich im Ergebnisbericht dargestellt werden, jedoch ausschließlich zur Information und ohne Eingang in die Ergebnis-Synopse. Zudem soll der mittlere flächentransformierte z-Wert (auf Basis des 2x2-Designs bestimmt, hier bildet „ja“ den negativen Pol) das einzelne Krankenhausergebnis in einem Benchmark-Diagramm verdeutlichen.

Die Antwortskalen der Fragen b und c sind 5-stufig intervallskaliert. Das Skalenniveau wird durch die Verwendung getesteter Stufen-Labels gewährleistet.

Sofern bei den Fragen b und c Angaben zu t0 und t2 vorliegen, werden die Differenzen ($d = x(t2) - x(t0)$) gebildet und z-standardisiert.

Der RZK-Score wird als Mittelwert der z-Werte der Fragen b und c gebildet, wobei maximal ein z-Wert bei der RZK-Score-Bestimmung fehlen darf.

RZK 3.1 Stimm- und Sprechfunktion

Mit der Eingangsfrage a dieser RZK wird erfasst, wie schnell eine Patientin oder ein Patient zur Zeit der Abfrage sprechen kann. Als Endpunkt der Skala wird quasi als Maximum der Langsamkeit die Stufe: „Ich kann gar nicht mehr sprechen“ angeboten. Patientinnen, Patienten und Bezugspersonen, die diese Antwort geben, werden im Fragebogen gebeten, die nachfolgenden Fragen der RZK zu überspringen und mit der Beantwortung der Fragen auf der nächsten Seite fortzufahren.

Wenn bei Frage a zu t0 oder zu t2 die 3. Antwortstufe („Ich kann gar nicht mehr sprechen“) angekreuzt wurde, dann kann für die Patientinnen und Patienten, die hier so geantwortet haben, ein flächentransformierter z-Wert für Frage a berechnet werden, sofern für beide Messzeitpunkte valide Werte vorliegen. Für die Fragen b bis f liegen dann aber keine paarweisen Messwerte vor. Für diese Patientinnen und Patienten kann dann kein RZK-Score berechnet werden. Für sie sollen die Ergebnisse der Eingangsfrage zur Veränderung der Sprechgeschwindigkeit deskriptiv als mittlerer flächentransformierter z-Wert dargestellt werden, um die bei ihnen ggf. erzielten Veränderungen krankenhausesindividuell nachvollziehen zu können.

Wenn die 3. Antwortstufe von Frage a weder zu t0 noch zu t2 angekreuzt wurde, dann wird der EQ-Score dieser RZK als Mittelwert aller flächentransformierten z-Werte der Fragen a bis f bestimmt. Hier sind maximal zwei fehlende z-Werte bei der RZK-Score-Bestimmung zulässig.

RZK 3.2 Sprache

Für die Fragen a bis c werden flächentransformierte z-Werte nach der Standardmethode (s.o.) berechnet.

Die Antwortskalen der Fragen d bis f sind 5-stufig intervallskaliert. Das Skalenniveau wird durch die Verwendung getesteter Stufen-Labels gewährleistet.

Sofern bei den Fragen d bis f Angaben zu t0 und t2 vorliegen, werden die Differenzen ($d = x(t2) - x(t0)$) gebildet und z-standardisiert.

Der RZK-Score wird als Mittelwert der z-Werte der Fragen a bis f gebildet, wobei hier maximal zwei fehlende z-Werte bei der RZK-Score-Bestimmung erlaubt sind.

Globalbewertung

Am Ende der Nachbefragungsbögen für ambulant und stationär behandelte Patientinnen und Patienten wird der globale Reha-Erfolg mit vier Fragen erfragt, wie er sich der Patientin bzw. dem Patienten zwei Wochen nach der Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung darstellt (s. Item-Liste: Reha-Zielerreichung). Das 4. Item bezieht sich auf das zu Beginn der Rehabilitation mit der Patientin oder dem Patienten vereinbarte individuelle Rehabilitations-Ziel, das die Grundlage für die Auswahl der therapeutisch zu bearbeitenden Bereiche bildete sowie entsprechend für die Auswahl der zu messenden Rehabilitations-Zielkategorien (RZK). In jedem Fragebogen wird vor dieser Abfrage das für die Patientin oder den Patienten individuelle Rehabilitations-Ziel zur Erinnerung angegeben.

Wird an Stelle einer Patientin oder eines Patienten deren Bezugsperson zur Messung der Ergebnisqualität befragt, dann wird ihr im Bezugspersonennachbefragungsbogen nur das 4. Item in der Parallelversion vorgelegt. Beide Formulierungen, für Patientinnen und Patienten sowie für Bezugspersonen, werden in der folgenden Item-Liste durch „ / “ getrennt angegeben.

Reha-Zielerreichung

- Ich habe von der Reha profitiert.
- Ich kann das, was ich in der Reha gelernt habe, im täglichen Leben anwenden.
- Ich habe meine persönlichen Ziele in der Reha erreicht.
- Haben Sie / Hat der Patient diese(s) Ziel(e) erreicht?

Bei Bezugspersonen ist der Score der Globalbewertung mit dem 0-10-standardisierten Item-Score des 4. Items identisch. Bei der Verrechnung der Scores der Globalbewertungen auf Einrichtungsebene wird nicht zwischen Patienten- und Bezugspersonen-basierten Scores unterschieden.

Der so gebildete Score der Globalbewertung wird, wie die RZK-Scores, risikoadjustiert dargestellt.

Effektstärken für ausgewählte Ergebnisqualitäts-Scores

In den Ergebnisberichten werden die Effektstärken der Ergebnisqualitätsmessungen für ausgewählte Rehabilitations-Zielkategorien der Ebene II ausgewiesen (siehe Tabelle 24). Hier werden Items dargestellt, mit denen die Statusergebnisse zu beiden Messzeitpunkten auf Intervallskalenniveau bzw. Quasi-Intervallskalenniveau erfasst werden.

Tabelle 24: Liste der Reha-Zielkategorien der Ebene I und II und Nennung der Items, für die Effektstärken berechnet und in den Ergebnisberichten ausgewiesen werden

Rehabilitations-Zielkategorie Ebene I	Rehabilitations-Zielkategorie Ebene II	Fragen
Körperfunktion		
Schmerz	1.1 Schmerzen	a bis c
Funktionen des Verdauungstraktes	1.2 Nahrungsaufnahme, Schlucken	a bis e*
	1.3 Defäkationsfunktion	e bis f
Funktionen des Urogenitalsystems	1.4 Miktionsfunktion	b bis c
Aktivität und Partizipation (Teilhabe)		
Lernen und Wissensanwendung	2.1 Lesen	a bis c*
	2.2 Problemlösen	a bis d*
	2.3 Konzentration	a bis e*
Stimm- und Sprechfunktion (Körperfunktion)	3.1 Sprechen	
Kommunikation	3.2 Sprache	d bis f
	3.3 Kommunikation	a bis e*
	3.4 Kommunikationsgeräte benutzen	a bis b*
Mobilität	4.1 Körperposition wechseln	
	4.2 In einer Körperposition verbleiben	a bis c*
	4.3 Gegenstände anheben und tragen	a bis d*
	4.4 Händgebrauch	a bis e*
	4.5 Rollstuhlgebrauch	a bis f*
	4.6 Gangsicherheit	a bis e*
	4.7 Gehen im Innenbereich	1a bis 2e
	4.8 Treppensteigen	1a bis 4d
	4.9 Gehen im Außenbereich	1a bis 4d
	4.10 Transportmittel nutzen	
Selbstversorgung	5.1 Sich waschen	
	5.2 Körperpflege	
	5.3 Toilettenbenutzung	
	5.4 Sich kleiden	
	5.5 Essen	
	5.6 Trinken	
Häusliches Leben	6.1 Mahlzeiten zubereiten	
	6.2 Hausarbeiten erledigen	
	6.3 Beschaffen von Waren und Dienstleistungen	
Interpersonelle Interaktionen und Beziehung	7.1 Private Beziehungen	a bis c*
Bedeutende Lebensbereiche	8.1 Wirtschaftliches Leben	a bis b*
Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben	9.1 Gemeinschaftsleben, Erholung, Freizeit	a bis b*

*) Antwortskalen mit Quasi-Intervallskalenniveau

Für Rehabilitations-Zielkategorien der Ebene II ohne Angaben in der Spalte „Fragen“ werden wegen dem ordinalen Skalenniveau der Daten keine Effektstärken berechnet.

Zunächst wird über die intervallskalierten bzw. quasi-intervallskalierten Items einer RZK für jeden Messzeitpunkt getrennt der Mittelwert gebildet und anschließend auf den Wertebereich von 0 bis 10 linear transformiert, sofern mindestens 2/3 der maximal möglichen Angaben vorliegen. Für jede Patientin und jeden Patienten wird dann die Differenz aus den 0-10-standardisierten Mittelwerten beider Messzeitpunkte gebildet,

$$\text{Diff} = \text{MW}(t_2) - \text{MW}(t_0),$$

sofern beide Angaben vorliegen. Für jede Einrichtung wird dann aus dem Mittelwert der Differenzen ($\text{MW}(\text{Diff})$) und der Streuung der Differenzen ($s(\text{Diff})$) die Effektstärke d errechnet, die beschreibt, welchen Effekt eine Einrichtung bei dieser RZK erzielt hat,

$$d = \text{MW}(\text{Diff}) / s(\text{Diff}).$$

Die so berechneten Effektstärken sind nicht risikoadjustiert.

4.5.5 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (KiJu)

Im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation erfolgt keine Risikoadjustierung.

4.5.6 Ablaufplan Ergebnisqualität

Tabelle 25: Ablaufplan Ergebnisqualität

Zu tun	Wer	Wann
Ausgabe der Patientenbögen zu Reha-Beginn ³³ sowie Bereitstellung der Behandlerbögen online über das Extranet.	Einrichtung	In 12-Monats-Zeitraum
Versand der Nachbefragungsbögen an die Patientinnen und Patienten ³⁴		Versand sechs/zwei Wochen nach Ende der Rehabilitation
Versand der ausgefüllten Nachbefragungsinstrumente an die Auswertungsstelle	Patient/in	
Datenannahme und -auswertung	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Fragebögen vorliegen
Erstellung und Versand der Ergebnisberichte Teil II inkl. Qualitätssynopse		3 Monate nach Ende des Befragungszeitraums

4.6 Patientenzufriedenheit

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

³³ In der Geriatrie ggf. Bezugspersonenbögen.

³⁴ In der Geriatrie- ggf. an die Bezugspersonen.

Die Patientenzufriedenheit wird im Bereich **Somatik** und **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** mit einem Fragebogen erfasst, der auf dem Instrument von Raspe et al. (1997) basiert, welches im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger entwickelt wurde. Für das QS-Reha®-Verfahren wurde dieser Fragebogen entsprechend angepasst und in die Patientenbögen integriert, jeweils in einer Version für die somatischen Indikationsbereiche und in einer Version für den Indikationsbereich Psychische/psychosomatische Erkrankungen.

Die Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit dem Angebot und den Leistungen einer Rehabilitations- bzw. Vorsorgeeinrichtung im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** erfolgt zum einen über den Fragebogen zur Erfassung der allgemeinen Behandlungszufriedenheit (Schmidt et al. 1989), zum anderen werden sechs Items zur Bewertung, inwieweit in der jeweiligen Einrichtung wesentliche Ziele der Maßnahme erreicht wurden, eingesetzt.

Im **Bereich Geriatrie** erfolgt die Messung der Patientenzufriedenheit mit einem Fragebogen, der vom BQS-Institut entwickelt wurde (vgl. Abschlussbericht zur Entwicklung eines QS-Verfahrens für die stationäre und ambulante Rehabilitation; Birkner und Kwietniewski 2018). Für stationär und ambulant behandelte Patientinnen und Patienten gibt es zwei unterschiedliche Fragebogenvarianten, mit denen acht Unterdimensionen retrospektiv erhoben werden. Bezugspersonen werden nicht damit befragt.

Im Bereich **Kinder- und Jugendrehabilitation** werden von der DRV entwickelte Fragebögen verwendet.

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

In unterschiedlichen Erhebungen konnte die Abhängigkeit der Patientenzufriedenheit von verschiedenen, sogenannten **konfundierenden Variablen** (wie z. B. Alter, Geschlecht, Bundesland) belegt werden (Bührlen-Armstrong et al. 1998). Im Rahmen eines Vergleichs zwischen den Einrichtungen muss deshalb damit gerechnet werden, dass unterschiedliche Zufriedenheitswerte in den Einrichtungen zumindest teilweise auch auf Unterschiede in den Patientenmerkmalen zurückzuführen sind.

Um faire Einrichtungsvergleiche sicherzustellen, wird eine **Risikoadjustierung**, wie im Abschnitt 4.5 beschrieben, durchgeführt. Bei der Analyse der Daten der Patientenzufriedenheit werden dieselben konfundierenden Variablen wie bei der Ergebnisqualität berücksichtigt. Als zusätzliche Variable wird für die **somatischen Indikationsbereiche** das Bundesland (neue vs. alte Bundesländer) mit aufgenommen. Am Ende des Abschnitts sind im Ergebnisbericht Teil II als Ergänzung zum Einrichtungsvergleich die für die Fachabteilung berechneten Mit-

telwerte der Patientenzufriedenheit für die oben genannten Bereiche jeweils tabellarisch aufgeführt. Diese sollen die Einrichtungsvergleiche um die Rückmeldung des absoluten Niveaus der Patientenzufriedenheit erweitern.

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

4.6.1 Auswertung und Berichterstellung (somatische Indikationsbereiche)

Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit werden für diese Indikationsbereiche ebenfalls einrichtungsvergleichend dargestellt, wobei ein fairer Einrichtungsvergleich durch eine **Risikoadjustierung** sichergestellt werden soll. Eine **einrichtungsvergleichende Auswertung** finden für die aufgeführten Skalen der Patientenzufriedenheitsbefragung statt:

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

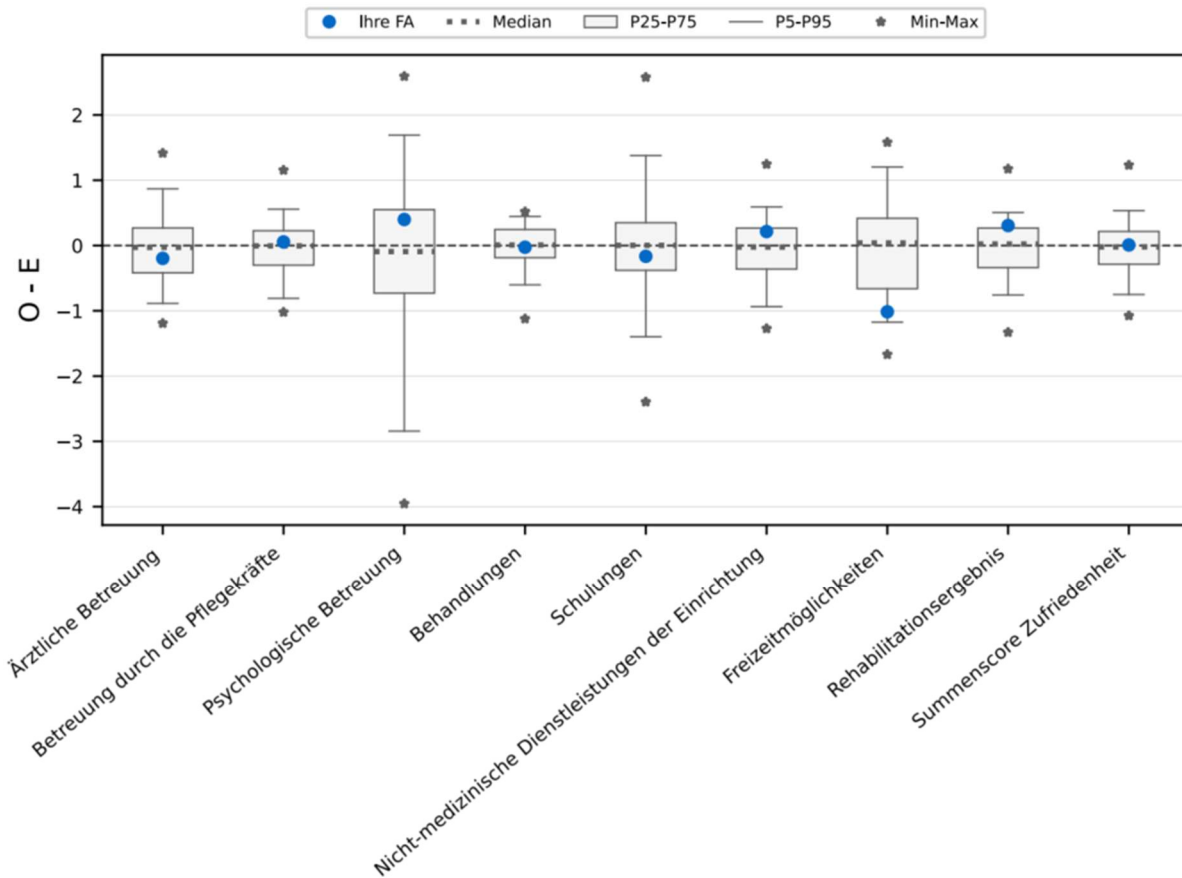
Nach psychometrischer Prüfung der vorhandenen Daten aus der bisherigen QS-Reha®-Routine (vgl. Projekt zur Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens), werden für die Skalen der Patientenzufriedenheit folgende Items zugrunde gelegt (Patientenbogen „Nachbefragung“):

Tabelle 26: Skalenberechnung Patientenzufriedenheit (somatische Indikationsbereiche)

Skala	Patientenbogen	Mindestanzahl gültiger Werte
Ärztliche Betreuung	alle 5 Items aus Block 34 (Somatik) und 15 (Neurologie)	2
Betreuung durch die Pflegekräfte	alle 5 Items aus Block 33 (Somatik) und 14 (Neurologie)	2
Psychologische Betreuung	alle 3 Items aus Block 35 (Somatik) und 16 (Neurologie)	2
Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Block 38 (Somatik) und 19 (Neurologie) ▪ die Urteile über die beiden Behandlungen, bei denen die meisten Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen eine Teilnahme angegeben haben 	2
Schulungen, Vorträge und Beratungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Block 37 (Somatik) und 18 (Neurologie) ▪ die Urteile über die beiden Schulungen, bei denen die meisten Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen eine Teilnahme angegeben haben 	2
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	alle 4 Items aus Block 32 (Somatik) und 13 (Neurologie)	3
Freizeitmöglichkeiten	alle 2 Items aus Block 36 (Somatik) und 17 (Neurologie)	2
Rehabilitationsergebnis	Item aus Block 40 (Somatik) und 21 (Neurologie)	1
Summenscore Zufriedenheit	Mittelwert aus den vier Skalen Ärztliche Betreuung, Betreuung durch die Pflegekräfte, Psychologische Betreuung und Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	4

Die Ergebnisse werden anhand eines Box-Whisker-Plots dargestellt. In der beispielhaften Abbildung 12 erhält die Fachabteilung für den dargestellten Bereich eine unterdurchschnittliche Bewertung.

Abbildung 12: Muster-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungvergleiches (somatische Indikationsbereiche)



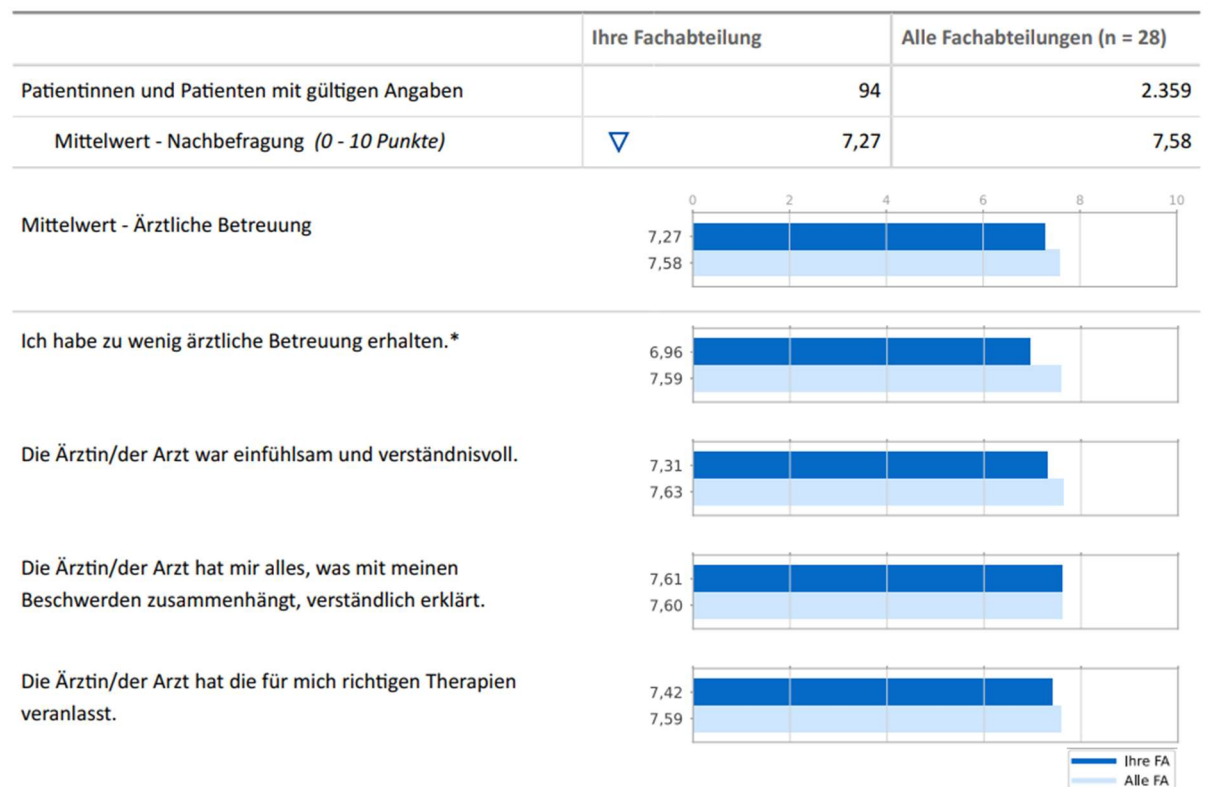
Neben der Darstellung der Box-and-Whisker-Plots werden die wichtigsten deskriptiven Daten der einzelnen Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit auch **nicht risikoadjustiert** in einer Tabelle aufgeführt (vgl. Tabelle 27). Dies dient der besseren Einordnung des relativen, risikoadjustierten Abschneidens einer Einrichtung im Vergleich zum absolut erreichten Punktwert von 0-10 Punkten.

Tabelle 27: Mittelwerte der Patientenzufriedenheit in den einzelnen Qualitätsunterdimensionen (Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

Qualitätsunterdimension	Ihre Fachabteilung			Alle Fachabteilungen (n = 28)	
	Anzahl Patient/-innen	Mittelwert Nachbefragung	Standardabweichung	Anzahl Patient/-innen	Mittelwert Nachbefragung
Ärztliche Betreuung	94	▽ 7,27	2,07	2.359	7,58
Betreuung durch die Pflegekräfte	93	▽ 6,96	2,06	2.292	7,59
Psychologische Betreuung	4	/	/	356	7,54
Behandlungen	62	△ 8,73	1,58	1.543	8,09
Schulungen	30	△ 8,25	1,85	941	7,90
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	93	▽ 7,75	1,56	2.366	7,93
Freizeitmöglichkeiten	87	△ 6,26	2,00	2.206	5,36
Rehabilitationsergebnis	91	▽ 7,69	2,22	2.354	7,76
Summenscore Zufriedenheit	94	▽ 7,34	1,53	2.372	7,68

Im Berichtsteil II wird ferner eine **Detailübersicht** über die Beantwortung der einzelnen Items der Patientenzufriedenheit gegeben. Dabei werden für die einzelnen Antwortkategorien die prozentualen Antwortmöglichkeiten wiedergegeben (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Beispiel für die Detailübersicht über die Beantwortung der einzelnen Items der Patientenzufriedenheit (Bericht Teil II) (somatische Indikationsbereiche, Qualitätsunterdimension Ärztliche Betreuung der Einrichtung)



4.6.2 Auswertung und Berichterstellung (Indikationsbereich Psychische/ psychosomatische Erkrankungen)

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

Einrichtungsvergleichende Auswertungen bezüglich der Patientenzufriedenheit werden für folgende Qualitätsunterdimensionen vorgenommen:

- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Psychotherapeutische Betreuung
- Klima
- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie/ Belastungserprobung, Entspannungstherapien, Kreativtherapien, Beschäftigungs-/Ergotherapie)
- Behandlungen III (physiologisch orientierte Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, physikalische Anwendungen)
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Organisation
- Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation
- Unterbringung
- Dienstleistungen
- Attraktivität und Empfehlung
- Summenscore (ohne die Gesamteinschätzung „Attraktivität und Empfehlung“).

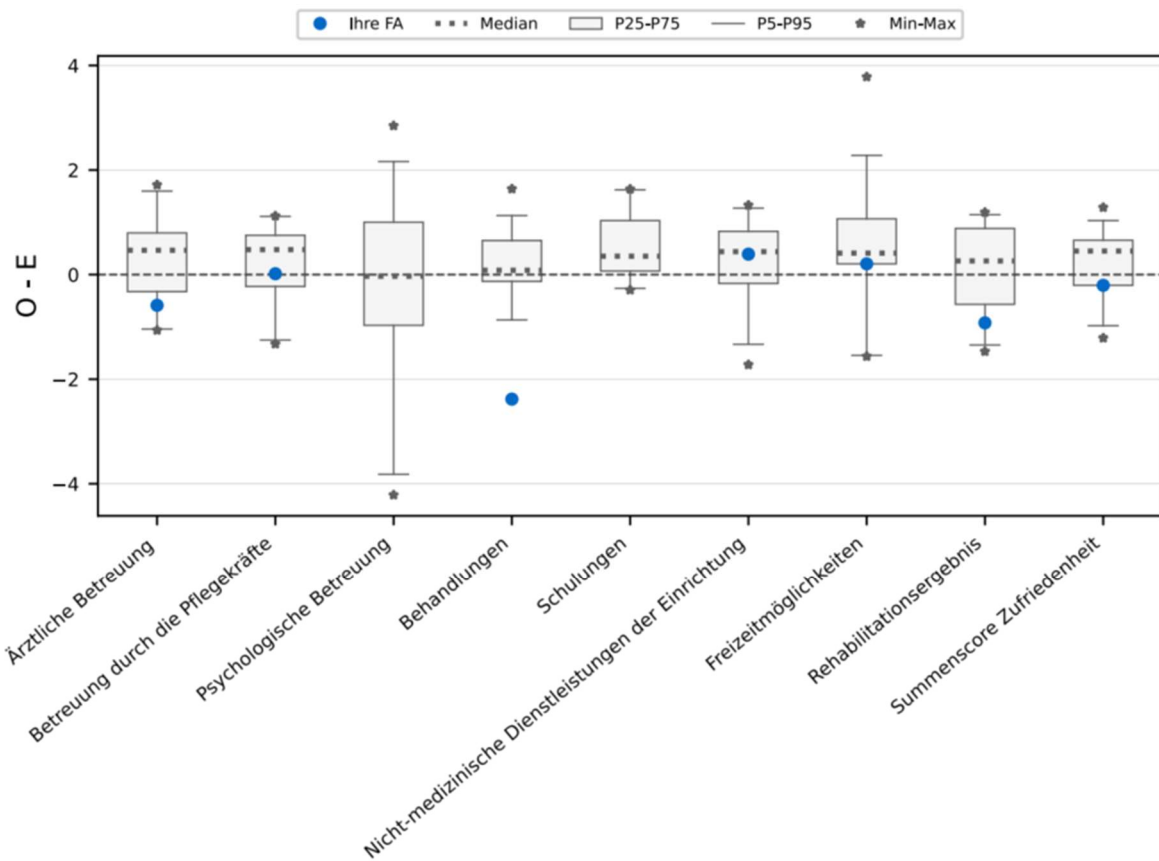
Welche Items zur **Berechnung der Skalenwerte** im Rahmen des Patientenzufriedenheitsbogens zugrunde gelegt werden, kann in der nachfolgenden Tabelle eingesehen werden. Dort wird in der rechten Spalte auch eine beispielhafte Berechnung des Summenscores Zufriedenheit dargestellt. Die Skalenbildung erfolgt jeweils durch Mittelwertbildung über die zugeordneten Items.

Tabelle 28: Skalenberechnung Patientenzufriedenheit (Psychische/psychosomatische Erkrankungen)

Skala	Items-Nr.	Ergebnisse
Betreuung durch die Pflegekräfte	1, 3 - 6	8,74
Ärztliche Betreuung	2, 7 - 13	8,19
Psychotherapeutische Betreuung	14 - 22	7,10
Klima	23, 24	9,07
Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)	30 - 32	8,01
Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie/ Belastungserprobung, Entspannungstherapien, Kreativtherapien, Beschäftigungs-/Ergotherapie)	33 - 36	7,69
Behandlungen III (physiologisch orientierte Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, physikalische Anwendungen)	37 - 39	8,10
Schulungen, Vorträge, Beratungen	25 - 28	7,42
Organisation	42 - 44	8,66
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation	45 - 48	6,93
Unterbringung	49 - 53	8,13
Dienstleistungen	54 - 56	8,85
Attraktivität und Empfehlung	66 - 68	(8,19)
Summenscore Zufriedenheit	Mittelwert aus den Skalenwerten (ohne: Attraktivität und Empfehlung)	8,07

In Ergänzung zur risikoadjustierten Darstellung der Patientenzufriedenheitsskalen (vgl. Abbildung 14; für ausführlichere Erläuterungen zu den verwendeten Grafiken siehe Abschnitt 4.5) werden die erhobenen „ereignisorientierten Items“ in Form von Tabellen (vgl. Abbildung 15) dargestellt und wiederum – direkt in der Tabelle oder ergänzend im Text – inferenzstatistisch mit den Ergebnissen aller Fachabteilungen verglichen.

Abbildung 14: Beispiel-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungsvergleiches zur Patientenzufriedenheit



Der blaue Punkt bei „Psychologische Betreuung“ und „Schulungen“ fehlt, da die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die diese Fragen beantwortet haben, für eine Berechnung nicht ausreichend ist.

Abbildung 15: Beispiel-Tabelle zur Darstellung der Befunde zu den ereignisorientierten Items (Indikationsbereich „Psychische/psychosomatische Erkrankungen“)

Wie häufig kam es vor, dass Ihr behandelnder Psychotherapeut so gehetzt war, dass er keine Zeit für Sie hatte?

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 13)	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Patient/-innen mit gültiger und relevanter Antwort	29	100,0 %	268	98,2 %
war die Regel/immer	0	0,0 %	1	0,4 %
oft	2	6,9 %	11	4,1 %
manchmal	2	6,9 %	25	9,3 %
selten	4	13,8 %	60	22,4 %
nie	21	72,4 %	171	63,8 %
keine Angabe	0	0,0 %	5	1,8 %
Anzahl erfüllter Prozesskriterien	25 / 29	86,2 %	231 / 268	86,2 %

4.6.3 Auswertung und Berichterstellung im Mutter-/Vater-Kind-Bereich

Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit werden für diesen Indikationsbereich ebenfalls einrichtungsvergleichend dargestellt, wobei ein fairer Einrichtungsvergleich wiederum durch die realisierte Risikoadjustierung sichergestellt werden soll. Analog zu den vorherigen Abschnitten wird für den Mutter-/Vater-Kind Bereich eine Skalenberechnung auf Basis von folgenden Items durchgeführt:

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmidt et al. 1989)

Der ZUF-8-Fragebogen dient der Erfassung der globalen Patientenzufriedenheit am Ende des Klinikaufenthalts. Acht Items werden zu einer Gesamtskala aufsummiert. Dieses Instrument erfasst die **allgemeine Zufriedenheit** mit der stationären Behandlung in einer akutmedizinischen bzw. rehabilitativen Einrichtung (Schmidt et al. 1989). Beantwortet werden die Items anhand eines vierstufigen Antwortformats, wobei die Antwortstufen je nach Item unterschiedlich formuliert sind. Nach einer Transformierung der einzelnen Itemwerte auf eine Zehnerskala wird für die Qualitätsunterdimension **Allgemeine Behandlungszufriedenheit** ein Mittelwert berechnet. Die Transformierung auf eine 10er-Skala findet statt, indem zunächst die einzelnen Itemwerte durch den maximal möglichen Itemwert dividiert werden. Dann werden die jeweiligen Quotienten mit 10 multipliziert und anschließend aufsummiert. Der Mittelwert wird schließlich berechnet, indem diese Summe durch die Anzahl der Items dividiert wird.

Ein Beispiel: Werden bei den acht Items der ZUF-8-Skala (Kodierung von 0 bis 3) die Codes 0, 3, 2, 2, 1, 0, 3 und 2 vergeben, so berechnet sich der Wert für die Qualitätsunterdimension „Allgemeine Behandlungszufriedenheit“ folgendermaßen:

$$\frac{(0/3)*10 + (3/3)*10 + (2/3)*10 + (2/3)*10 + (1/3)*10 + (0/3)*10 + (3/3)*10 + (2/3)*10}{8} = 5,41$$

Dabei ist zu beachten, dass das Minimum den Wert 0 und das Maximum den Wert 10 hat.

Items im Patientenbogen – Nachbefragung:

12.1 bis 12.8

Items zur Bewertung der Umsetzung der Maßnahmenziele

Hierbei handelt es sich um sechs Items, die der adaptierten und modifizierten Form des von der Universitätsklinik Freiburg konzipierten Zufriedenheitsbogens entnommen worden sind. Die Beantwortung erfolgt über ein fünfstufiges Antwortformat. Nach einer Transformierung der einzelnen Itemwerte auf eine Zehnerskala wird für die Qualitätsunterdimension **Erreichen der Maßnahmenziele** ein Mittelwert berechnet. Die Items müssen nicht umgepolt werden.

Items im Patientenbogen – Nachbefragung:

13.1 bis 13.6

Da es sich hierbei um **indikationsunabhängige Patientenfragebögen** handelt, unterscheiden sich im Mutter-/Vater-Kind Bereich die Ergebnisberichte für Patientenzufriedenheit von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nicht. Dies gilt analog auch für Mutter/Vater-Kind Rehabilitationseinrichtungen mit unterschiedlichen Indikationen.

4.6.4 Auswertung und Berichterstellung im Geriatrie-Bereich

Die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Rehabilitationsmaßnahme wird in den Nachbefragungsbögen für ambulant und stationär behandelte Patientinnen und Patienten getrennt erfragt. Bezugspersonen werden bei der Nachbefragung nicht zur Patientenzufriedenheit befragt.

Die Fragebögen für ambulant und stationär behandelte Patientinnen und Patienten stimmen weitestgehend überein, unterscheiden sich aber dort, wo für die ambulante bzw. stationäre Rehabilitation spezifische Details thematisiert werden (z. B.: Fragen zum Beginn des Therapietages bzw. Fragen zur Zimmerausstattung).

Die Antworten werden mit dreistufigen Antwortskalen erfasst, bei denen auf Grund der Stufenlabels „nein“, „teils, teils“ und „ja“ von äquidistanten Intervallen ausgegangen werden kann.

Für die Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit werden Mittelwerte anhand der Item-Scores gebildet. In den Ergebnisberichten liegt der Wertebereich der Scores zwischen 0 und 10. Je nach Kodierung der drei Stufen wird eine lineare Transformation der Mittelwerte erforderlich, um die Ergebnisse einheitlich in dem 0-10-Format angeben zu können. Bei der Aggregation der Patientenzufriedenheits-Scores sind maximal 1/3 der benötigten Angaben als fehlende Werte zulässig.

- Zuverlässigkeit / Zugewandtheit des Klinikpersonals
- Respekt des Klinikpersonals
- Diskretion des Klinikpersonals
- Leistungen des Therapeuten
- Belastung durch die Therapien
- Hotelleistungen
- Zufriedenheit mit dem Sozialdienst
- Globalbewertung der Reha-Einrichtung

Die Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit und die dazugehörigen Items sind der voranstehenden Auflistung zu entnehmen. Einzelne Items gibt es exklusiv nur für ambulant oder stationär behandelte Patientinnen und Patienten (siehe eckige Klammer nach dem Item). Bei geringfügigen Unterschieden in den Item-

Formulierungen werden beide Varianten durch „/“ getrennt angegeben. Negativ formulierte Items sind mit „*“ markiert. Die Item-Scores dieser Items sind vor der Auswertung umzupolen³⁶.

Die so bestimmten Zufriedenheits-Scores werden wie eingangs beschrieben noch risikoadjustiert.

4.6.5 Auswertung und Berichterstellung im Kinder- und Jugend-Bereich

Die Fragebögen wurden von der DRV entwickelt und werden in Abstimmung mit der DRV verwendet.

4.6.6 Ablaufplan Patientenzufriedenheit

Tabelle 29: Ablaufplan Patientenzufriedenheit

Zu tun	Wer	Wann
Versand der Nachbefragungsbögen an die Patientinnen und Patienten	Einrichtung	Versand sechs/zwei Wochen nach Ende der Rehabilitation
Versand der ausgefüllten Nachbefragungsinstrumente an die Auswertungsstelle	Patient/in	
Datenannahme und -auswertung	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Fragebögen vorliegen
Erstellung der Ergebnisberichte		
Versand der Ergebnisberichte Teil II inkl. Qualitätssynopse		

4.7 Qualitätssynopse

Die **Qualitätssynopse** fasst die Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsdimensionen in kurzer, überschaubarer Form zusammen. Dazu wird das Abschneiden der Fachabteilung in den Qualitätsdimensionen der Struktur- und Prozessqualität, der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit dargestellt. Im Folgenden werden die verwendeten Werte und Symbole erläutert.

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

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Therapeutische Behandlungen/Schulungen/Patientenbetreuung
- Personelle Ausstattung
- Konzeptionelle Grundlagen
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung (nur stationär) bzw. internes Qualitätsmanagement (nur ambulant)
- Patientenorientierung
- Interne Organisation.

³⁶ Seien Min der kleinste Item-Score auf einer Antwortskala und Max der größte Item-Score und x ein beliebiger Item-Score auf dieser Skala, dann ist $y = \text{Min} + \text{Max} - x$ das umgepolte Ergebnis von x.

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

- Behandler-Patient-Kommunikation
- Therapie und Pflege
- Nachsorge

Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** sind dies folgende Unterdimensionen:

- Kommunikation mit dem Patienten
- Therapieablauf

Zusätzlich wird noch das **Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität** aufgeführt. Diese stellt die mittlere prozentuale Erfüllung der Anforderungen (über beide Bereiche) dar.

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** wird statt „Patientenorientierung“ und „Interne Organisation“ das Basiskriterium „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ erfasst. Zudem erfolgt hier eine Differenzierung des Erfüllungsgrads nach den Bereichen „Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen“ und „Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen“. Letztlich wird für den Bereich der Prozessqualität im Mutter-/Vater-Kind Bereich zum einen die Angabe des prozentualen Anteils der erfüllten Basiskriterien für die Dimension „strukturnahe Prozessmerkmale“, zum anderen der prozentuale Erfüllungsgrad (bezogen auf die jeweilige Fallzahl) der über den Dokumentationsbogen erfassten Kriterien des „**idealen Prozesses**“ (Musekamp et al. 2014) angegeben.

Im **Bereich Geriatrie** werden mit dem von den Einrichtungen auszufüllenden Einrichtungsbogen nur Strukturmerkmale erhoben. Aus den 130 damit erfassten Merkmalen wird der Erfüllungsgrad von fünf Qualitätsunterdimensionen bestimmt. Die Aggregation sowie die Darstellung der Ergebnisse bei der Qualitätssynopse ist mit der in den somatischen Indikationsbereichen identisch. Folgende Qualitätsunterdimensionen der Strukturqualität werden erhoben und im Bericht Teil I dargestellt:

- Allgemeine Merkmale und allgemeine räumliche Ausstattung
- Räumliche Ausstattung der Station, Patientenzimmer und therapeutischer Räumlichkeiten
- Apparative und medizintechnische Ausstattung
- Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum
- Personelle Ausstattung

Prozessqualität wird im Geriatrie Bereich nur durch die Befragung von Patientinnen und Patienten zwei Wochen nach dem Reha-Ende erfasst. Mit 22 bzw. 19 Reporting-Fragen werden fünf Qualitätsunterdimensionen für ambulant und stationär behandelte Patientinnen und Patienten differenziert gemessen. Die Aggregation sowie die Darstellung der Ergebnisse in der Qualitätssynopse ist mit der in den somatischen Indikationsbereichen identisch. Folgende Qualitätsunterdimensionen der Prozessqualität werden erhoben und im Bericht Teil II dargestellt:

- Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben
- Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln
- Medizinische Informationen mit Patienten besprechen
- Therapieplanänderungen
- Informationen für die Zeit nach der Reha geben

Im Bereich der **Kinder- und Jugendrehabilitation** wird die Qualitätssynopse analog zur Somatik dargestellt.

Ergebnisqualität: Die Beurteilung des Abschneidens der Fachabteilung in den einzelnen Bereichen erfolgt im Vergleich zu allen Fachabteilungen desselben Indikationsbereichs. In dieser Qualitätsdimension veranschaulicht die Qualitätssynopse für jeden Unterbereich, ob sich die Einrichtung hinsichtlich des Qualitätsindikators signifikant über dem Durchschnitt aller Fachabteilungen befindet (Symbol: \triangle), ob sie signifikant unter dem Durchschnitt aller Fachabteilungen liegt (Symbol: ∇) oder ob die Fachabteilung in Bezug auf alle Fachabteilungen durchschnittlich abschneidet (Symbol: \circ).

Zum Vorgehen bei der Einrichtungsbeurteilung siehe Abschnitt 4.5. Die Bereiche der Ergebnisqualität sind für somatische Indikationsbereiche (IRES-3; Frey et al. 2007):

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

Der Reha-Status ist in der Zelle „**Gesamtergebnis Ergebnisqualität**“ des Berichts dargestellt. Zur Berechnung des Summenscores siehe Abschnitt 4.5.1.

Für den Indikationsbereich **Neurologie** werden folgende Bereiche der Ergebnisqualität dargestellt (IRES-24; Frey et al. 2007):

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

Der Reha-Status ist in der Zelle „**Gesamtergebnis Ergebnisqualität**“ dargestellt.

Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** sind es (HEALTH-49; Rabung et al. 2009):

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

Für den **Mutter-/Vater-Kind Bereich** werden folgende Bereiche der Ergebnisqualität dargestellt:

- Funktionsfähigkeit im Alltag (Subskala des IRES-24; Frey et al. 2007)
- Zufriedenheit mit der Gesundheit (Subskala des FLZM-M; Henrich und Herschbach 2000)
- Selbstwert (RSES; Collani und Herzberg 2003)
- Suche nach sozialer Unterstützung (Subskala des BSSS; Schulz und Schwarzer 2003)
- Handlungsorientierte Bewältigung (Subskalen des COPE; Knoll et al. 2005)
- Depressive Störungen (Subskala des PHQ-D; Löwe et al. 2002)
- Somatoforme Störungen (Subskala des PHQ-D; Löwe et al. 2002)
- Elternspezifische Belastungsfaktoren (Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Umweltbezogene Belastungen (Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Familienbezogene Sorgen (Items des IRES-MF; Meixner et al. 2003)
- Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit (FKE; Miller 2001)

Im Bereich **Geriatric** sollen alle 33 Reha-Zielkategorien (siehe Tabelle 15) sowie die Globalbewertung dargestellt werden. Aus Gründen des Datenschutzes werden die Ergebnisse einzelner Reha-Zielkategorien jedoch nicht dargestellt, wenn in einer Einrichtung Ergebnisse von weniger als fünf Patientinnen und Patienten vorliegen.

Patientenzufriedenheit: Die Darstellung der Qualitätsdimension Patientenzufriedenheit folgt derselben Logik wie die der Ergebnisqualität. Auch hier werden die Resultate der Einrichtungsvergleiche dargestellt. Die einzelnen Bereiche basieren auf einem Messinstrument von Raspe et al. (1997) und sind hierbei für **somatische Indikationsbereiche**:

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

Der „Summenscore Zufriedenheit“ ist in der Zelle „**Gesamtergebnis Patientenzufriedenheit**“ aufgeführt (für Details der Berechnung siehe Tabelle 26 und Tabelle 28 in Abschnitt 4.6.1 bzw. 4.6.2).

Für den Indikationsbereich **Psychische/psychosomatische Erkrankungen** sind es basierend auf einem Messinstrument von Raspe et al. (1997) die Bereiche:

- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Psychotherapeutische Betreuung
- Klima
- Schulungen, Vorträge und Beratungen
- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie/ Belastungserprobung, Entspannungstherapien, Kreativtherapien, Beschäftigungs-/Ergotherapie)
- Behandlungen III (physiologisch orientierte Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, physikalische Anwendungen)
- Organisation
- Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation
- Unterbringung
- Dienstleistungen
- Attraktivität und Empfehlung
- Summenscore Zufriedenheit

Im **Mutter-/Vater-Kind Bereich** folgt die Darstellung der „Patientenzufriedenheit“ derselben Logik wie bei der Ergebnisqualität. Unterschiede finden sich in der Auswahl der betrachteten Bereiche, auch hier werden die Resultate der Einrichtungsvergleiche dargestellt.

Die einzelnen Bereiche für den Mutter-/Vater-Kind Bereich sind:

- Allgemeine Behandlungszufriedenheit
- Erreichen der Maßnahmenziele.

Im **Geriatric Bereich** werden acht Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit erfasst (Birkner und Kwietniewski 2018) und in der Qualitätssynopse wie in den anderen somatischen Indikationsbereichen dargestellt:

- Zuverlässigkeit/ Zugewandtheit des Klinikpersonals
- Respekt des Klinikpersonals
- Diskretion des Klinikpersonals
- Leistungen der Therapeuten
- Belastung durch die Therapien
- Hotelleistungen
- Zufriedenheit mit dem Sozialdienst
- Globalbewertung der Reha-Einrichtung.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen beispielhaft eine Qualitätssynopse für somatische Indikationsbereiche sowie für den Mutter-/Vater-Kind Bereich.

Tabelle 30: Beispiel für eine Qualitätssynopse (somatische Indikationsbereiche)

Qualitätssynopse der Struktur- und Prozessqualität

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 80)	
	Tendenz	Erfüllungsgrad	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	▽	91,7 %	91,9 %	90,7 % - 93,4 %

Erfasst über die Strukturhebung*

Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	△	100,0 %	96,5 %	93,8 % - 100,0 %
•Medizinisch-technische Ausstattung	△	100,0 %	91,6 %	83,3 % - 100,0 %
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	△	100,0 %	96,2 %	93,3 % - 100,0 %
Personelle Ausstattung	▽	86,7 %	95,8 %	93,3 % - 100,0 %
Konzeptionelle Grundlagen	△	100,0 %	98,5 %	100,0 % - 100,0 %
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	○	100,0 %	100,0 %	100,0 % - 100,0 %
Patientenorientierung	○	100,0 %	100,0 %	100,0 % - 100,0 %
Interne Organisation	△	100,0 %	99,4 %	100,0 % - 100,0 %
*davon: Dialogrelevante Kriterien (DK)	△	100,0 %	95,3 %	100,0 % - 100,0 %

Erfasst über die Patientenbefragung

Behandler-Patient-Kommunikation	▽	69,0 %	71,8 %	66,7 % - 76,2 %
Therapie und Pflege	▽	89,0 %	92,0 %	90,1 % - 94,5 %
Nachsorge	▽	62,9 %	70,0 %	64,2 % - 75,2 %

Qualitätssynopse der Ergebnisqualität

Erfasst über die Patientenbefragung	Signifikanz	Alle Fachabteilungen (n = 80) - Anteile		
		▼	●	▲
Somatische Gesundheit	●	13,8 %	72,5 %	13,8 %
Schmerzen	●	10,0 %	81,2 %	8,8 %
Funktionsfähigkeit im Alltag	●	11,2 %	76,2 %	12,5 %
Psychisches Befinden	●	11,2 %	72,5 %	16,2 %
Soziale Integration	●	6,2 %	85,0 %	8,8 %
Gesundheitsverhalten	●	13,8 %	72,5 %	13,8 %
Krankheitsbewältigung	●	12,5 %	75,0 %	12,5 %
Summenscore Reha-Status	●	17,5 %	65,0 %	17,5 %

Qualitätssynopse der Patientenzufriedenheit

Erfasst über die Patientenbefragung	Signifikanz	Alle Fachabteilungen (n = 80) - Anteile		
		▼	●	▲
Ärztliche Betreuung	●	18,8 %	61,3 %	20,0 %
Betreuung durch die Pflegekräfte	●	16,2 %	71,2 %	12,5 %
Psychologische Betreuung	-	3,9 %	93,4 %	2,6 %
Behandlungen	●	11,2 %	82,5 %	6,2 %
Schulungen	●	5,0 %	91,2 %	3,8 %
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	▼	28,7 %	48,8 %	22,5 %
Freizeitmöglichkeiten	▼	23,8 %	56,2 %	20,0 %
Rehabilitationsergebnis	●	20,0 %	67,5 %	12,5 %
Summenscore Zufriedenheit	●	21,2 %	60,0 %	18,8 %

Tabelle 31: Beispiel Qualitätssynopse für den Mutter-/Vater-Kind-Bereich

Qualitätssynopse der Struktur- und Prozessqualität**Erfasst über die Strukturhebung***

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 65)	
	Tendenz	Erfüllungsgrad	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	△	98,3 %	91,6 %	89,4 % - 95,3 %
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung				
Gesamt	▽	95,1 %	96,6 %	94,9 % - 100,0 %
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	▽	92,3 %	94,9 %	91,7 % - 100,0 %
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	△	100,0 %	99,5 %	100,0 % - 100,0 %
Medizinisch-technische Ausstattung				
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	△	94,6 %	83,4 %	76,5 % - 94,6 %
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung				
Gesamt	▽	89,7 %	91,4 %	88,5 % - 97,3 %
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	▽	88,7 %	90,8 %	88,7 % - 96,8 %
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	△	100,0 %	96,5 %	100,0 % - 100,0 %
Personelle Ausstattung				
Gesamt	△	94,7 %	79,2 %	71,4 % - 88,9 %
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	△	94,1 %	77,2 %	68,4 % - 88,9 %
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	△	100,0 %	99,2 %	100,0 % - 100,0 %
Konzeptionelle Grundlagen				
Gesamt	△	100,0 %	97,5 %	95,5 % - 100,0 %
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	△	100,0 %	97,1 %	96,4 % - 100,0 %
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	△	100,0 %	98,2 %	100,0 % - 100,0 %
Interne Kommunikation und Personalentwicklung				
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	△	100,0 %	96,5 %	100,0 % - 100,0 %
*davon: Dialogrelevante Kriterien (DK)	△	100,0 %	86,2 %	75,0 % - 100,0 %

Idealer Prozess - Erfasst über den Behandlerbogen

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 65)	
	Tendenz	Erfüllungsgrad	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Aufnahmeuntersuchung maximal 2 Tage nach Aufnahme	△	100,0 %	99,1 %	99,2 % - 100,0 %
Erste Behandlung maximal 2 Tage nach Aufnahme	△	100,0 %	96,8 %	98,7 % - 100,0 %
Eltern: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	△	100,0 %	95,7 %	98,6 % - 100,0 %
Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	△	100,0 %	81,4 %	76,3 % - 100,0 %
Mindestens drei interdisziplinäre Fallbesprechungen im Verlauf der Maßnahme	△	98,1 %	81,0 %	87,2 % - 100,0 %
Kein Ausfall von Behandlungen	△	100,0 %	81,2 %	71,6 % - 99,1 %
Nachsorgeempfehlungen	△	100,0 %	88,1 %	88,7 % - 100,0 %
Entlassungsgespräch maximal 2 Tage vor der Entlassung	△	100,0 %	89,7 %	93,2 % - 100,0 %
Kurzer Arztbrief/Entlassungsbrief, frühestens 2 Tage vor der Entlassung und maximal am Tag der Entlassung	△	100,0 %	97,5 %	99,8 % - 100,0 %

Qualitätssynopse der Ergebnisqualität - Erfasst über den Elternfragebogen

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 65)	
	Tendenz	Effektstärke	Effektstärke	Interquartilsbereich
Funktionsfähigkeit im Alltag	▽	0,43	0,46	0,34 - 0,53
Zufriedenheit mit der Gesundheit	▽	0,45	0,69	0,51 - 0,81
Selbstwert	▽	0,48	0,51	0,40 - 0,63
Suche nach sozialer Unterstützung	▽	0,18	0,37	0,23 - 0,47
Handlungsorientierte Bewältigung	▽	0,22	0,32	0,17 - 0,38
Depressivität	▽	0,66	0,82	0,67 - 1,00
Somatische Symptome	▽	0,66	0,75	0,61 - 0,89
Elternspezifische Belastungsfaktoren	△	0,53	0,48	0,36 - 0,60
Umweltbezogene Belastungsfaktoren	△	0,41	0,36	0,24 - 0,45
Familienbezogene Sorgen	▽	0,32	0,34	0,25 - 0,45
Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit	▽	0,44	0,53	0,41 - 0,62
Summenscore Vorsorge-/Reha-Status	▽	0,65	0,74	0,63 - 0,91

Qualitätssynopse der Patientenzufriedenheit - Erfasst über den Elternfragebogen

	Ihre Fachabteilung		Alle Fachabteilungen (n = 65)	
	Tendenz	Mittelwert	Mittelwert	Interquartilsbereich
Allgemeine Behandlungszufriedenheit	▽	7,45	7,67	7,21 - 8,13
Erreichen der Maßnahmenziele	▽	7,31	7,55	7,12 - 7,97
Summenscore Zufriedenheit	▽	7,38	7,61	7,19 - 7,95

4.8 Synopse der Zuweisungskriterien

Die **Zuweisungssteuerungskriterien** sind vor allem für die Krankenkassen von großer Bedeutung. Bestimmte Patientengruppen können nur dann in einer Rehabilitationseinrichtung aufgenommen und adäquat versorgt werden, wenn die einrichtungsinterne Ausstattung ihren **besonderen Bedürfnissen** gerecht wird. Die Synopse der Zuweisungssteuerungskriterien gibt Auskunft darüber, welche davon die Fachabteilung erfüllt. Tabelle 32 zeigt beispielhaft eine Qualitätssynopse der Zuweisungssteuerungskriterien für somatische Indikationsbereiche.

Tabelle 32: Beispiel für eine Qualitätssynopse der Zuweisungssteuerungskriterien (somatische Indikationsbereiche)

ID	Zuweisungssteuerungskriterium (ZW)	erfüllt	nicht erfüllt
Möglichkeit der Aufnahme von Rehabilitanden (ohne Begleitperson) mit ...			
A.I.4	... Querschnittlähmung		X
A.I.5	... Sehbehinderung	X	
A.I.6	... Erblindung		X
A.I.7	... starker Hörschädigung	X	
A.I.8	... Ertaubung		X
A.I.9	... Orientierungsstörung/überwachungspflichtiges organisches Psychosyndrom / Weglauftendenz (Überwachungsmöglichkeiten)		X
A.I.10a	... Dialysepflichtigkeit	X	
A.I.11	... MRSA (separates Zimmer für MRSA-positive Rehabilitanden)		X
A.I.20	Rauchverbot auf dem gesamten Einrichtungsgelände		X
A.I.21	ausschließlich alkoholfreie Getränke	X	
A.I.39	Eine Kinderbetreuung durch die Einrichtung ist sichergestellt		X
A.I.40	Es besteht die Möglichkeit der Mitnahme eines pflegebedürftigen Angehörigen durch den Rehabilitanden		X
A.I.41	Spezifische Behandlungsangebote für rehabilitationsbedürftige pflegende Angehörige		X
A.I.42	Die Aufnahme von Erwachsenen als Begleitperson in der Einrichtung ist möglich	X	
A.I.43	allergenarme Zimmer	X	
A.I.44	Kompetenzen zur Behandlung von Rehabilitanden ohne Kenntnisse der deutschen Sprache (behandelndes Personal, d.h. Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflegekräfte)	X	

5 Fachabteilungsspezifische Ergebnisberichte

Den Einrichtungen werden die Resultate der Qualitätsprüfungen in einem **fachabteilungsspezifischen Ergebnisbericht** zurückgemeldet, der aus zwei Teilen besteht.

Teil I enthält die **Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität**³⁷ (die über den Einrichtungsbogen erfasst werden). Dieser wird den Einrichtungen nach der Auswertung der Angaben aus der Strukturhebung zugesandt. Ferner wird den Einrichtungen nach der Durchführung der stichprobenartigen Visitationen ein aktualisierter Ergebnisbericht Teil I nach Visitation zugestellt.

Teil II des Ergebnisberichts enthält die **Ergebnisse zur Prozessqualität** (sofern die Daten über den Patientenbogen erfasst werden) sowie die **Resultate der Patientenzufriedenheit und der Ergebnisqualitäts-Messung**. In

³⁷ In der Geriatrie werden im Bericht Teil I keine Merkmale der Prozessqualität dargestellt.

Teil II des Berichts werden zudem die Ergebnisse aller Qualitätsdimensionen in überschaubarer Form, in der sogenannten Qualitätssynopse, zusammengefasst. Hierfür werden die Resultate der Qualitätsmessungen zu Unterdimensionen aggregiert. Die Qualitätssynopse kann als überblicksartige Informationsquelle für Kostenträger und das Einrichtungsmanagement herangezogen werden und eignet sich für eine komprimierte Außendarstellung gegenüber Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Ärztinnen und Ärzten. Dieser Berichtsteil wird den Einrichtungen nach Abschluss der Behandler- und Patientenbefragung zur Verfügung gestellt.

6 Bewertung der QS-Ergebnisse

Zur Bewertung der Ergebnisse des QS-Reha®-Verfahrens existieren allgemeine Grundsätze. Auf der Grundlage der Qualitätssynopse wurde ein Auswahlalgorithmus entwickelt, der die Identifizierung von Fachabteilungen mit auffälligen negativen Qualitätsergebnissen ermöglicht. Mit diesen Fachabteilungen sollen die Vertragspartner auf Landesebene einen strukturierten Qualitätsdialog führen.

6.1 Grundlagen des Qualitätsdialoges

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

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

Am Qualitätsdialog nehmen mindestens die Einrichtungen teil, die im Ergebnis einen der drei nachfolgend aufgeführten Auswahlalgorithmen erfüllen:

1. Nichterfüllung besonders wichtiger Kriterien (Dialogrelevante Kriterien, n=5)

Bei Nichterfüllung eines der folgenden Kriterien nimmt eine Einrichtung am Qualitätsdialog teil:

- die in der jeweiligen Indikation geforderte Facharztqualifikation für die ärztliche Leitung (ohne Zusatzbezeichnung Sozialmedizin)³⁸
- Notfallkoffer/-wagen/-rucksack
(Es werden diese 3 Varianten zur Wahl gestellt, um das Kriterium zu erfüllen.)
- geeigneter Ort mit Möglichkeit der Notfallbehandlung, Notfallüberwachung
- Mehrkanal-EKG.
- Notrufmöglichkeit in Patientenzimmern und Nasszellen.

In reinen Vorsorgeeinrichtungen müssen in den Nasszellen keine Notrufanlagen installiert sein. Für Einrichtungen, die Rehabilitation und Vorsorge anbieten, müssen für die Anzahl der vertraglich vereinbarten Reha-Betten anteilig Notrufanlagen auch in Nasszellen vorgehalten werden.

Einrichtungen, die keine fest installierte Notrufanlage haben, haben mobile Systeme vorzuhalten.

In den ambulanten Versorgungsbereichen wird das Kriterium folgendermaßen definiert:

- Notrufmöglichkeiten in allen Räumen, in denen Patientinnen und Patienten sich alleine aufhalten können.

2. Auswahlalgorithmus für große Fachabteilungen (mit einer Mindestteilnehmerzahl ≥ 50 Patientinnen oder Patienten)

Der Qualitätsdialog ist bei einem Gesamterfüllungsgrad in der Struktur- und Prozessqualität von $< 90\%$ bei gleichzeitig unterdurchschnittlichen Werten in zwei Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität oder Patientenzufriedenheit³⁹ sowie dann, wenn die Einrichtung zu den 10 % der Einrichtungen gehören, die die schlechtesten Qualitätsergebnisse erzielt haben, zu führen.⁴⁰

3. Auswahlalgorithmus für kleine Fachabteilungen (mit einer Mindestteilnehmerzahl < 50 Patientinnen oder Patienten)

Der Qualitätsdialog ist bei einem Gesamterfüllungsgrad in der Struktur- und Prozessqualität von $< 85\%$ sowie dann, wenn die Einrichtung zu den 10 % der Einrichtungen gehören, die die schlechtesten Qualitätsergebnisse erzielt haben, zu führen.

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

³⁸ Im Bereich Geriatrie gilt abweichend das Strukturqualitätskriterium Nr.141 des Kataloges „Bewertungskriterien der Strukturqualität ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen im QS-Reha®-Verfahren“, Stand vom 21.09.2017: Der/die ärztliche Leiter/in oder sein(e)/ihr(e) Stellvertreter/in 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.

³⁹ Im Bereich Geriatrie wird ab dem 4. Zyklus die Prozessqualität mit einem Gewichtungsfaktor von 27% (bisher 50%) in der Gesamtbewertung der Struktur- und Prozessqualität berücksichtigt. Für die Ergebnisqualität gilt ein relativer Schwellenwert von 29%.

⁴⁰ Dies ist dann der Fall, wenn eine Unterdimension der Ergebnisqualität und eine Unterdimension der Patientenzufriedenheit unterdurchschnittlich erfüllt sind, nicht jedoch, wenn zwei Unterdimensionen der Ergebnisqualität oder zwei Unterdimensionen der Patientenzufriedenheit unterdurchschnittlich erfüllt sind.

Diese Auswahlalgorithmen für die Qualitätsdialoge werden auf der Grundlage der Evaluation der durchgeführten Qualitätsdialoge vom Gemeinsamen Ausschuss regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Zusätzlich zu ihrer Funktion als auslösende Kriterien für einen Qualitätsdialog im Falle ihrer Nichterfüllung werden die dialogrelevanten Kriterien auch als Basiskriterien in die Berechnung des prozentualen Erfüllungsgrades der Struktur- und Prozessqualität (vgl. Kapitel 4.1.1) einbezogen.

Die beteiligten Vertragsparteien für den Qualitätsdialog sind die in § 111 Abs. 2 SGB V bzw. die in § 111a Abs. 1 Satz 2 i.V. m. § 111 Abs. 2 und die in § 111c Abs. 1 SGB V genannten Vertragsparteien eines Versicherungsvertrages. Dies sind auf Seite der GKV die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auf Leistungserbringerseite die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen.

Die Auswertungsstelle ermittelt die Fachabteilungen, die nach den aufgeführten Auswahlalgorithmen auffällige Qualitätsergebnisse haben und teilt diese dem GKV-Spitzenverband mit. Dieser leitet die Liste der Einrichtungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weiter. Diese übertragen den Qualitätsdialog auf einen Landesverband der Krankenkassen, eine Landesvertretung der Ersatzkassen oder eine dazu gebildete Arbeitsgemeinschaft. Dazu können sie bereits bestehende Strukturen auf Landesebene nutzen.

6.2 Ablauf des Qualitätsdialogs

6.2.1 Anlass für den Qualitätsdialog

Im **Qualitätsdialog** erörtern die Vertragsparteien eines Versicherungsvertrages **auffällige Ergebnisse** des QS-Reha®-Verfahrens. Der Dialog zielt auf die **Verbesserung der Qualität** der Einrichtung. Anlass für den Dialog sind daher Qualitätsdefizite, also erhebliche Abweichungen der Qualitätsdaten einer Einrichtung bzw. Fachabteilung einer Einrichtung, die durch das QS-Reha®-Verfahren abgebildet werden. Diese können sowohl auf Abweichungen in den Qualitätsdimensionen der Struktur- und Prozessqualität, als auch der Ergebnisqualität oder der Patientenzufriedenheit zurückzuführen sein.

Mit dem 4. Zyklus (2021-2023) wurden die sogenannten „**dialogrelevanten Kriterien**“ (DK) in die Strukturhebung aufgenommen. Auffälligkeiten in mind. einem von diesen **Leitungs- oder Notfallrelevanten Punkten** führen zu einem sofortigen Handlungsbedarf. Insofern werden die Informationen zu fehlenden DK schon nach den Visitationen von der unabhängigen Auswertungsstelle über den GKV-Spitzenverband an die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen auf Landesebene weitergeleitet, die sofort einen Qualitätsdialog initiieren.

6.2.2 Beginn des Qualitätsdialogs

Ein Qualitätsdialog kann seit dem 5. Zyklus **zu zwei Zeitpunkten** im Verfahren geführt werden: Wie bisher initiiert die GKV den Qualitätsdialog, wenn beiden Vertragsparteien ein aktueller Ergebnisbericht Teil II vorliegt. Werden in der Strukturhebung Auffälligkeiten in den DK detektiert, wird der Qualitätsdialog bereits nach dem Vorliegen der Ergebnisberichte Teil I nach Visitation initiiert. Die federführende Vertragspartei auf GKV-Seite

teilt der Einrichtung nach Eingang des Ergebnisberichts in einem Schreiben mit, dass sie mit der Einrichtung auffällige Qualitätsdaten erörtern möchte. Das **Schreiben** benennt die auffälligen Parameter in den relevanten Qualitätsdimensionen bzw. Unterdimensionen konkret und setzt der Einrichtung eine **Frist zur Stellungnahme** (in der Regel 4 Wochen).

6.2.3 Stellungnahme der Einrichtung

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

6.2.4 Weitere Erörterung

Der **weitere Dialog** kann mündlich und/oder schriftlich fortgeführt werden. Sofern eine der Parteien einen mündlichen Dialog wünscht, sollte dieser grundsätzlich in der Einrichtung stattfinden. Die Einrichtungen werden durch ihre Leitung vertreten, die je nach Bedarf ärztliches, pflegerisches, therapeutisches oder weiteres Personal in den Dialog einbezieht.

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

6.2.5 Zielvereinbarung

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

6.2.6 Dokumentation

Die Vertragsparteien dokumentieren sämtliche **Absprachen, Zielvereinbarungen und Nachweise schriftlich**.

Dabei geben die schriftlichen Zielvereinbarungen der Einrichtung einen zeitlichen Rahmen zur Verwirklichung der verabredeten Maßnahmen. Vertretern der Kassen auf Landesebene dient die schriftliche Zielvereinbarung zur Beobachtung und Bewertung der Verbesserungsmaßnahmen der Einrichtung.

6.2.7 Ende des Qualitätsdialoges

Der Dialog endet mit einem **Schreiben der Landesvertretungen der Kassen**. In diesem Schreiben fassen sie die Ergebnisse des Qualitätsdialogs zusammen und bewerten die getroffenen Absprachen bzw. Zielvereinbarungen in Hinblick auf die weitere Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien. Dabei kann festgestellt werden,

- dass die im Ergebnisbericht festgestellten Defizite bereits behoben sind,
- dass der Dialog beendet ist, weil die Einrichtung die in der Zielvereinbarung dokumentierten **Maßnahmen umgesetzt** hat,
- dass der Dialog vorerst beendet ist, weil **langfristige Maßnahmen vereinbart** sind,
- dass die auffälligen Qualitätsdaten auf **Ursachen** beruhen, die die Einrichtung **nicht zu vertreten hat**,
oder
- dass der Dialog beendet ist, weil sich die Vertragsparteien **nicht** auf bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen oder die dafür notwendigen Fristen und Nachweise **verständigen** können. Das Schreiben bezeichnet dann auch die **Konsequenzen für die weitere Belegung der Fachabteilung** durch die GKV (z. B. Indikationsanpassung) und für das Fortbestehen des Versorgungsvertrages.

Die Qualitätsdialoge werden zum Zwecke der Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens evaluiert. Dazu füllt die beteiligte Rehabilitations- oder Vorsorgeeinrichtung und die den Qualitätsdialog durchführende Krankenkasse (bzw. der Landesverband der Krankenkassen) jeweils einen im Gemeinsamen Ausschuss (nach § 137d SGB V) abgestimmten Evaluationsbogen aus und sendet ihn an die unabhängige Auswertungsstelle zurück. Die Auswertungsstelle wertet die Evaluationsbögen aus und erstellt einen Auswertungsbericht für den Gemeinsamen Ausschuss.

7 Interne Berichterstattung

Die Auswertungsstelle legt den Vereinbarungspartnern nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V einmal jährlich einen **Jahresbericht** über die in dem jeweiligen Erhebungsjahr vorliegenden QS-Ergebnisse der teilnehmenden Fachabteilungen in den Einrichtungen vor. Die Jahresberichte können nur über Jahre berichten, in denen Erhebungen stattgefunden haben. Die Auswertungsstelle gibt in diesem Zusammenhang einen Überblick über den aktuellen Stand des Verfahrens, insbesondere über die Anzahl der im Berichtsjahr teilnehmenden Fachabteilungen bzw. Einrichtungen in den einzelnen Indikationen mit Blick auf die festgelegten Erhebungszeiträume.

Der Jahresbericht enthält außerdem

- einen **Vergleich der teilnehmenden Fachabteilungen** einer Indikationsgruppe (z. B. Kardiologie) in Bezug auf deren Ergebnisse in einer Qualitätsdimension (z. B. Strukturqualität), um Aussagen zur Verteilung der Ergebnisse zu ermöglichen
- einen **Vergleich des durchschnittlichen Ergebnisses einer Qualitätsdimension** aller teilnehmenden Fachabteilungen einer Indikationsgruppe mit den durchschnittlichen Ergebnissen in derselben Qualitätsdimension von anderen Indikationsgruppen (z. B. Beschreibung der Unterschiede in der Strukturqualität von kardiologischen und orthopädischen Fachabteilungen)

Die Auswertungsstelle hat außerdem nach Ablauf jedes Zyklus einen **Gesamtbericht** über die QS-Ergebnisse des jeweiligen Zyklus vorzulegen. Dieser enthält mindestens die im Jahresbericht genannten Ergebnisse. Darüber hinaus ist soweit möglich eine vergleichende Bewertung des aktuellen mit vorhergehenden Zyklen vorzunehmen.

8 Glossar

Item, Skala, Qualitätsunterdimensionen, Qualitätsdimension

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

Einrichtungen

Unter **Einrichtungen** werden in diesem Methodenhandbuch Rehabilitations- und Vorsorge-Einrichtungen verstanden, die am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen. Die fachabteilungsspezifischen Ergebnisberichte enthalten fachabteilungsspezifische Vergleiche der teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich der untersuchten Qualitätsdimensionen sowie deren Qualitätsunterdimensionen bzw. Skalen.

Konfundierende Variable

Unter konfundierenden Variablen (engl.: Confoundern) werden hier Patienteneigenschaften verstanden, die von den Einrichtungen nicht zu beeinflussen sind, die aber Auswirkungen auf die Ergebnisse der Behandlung

haben. Diese Variablen dienen im QS-Reha®-Verfahren zur statistischen Adjustierung mittels einer sog. Risikoadjustierung, d.h. aus den Behandlungsergebnissen werden deren Einflüsse „herausgerechnet“ (siehe Kapitel 4.5).

Dichotomisierung

Umwandlung der verschiedenen Antwortstufen eines Items in zwei Antwortalternativen (hier: „erfüllt“ / „nicht erfüllt“) indem festgelegt wird, ob es sich eher um eine positive Ausprägung (im Sinne der Erfüllung des Kriteriums) oder eine negative Ausprägung (im Sinne der Nicht-Erfüllung des Kriteriums) handelt.

Mittelwert

Der Mittelwert ist der Durchschnitt mehrerer Ergebnisse, zum Beispiel der von allen Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen.

Patientenbezogene Risikofaktoren

Patientenbezogene Risikofaktoren sind Eigenschaften und Merkmale von Patientinnen und Patienten, die die Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit beeinflussen und die von den Einrichtungen nicht beeinflusst werden können, wie z. B. das Alter und das Geschlecht der Patientinnen und Patienten oder ihr allgemeiner Gesundheitszustand zu Behandlungsbeginn. Diese werden bei der Risikoadjustierung berücksichtigt.

Perzentil der Einrichtungsergebnisse (z. B. 25 %-Perzentil, 75 %-Perzentil)

Für das x %-Perzentil der Einrichtungsergebnisse gilt, dass x % der Einrichtungsergebnisse kleiner oder gleich dem x %-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25 % der Einrichtungen in der 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 Einrichtungen einer bestimmten Gruppe ausfallen (z. B. die oberen/besten 25 % der Einrichtungen).

Interquartilsbereich

Der Interquartilsbereich bezeichnet den Ergebnisbereich, in den die mittleren 50 % der Einrichtungen mit ihren Ergebnissen fallen. Es sind die Ergebnisse zwischen dem 25 % Perzentil (Hundertstelwert) und dem 75 % Perzentil (Hundertstelwert). Dieser Wert vermittelt einen Eindruck darüber, wie die Ergebnisse der Einrichtungen, die in den mittleren 50 % der Ergebnisse liegen, ausfallen.

Risikoadjustierung

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

Bei der Risikoadjustierung werden die für die Fachabteilung aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektives zu erwarteten Werte ($E = \text{expected/erwartet}$) von den tatsächlich beobachteten Ergebnissen ($O = \text{observed/beobachtet}$) subtrahiert ($O - E$). Werte kleiner Null bedeuten, dass das beobachtete Ergebnis schlechter ist als erwartet und umgekehrt.

Signifikanz

Unterschiede zwischen Messgrößen werden als signifikant bewertet, wenn sie statistisch betrachtet überzufällig sind. Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall zustande gekommen sind, liegt unter einer zuvor festgelegten Schwelle. Im QS-Reha®-Verfahren wird mit einem Signifikanzniveau von 5 % gerechnet.

Standardabweichung

Die Standardabweichung ist ein Maß zur Beschreibung der Verteilung einer Anzahl von Messwerten um den gemeinsamen arithmetischen Mittelwert. Die Standardabweichung 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.

9 Übersicht der im QS-Reha®-Verfahren eingesetzten Instrumente

- **Einrichtungsbögen** (Onlinebefragung, Versionen je Indikation)
 - Einrichtungsbogen für Dermatologie stationär (Stand 01.02.2024)
 - Einrichtungsbogen für Gastroenterologie, Stoffwechselerkrankungen und Nephrologie stationär (Stand 01.02.2024)
 - Einrichtungsbogen für Geriatrie stationär und ambulant (Stand 01.02.2024)
 - Einrichtungsbogen für Kardiologie stationär und ambulant (Stand 01.02.2024)
 - Einrichtungsbogen für Kinder- und Jugendrehabilitation (Stand 09.04.2024)
 - Administrative Angaben im Rahmen der Registrierung (Stand 09.04.2024)
 - Einrichtungsbogen für Muskuloskeletale Erkrankungen stationär und ambulant (Stand 01.02.2024)
 - Einrichtungsbogen für Mutter-/Vater-Kind (Stand 01.02.2024)
 - Administrative Angaben im Rahmen der Registrierung (Stand 28.02.2024)
 - Modul gastroenterologische Erkrankungen/Stoffwechselerkrankungen/ endokrinologische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
 - Modul kardiologische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
 - Modul kinder- und interaktionsspezifische Strukturmerkmale (Stand 01.02.2024)

- Modul muskuloskeletale/ orthopädische/ rheumatologische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
- Modul pneumologische/ dermatologische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
- Modul psychosomatische/ psychische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
- Einrichtungsbogen für Neurologie stationär (Stand 01.02.2024)
- Einrichtungsbogen für Onkologie stationär (Stand 01.02.2024)
- Einrichtungsbogen für Pneumologie stationär (Stand 01.02.2024)
- Einrichtungsbogen für Psychosomatik und psychische Erkrankungen (Stand 01.02.2024)
- **Behandlerbogen** (Onlinebefragung, zum Teil mit indikationsspezifischem Anhang):
 - Behandlerbogen für Dermatologie stationär (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Gastroenterologie/ Nephrologie/Stoffwechselerkrankungen stationär (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Geriatrie stationär und ambulant (Stand 21.02.2024)
 - Rehazielkategorien (RZK) (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Kardiologie stationär und ambulant (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Kinder- und Jugendrehabilitation: nur Teilnahme wird dokumentiert (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Muskuloskeletale Erkrankungen stationär und ambulant (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Mutter-/Vater-Kind
 - für Mutter/Vater (Stand 21.02.2024)
 - für medizinisch behandlungsbedürftiges Kind (Stand 21.02.2024)
 - für medizinisch behandlungsbedürftigen Jugendlichen (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Neurologie stationär (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Onkologie stationär (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Pneumologie stationär (Stand 21.02.2024)
 - Behandlerbogen für Psychische / psychosomatische Erkrankungen stationär (Stand 21.05.2021)
- **Drop-Out-Behandlerbogen (Onlinebefragung):** Nicht teilnehmende Patientinnen und Patienten
 - Drop-Out-Behandlerbogen für Geriatrie stationär und ambulant (Stand 21.02.2024)
 - Drop-Out-Behandlerbogen für Kinder- und Jugendrehabilitation: nur Grund für Nicht-Teilnahme wird dokumentiert (Stand 21.02.2024)
 - Drop-Out-Behandlerbogen für Mutter-/Vater-Kind Bereich (nur-Eltern) (Stand 21.02.2024)
 - Drop-Out-Behandlerbogen für Psychische / psychosomatische Erkrankungen stationär (Stand 21.05.2021)

- Drop-Out-Behandlerbogen für Somatik (ambulant und stationär). Identisch für Dermatologie, Gastroenterologie/ Nephrologie/Stoffwechselerkrankungen, Kardiologie, Muskuloskeletale Erkrankungen, Onkologie, Pneumologie und Neurologie (Stand 21.02.2024)

▪ **Patientenbögen** (Papierfragebögen, individuelle Patientenfragebögen für die Geriatrie)

- Patientenbogen Reha-Beginn Geriatrie (ambulant und stationär) (Stand 22.12.2023)
- Bezugspersonenbogen Reha-Beginn Geriatrie (ambulant und stationär) (Stand 22.12.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung Geriatrie ambulant (Stand 22.12.2023)
- Bezugspersonenbogen Nachbefragung Geriatrie ambulant (Stand 22.12.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung für Kinder bis 11 Jahre für den Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung für Jugendliche ab 12 Jahren für den Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn für Mütter und Väter für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung für Mütter und Väter für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (30.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder bis 11 Jahre für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder bis 11 Jahre für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder ab 12 Jahren für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung für medizinisch behandlungsbedürftige Kinder ab 12 Jahren für den Mutter-/Vater-Kind Bereich (Stand 30.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn Neurologie (Stand 28.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung Neurologie (Stand 28.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn Psychische / psychosomatische Erkrankungen (Stand 28.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung Psychische / psychosomatische Erkrankungen (Stand 28.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn somatische Indikationsbereiche stationär. Identisch für Dermatologie, Gastroenterologie/ Nephrologie/ Stoffwechselerkrankungen, Kardiologie, Muskuloskeletale Erkrankungen, Onkologie und Pneumologie (Stand 27.11.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung somatische Indikationsbereiche stationär. Identisch für Dermatologie, Gastroenterologie/ Nephrologie/ Stoffwechselerkrankungen, Kardiologie, Muskuloskeletale Erkrankungen, Onkologie und Pneumologie (Stand 27.11.2023)
- Patientenbogen Reha-Beginn somatische Indikationsbereiche ambulant. Identisch für Kardiologie und Muskuloskeletale Erkrankungen (Stand 23.10.2023)
- Patientenbogen Nachbefragung somatische Indikationsbereiche ambulant. Identisch für Kardiologie und Muskuloskeletale Erkrankungen (Stand 28.11.2023)

Literaturverzeichnis

- Andreas, S., Harfst, T., Dirmaier, J., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H., 2007. A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the feasibility and reliability of clinician- performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology* 40: 116–125.
- Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H., 2010. The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinicianrating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 19: 50-62.
- Birkner, N., Kwietniewski, L., 2018. Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit für stationäre und ambulante Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation: Abschlussbericht des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit. Düsseldorf.
- Bührlen-Armstrong, B., Jager, U. de, Schochat, T., Jäckel, W. H., 1998. Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen: Einfluss von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Messzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. *Die Rehabilitation* 37 Suppl 1: 38-46.
- Collani, G. von, Herzberg, P. Y., 2003. Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 24 (1): 3–7.
- Deutsche Rentenversicherung, 2017. Rehabilitandenbefragung: Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation.
- Farin, E., 2005. Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. *Die Rehabilitation* 44 (3): 157–164.
- Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W. H., Follert, P., Klein, K., Glattacker, M., 2003. „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 8 (3): 191–204.
- Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., Jäckel, W. H., 2004. Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 98 (8): 655–662.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., 1975. "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research* 12 (3): 189–198.
- Frey, C., Bührlen, B., Gerdes, N., Jäckel, W. H., 2007. Handbuch zum IRES-3. Indikatoren des Reha-Status, Version 3 mit IRES-24 (Kurzversion). Regensburg: Roderer.

- Gerdes, N., Funke, U.-N., Schüwer, U., Themann, P., Pfeiffer, G., Meffert, C., 2012. „Selbstständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)“: Entwicklung und Validierung eines neuen Assessment-Instruments. *Rehabilitation* 51: 289–299.
- Henrich, G., Herschbach, P., 2000. Questions on Life Satisfaction (FLZM) - A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life. *European Journal of Psychological Assessment* 16 (3): 150–159.
- Johnston, C., Mash, E. J., 1989. A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology* 18 (2): 167–175.
- Klein, K., Farin, E., Jäckel, W. H., Blatt, O., Schliehe, F., 2004. Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Die Rehabilitation* 43 (2): 100–108.
- Knoll, N., Rieckmann, N., Schwarzer, R., 2005. Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality* (19): 229–247.
- Lienert, G. A., Raatz, U., 1998. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S., Herzog, W., 2002. PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten: Manual Komplettversion und Kurzform.
- Mahoney, F., Barthel, D., 1965. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland state medical journal* 14: 61–65.
- Meixner, K., Glattacker, M., Engel, E. M., Gerdes, N., Jäckel, W. H., 2003. Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Belastungen durch Haus- und Familienarbeit (Bel-HF). In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation im Gesundheitssystem, 77–79. Frankfurt am Main.
- Miller, Y., 2001. Erziehung von Kindern im Kindergartenalter: Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugung von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen. Dissertation. Braunschweig.
- Mor, V., Laliberte, L., Morris, J., Wiemann, M., 1984. The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer* 53 (9): 2002–2007.
- Musekamp, G., Lukaszczik, M., Gerlich, C., Saupe-Heide, M., Löbmann, R., Vogel, H., Neuderth, S., 2014. Der "ideale Behandlungsprozess": Erprobung eines neuen Ansatzes zur Prüfung der Prozessqualität in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)* 76 (12): 827–835.
- Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H., 2009. Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55: 162–179.

- Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, U., Schulz, H., 2007. "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)": psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 17: 133–140.
- Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A., Petras, H., 1997. Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation* 36: XXXI–XLII.
- Schmidt, J., Lamprecht, F., Wittmann, W. W., 1989. Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie medizinische Psychologie* 39: 248–255.
- Schulz, H., 2008. Erfassung der Lebensqualität. In: Leupoldt, A. von, Ritz, T. *Verhaltensmedizin: Psychobiologie, Psychopathologie und klinische Anwendung*, 136–149. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulz, H., Harfst, T., Andreas, S., Kowski, S., Koch, U., Rabung, S., 2009. Zusammenhang zwischen Patienten und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Rehabilitation* 48: 270–276.
- Schulz, U., Schwarzer, R., 2003. Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica* 49 (2): 73–82.