



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Gute Praxis in der sozialen Sicherheit

Gute Praxis umgesetzt ab: 2017

Vergleichende Qualitätsanalyse von Reha-Einrichtungen durch einen Sozialversicherungsträger: ein externes Qualitätssicherungsverfahren im Rahmen der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation nach muskuloskelettalen Verletzungen

Eine Praxis der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Deutschland

Erscheinungsjahr: 2019

www.issa.int

Zusammenfassung

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), ein Mitglied der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) entwickelte ein Verfahren zur „Vergleichenden Qualitätsanalyse“ (VQA), das der externen Qualitätssicherung von Reha-Einrichtungen auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation dient. Es zeichnet sich durch einen multi-perspektivischen longitudinalen Ansatz aus: Die Analysegrundlage bilden objektive und subjektive Daten, die im Reha-Verlauf von allen am Reha-Verfahren beteiligten Akteuren – Rehabilitanden, Reha-Einrichtungen und Case-Managern – gewonnen werden.

Das Verfahren wurde im September 2017 flächendeckend zur externen Evaluation von komplextherapeutischen Rehabilitationsleistungen bei muskuloskelettalen Verletzungen implementiert. Es umfasst Ergebnis- und Prozesskriterien, die mit Checklisten und international etablierten Assessments erhoben werden und als Indikatoren für klinikbezogene Qualitätsvergleiche dienen. Ziel der VQA ist es, über die Analyse der Prozesse und der Outcomes den Ist-Stand rehabilitationsmedizinischer Arbeit aufzuzeigen, mit Hilfe von Analysekrterien die Qualität der Therapieumsetzung zu bewerten und nachhaltige Impulse zur Weiterentwicklung zu setzen. VQA unterstützt das Zusammenwirken von Rehabilitanden, Reha-Einrichtungen und Case-Managern. Die an VQA teilnehmenden Reha-Einrichtungen erhalten eine Standortstimmung und können die Ergebnisse für ihr internes Qualitätsmanagement nutzen. Die fortlaufenden Analysen sollen einen fairen einrichtungsbezogenen Vergleich der Rehabilitationsergebnisse ermöglichen.

Frage oder Herausforderung

Auf welche Frage oder Herausforderung geht Ihre gute Praxis ein? Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung.

Von der VBG werden Versicherte mit überwiegend schweren muskuloskelettalen Verletzungen in spezielle Reha-Einrichtungen gesteuert. Mit VQA soll die Qualität der in solchen Einrichtungen erbrachten Rehabilitationsleistungen systematisch erfasst und routinemäßig dokumentiert werden. Die dabei größte Herausforderung bestand in der Sicherstellung eines fairen Einrichtungsvergleichs, da die Versicherten – je nach Verletzungsart und Verletzungsschwere – unterschiedlich auf die Einrichtungen verteilt werden.

Bewältigung der Herausforderung

Welches waren die Hauptziele des Plans oder der Strategie zur Bewältigung der Frage oder Herausforderung? Zählen Sie die Hauptelemente des Plans oder der Strategie auf und beschreiben Sie sie kurz, indem sie besonders auf innovative Ansätze und erwartete oder beabsichtigte Auswirkungen eingehen.

Um einen solchen fairen Vergleich zwischen verschiedenen Reha-Einrichtungen zu gewährleisten wurden folgende Hauptziele verfolgt:

- Um die erbrachten Rehabilitationsleistungen abbilden zu können, werden im Längsschnitt erfasste Daten benötigt, da nur diese es erlauben, die Veränderungen im Reha-Verlauf und für die Zeit danach (Follow-up) abzuschätzen. Die Grundlage für VQA sollten daher

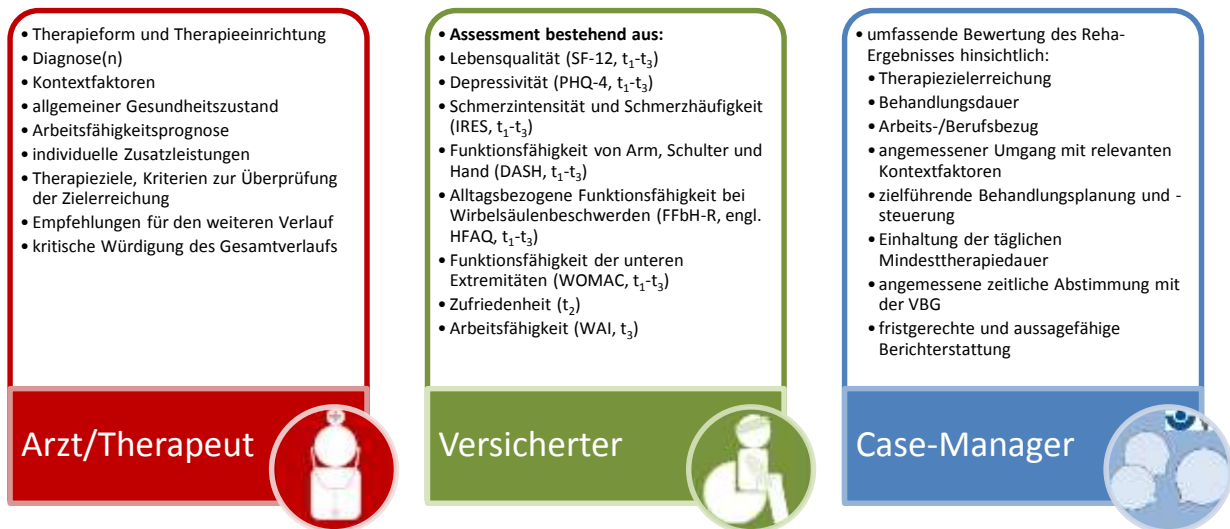
prospektive Daten bilden, die zu Beginn der Reha (t1), bei Reha-Ende (t2) und drei Monate danach (t3) erhoben werden.

- Dem Subjektiven kommt in einem Feld wie der medizinischen Rehabilitation eine ganz besondere Bedeutung zu, beispielsweise bei der Beurteilung von Schmerzqualität, -intensität und -häufigkeit, die einzig und allein von den Betroffenen selbst beurteilt werden können. Überdies ist aus Studien bekannt, dass sich die Sichtweisen von Patienten und Ärzten/Therapeuten durchaus unterscheiden. Vor diesem Hintergrund sollten bei VQA – im Sinne eines Multi-Informant-Ansatzes – alle Beteiligten (Rehabilitand, Case-Manager und Reha-Einrichtung) als Informationsquellen dienen. VQA sollte somit auf subjektiven und objektiven Qualitätsindikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität fußen, die multiperspektivisch, systematisch, standardisiert und kontinuierlich im Reha-Verlauf erhoben werden.
- Da die Versicherten – je nach Art und Schwere ihrer Verletzung – auf die Reha-Einrichtungen verteilt werden, sollten diese anhand der (um Störvariablen wie Alter, Geschlecht, Schwere der Erkrankung usw.) „bereinigten“ Qualitätsindikatoren miteinander verglichen werden.

Schaubild 1 gibt einen Überblick über die in VQA gebündelten Informations- und Datenquellen, die nachfolgend kurz beschrieben sind.

- Ärzte bzw. Therapeuten dokumentieren zu festgelegten Zeitpunkten in einem eigens dafür entwickelten standardisierten Bericht zentrale Prozess- und Ergebnisparameter der Reha-Maßnahme. Diese umfassen:
 - Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand, zu wichtigen beruflichen, sozialen und persönlichen Kontextfaktoren und zur Erwerbsfähigkeitsprognose;
 - zu Beginn der Therapie zwischen Arzt/Therapeut und Patient gemeinsam definierte, lebensnahe, „SMART“ Ziele, welche die in der Lebenswirklichkeit des Patienten bestehenden beruflichen und sozialen Alltagsanforderungen adressieren;
 - Angaben zu den gegenwärtig bestehenden funktionellen Fähigkeiten des Patienten, die mit jenen (oben erwähnten) Alltagsanforderungen abgeglichen werden;
 - Angaben zur Prognose, Empfehlungen über den weiteren Verlauf und eine kritische Würdigung des Gesamtverlaufs.
- Zur Beschreibung des Eingangsstatus und zur Abbildung des Reha-Verlaufs und Reha-Erfolgs werden Versicherte mit international etablierten Assessments bei Reha-Beginn (t1), Reha-Ende (t2) und drei Monate danach (t3) befragt.
- Spätestens zwei Wochen nach Abschluss eines Falls bewertet der zuständige Case-Manager als zentraler Akteur in der Verfahrenssteuerung die Therapiequalität anhand einer 12 Elemente umfassende Checkliste.
- Routinedaten werden als Benchmarking-Variablen zum Klinikvergleich, als statistisch zu kontrollierende Störvariablen (im Sinne eines Confounders) und als Hilfsvariablen (z.B. zur Berechnung eines Datums) herangezogen.

Schaubild 1. Multi-perspektivische Datenerhebung im Rehabilitationsverlauf: Assessments und Messzeitpunkte



Schlussendlich sollte VQA nicht nur der externen Qualitätssicherung dienen:

- Die Ergebnisse der VQA sollen in einem jährlichen Bericht den teilnehmenden Einrichtungen für ihr hausinternes Qualitätsmanagement zur Verfügung gestellt werden. In dem Bericht sollen die erfassten Qualitätsindikatoren im Vergleich zu anderen Reha-Einrichtungen rückgemeldet werden. Dies soll den Einrichtungen einerseits eine Standortbestimmung (im Sinne eines Benchmarkings), andererseits die Identifizierung von Handlungsfeldern und Verbesserungspotenzialen des klinikeigenen Qualitätsmanagements ermöglichen. VQA kann und will damit einen qualitätsfördernden Wettbewerb anstoßen.
- VQA soll überdies die Grundlage für ein jährlich stattfindendes gegenseitiges Feedbackgespräch bilden, an dem beide Seiten – Reha-Einrichtung und VBG – in einem kollegialen Dialog überprüfen, ob und wie die Qualität verbessert werden kann. Ziel einer solchen *Fallreview* ist die kontinuierliche Verbesserung der ganzheitlichen, patientenorientierten und nachhaltigen rehabilitativen Versorgung.
- Perspektivisch soll VQA auch der Versorgungssteuerung dienen.

Zu erreichende Ziele

Welches waren die quantitativen und/oder qualitativen Ziele oder die wichtigsten Leistungsindikatoren, die für den Plan oder die Strategie festgelegt wurden? Bitte beschreiben Sie kurz.

Im Zuge der Konzeptentwicklung sollten Daten, Erhebungsroutinen, Verfahren und Instrumente identifiziert und beschrieben werden, die in der Lage sind, die Qualität der ambulanten und

stationären Reha-Einrichtungen (im Sinne vergleichender Qualitätsanalysen) erfassen und routinemäßig dokumentieren zu können. Von besonderer Bedeutung waren dabei:

- die Identifizierung von geeigneten Assessments im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes;
- die Klärung der Umsetzbarkeit innerhalb der Verfahrensabläufe der Reha-Einrichtungen wie auch der VBG, da Qualitätssicherung umso leichter in der Versorgungspraxis gelingt, je geringer der damit verbundene Zusatzaufwand ist (Steigerung der Akzeptanz);
- die Bereitstellung eines Instrumentes, welches das Zusammenwirken aller Beteiligten anhand gemeinsam definierter Reha-Ziele fördert und somit eine kontinuierliche Patientenorientierung sowie eine fortwährende Verlaufs- und Ergebniskontrolle ermöglicht;
- das Schaffen einer Basis für einen strukturierten Dialog, in dem subjektive und objektive Prozess- und Ergebnisindikatoren aus unterschiedlichen Perspektiven – Versicherten, Case-Managern, Ärzten/Therapeuten – erfasst und zusammengeführt werden;
- die Bereitstellung eines Qualitätsberichts, der eine Verortung der eigenen Behandlungsqualität (fallbezogene Rehabilitationsarbeit, Dokumentationsgüte usw.) und damit das Erkennen eigener Stärken und Handlungsbedarfe ermöglicht.

Auswertung der Ergebnisse

Gab es eine Auswertung der guten Praxis? Bitte liefern Sie Informationen über die Auswirkungen und Ergebnisse der guten Praxis, indem Sie die Ziele mit der aktuellen Leistungsfähigkeit sowie Indikatoren davor und danach vergleichen und/ oder andere Arten von Statistiken erstellen oder Messungen vornehmen.

Die hier berichteten Ergebnisse basieren auf der ersten Zwischenauswertung. Bis November 2018 beteiligten sich an VQA 74 Einrichtungen, die n=2142 Versichertenfälle meldeten. Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse für die fortlaufende Patientenbefragung berichtet.

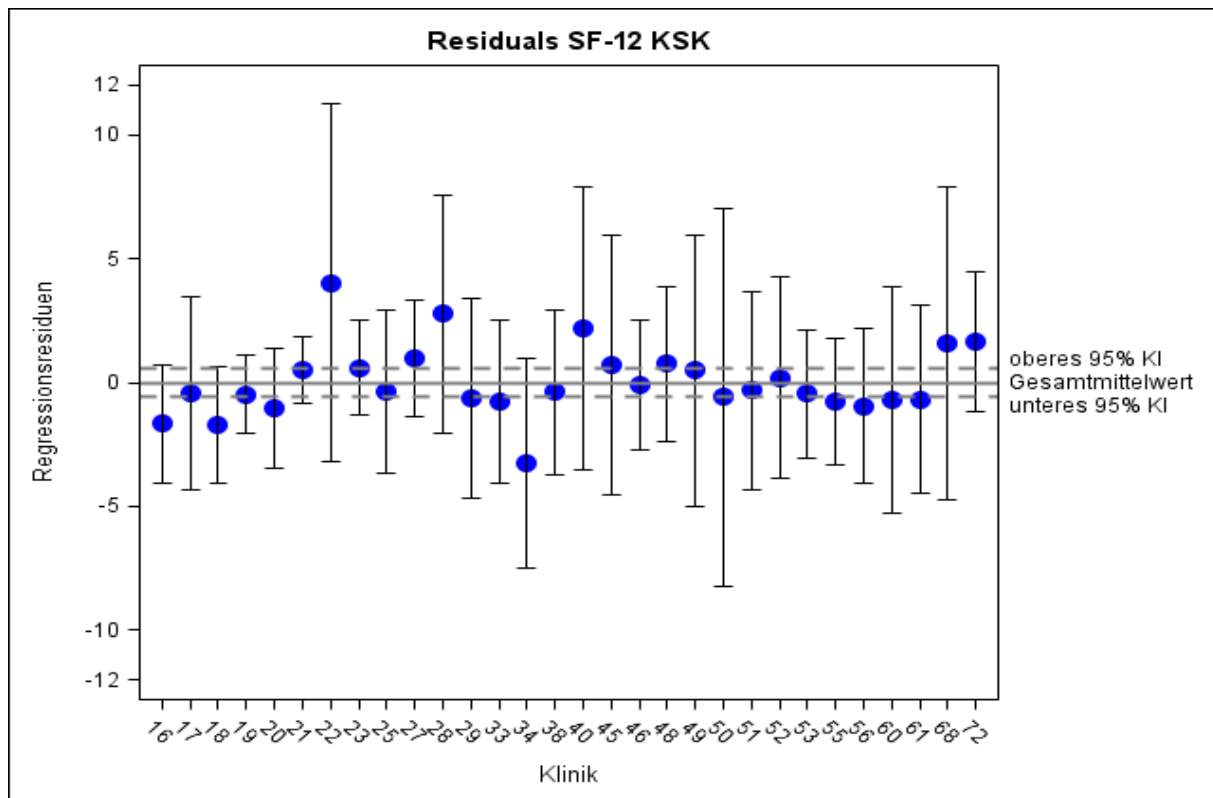
In die Analysen gingen nur die Fälle aus den 30 Einrichtungen ein, die mindestens n=10 Fälle beisteuerten. Tabelle 1 gibt die soziodemografischen Charakteristika der in diesen Einrichtungen eingeschlossenen n=1 342 Fälle wieder. Etwa zwei Drittel der Versicherten sind Männer; das mittlere Alter beträgt 46,8 Jahre (vgl. Tabelle 1).

In die Mehrebenen-Analyse (Multilevel Model (MLM)), in der neben der Patienten- (Level 1) auch die Klinikebene (Level 2) berücksichtigt wird, gingen die Daten von n=635 Fällen ein, für die zum Auswertungszeitpunkt mindestens die Fragebögen bei Reha-Beginn (t1) und bei Reha-Ende (t2) vorlagen. Schaubild 2 gibt die Residuen des zu t2 vorhergesagten körperlichen Summenwertes des SF-12 (KSK SF-12) wieder. Als Prädiktoren wurden die Baseline-Werte (t1) des KSK SF-12 und des PHQ-4, das Alter und das Geschlecht herangezogen. Dabei zeigte sich, dass etwa sieben Prozent der Varianz in den Daten durch die Klinikebene erklärt und damit auf Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen zurückgeführt werden kann.

Tabelle 1. Soziodemographische Charakteristika der Patientenbefragung: Anzahl, mittleres Alter und Anteil der männlichen Befragungsteilnehmer nach Reha-Einrichtung (n=30 Einrichtungen, n=1 342 Fälle).

Klinik	N	Alter MW (STD)	Mann (in %)
16	45	43,2 (14,2)	77,8
17	71	50,8 (10,9)	76,1
18	27	44,7 (13)	81,5
19	83	50,0 (10,1)	60,2
20	73	47,7 (12,3)	64,4
21	206	46,5 (12,2)	61,2
22	24	48,2 (10,4)	62,5
23	196	44,8 (13,3)	62,8
25	52	46,6 (12,2)	73,1
27	54	41,3 (15,6)	59,3
28	28	44,3 (14,4)	50,0
29	13	56,1 (12,1)	61,5
33	39	55,7 (13,9)	66,7
34	23	43,3 (13,1)	78,3
38	28	45,3 (10,6)	64,3
40	27	42,3 (13,2)	77,8
45	15	40,5 (13,9)	53,3
46	47	48,0 (12,6)	70,2
48	29	42,7 (14,1)	96,6
49	26	51,9 (8,6)	53,9
50	11	41,1 (13,8)	63,6
51	11	44,5 (13,2)	72,7
52	30	38,9 (14,3)	73,3
53	29	47,3 (13)	75,9
55	56	48,4 (12,6)	66,1
56	25	52,7 (12,6)	72,0
60	19	41,9 (11,1)	36,8
61	24	52,8 (12,3)	66,7
68	14	50,4 (11,7)	50,0
72	17	51,9 (13,5)	41,2

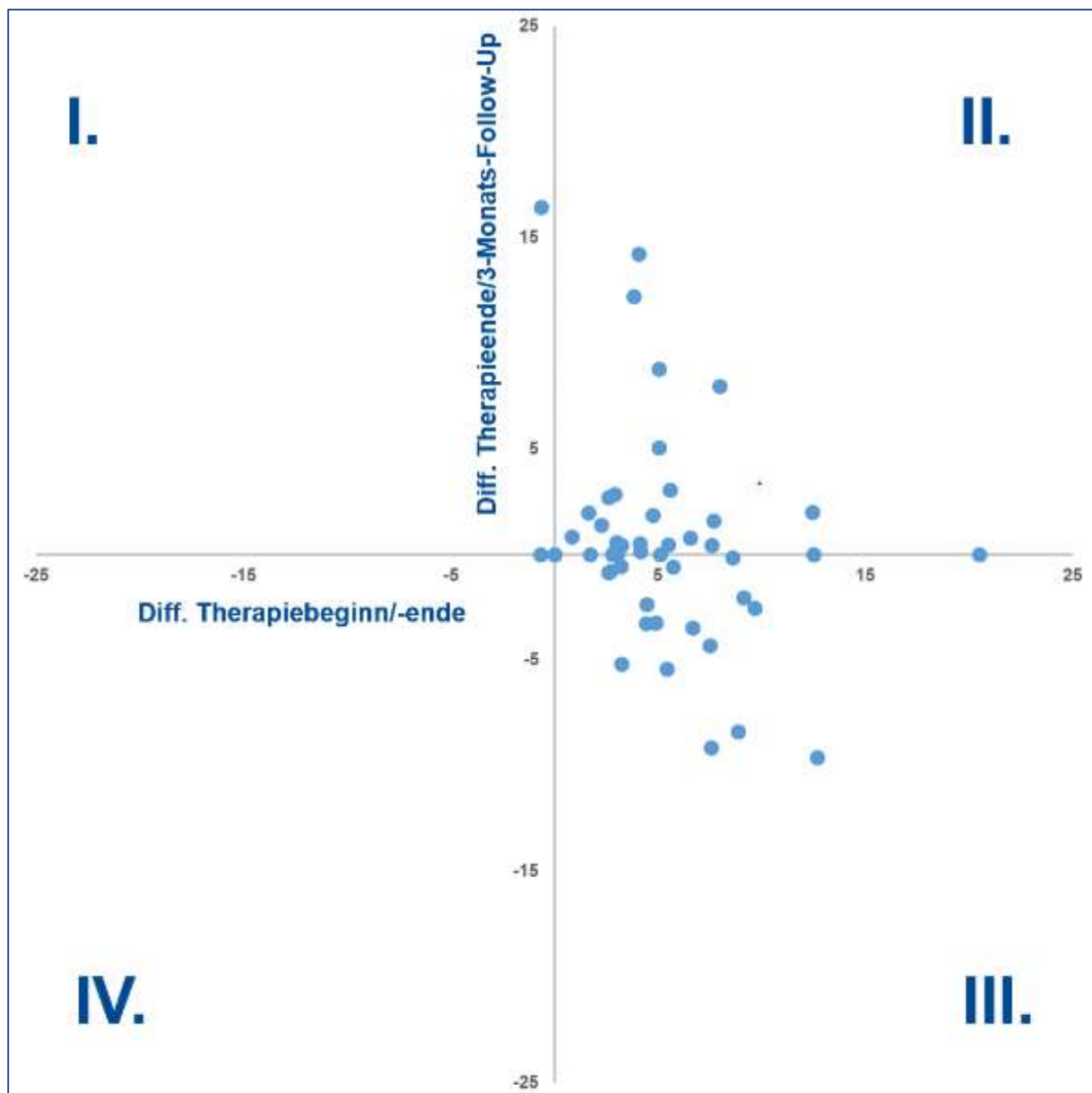
Schaubild 2. Ergebnisse der Mehrebenen-Analyse (n=30 Einrichtungen, n=635 Fälle). Kriterium: KSK SF-12 (t2), Prädiktoren: KSK SF-12 (t1), PHQ-4 (t1), Alter, Geschlecht.



Legende: Positive Residuen geben an, dass in der Reha-Einrichtung bessere Werte erzielt wurden als unter Berücksichtigung der einbezogenen Prädiktoren zu erwarten war. Negative Residuen geben an, dass die Reha-Einrichtung schlechtere Werte als erwartet erzielte.

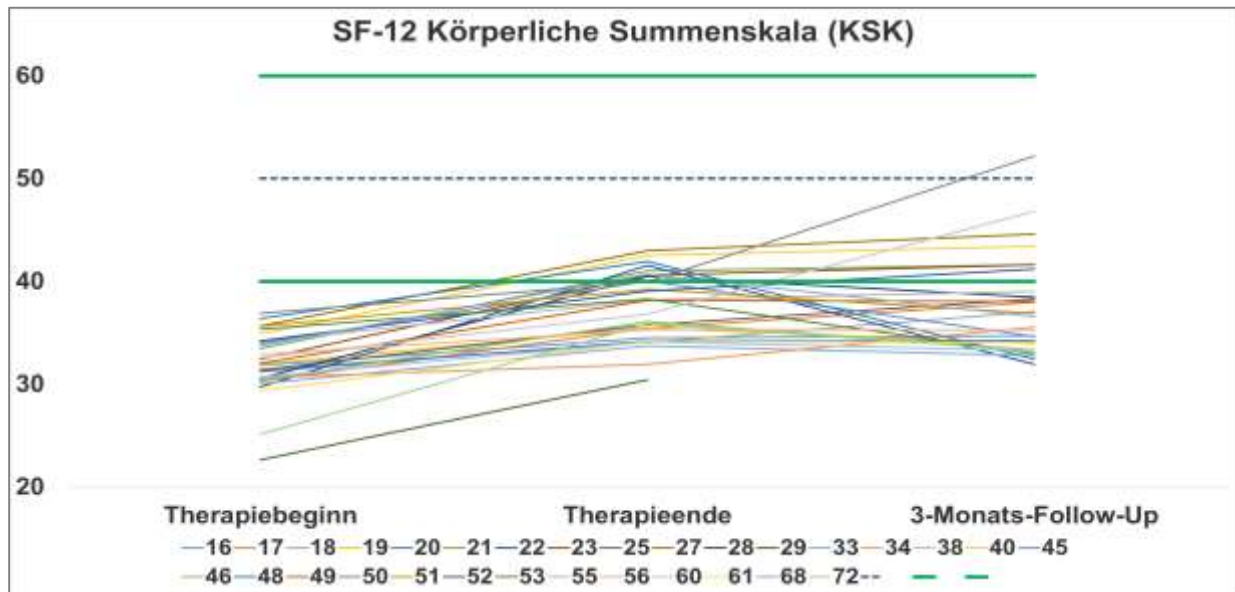
Die Analysen der Reha-Einrichtungen, von denen Patientenfragebögen zu allen drei Messzeitpunkten (t1, t2 und t3) vorlagen, zeigen, dass sich die meisten Patienten kontinuierlich über den Reha-Verlauf und damit sowohl von t1 zu t2 als auch von t2 zu t3 verbessert haben (Schaubild 3 und 4): Schaubild 3 gibt in vier Quadranten jeweils den Mittelwert der Differenzen der körperlichen Summenskala des SF-12 zwischen den Messzeitpunkten aller Patientenurteile wieder. Aus dieser wird ersichtlich, dass sich fast alle Patienten bis zum Reha-Ende verbessern. Am größten erweist sich die Gruppe jener Patienten, die auch noch in der 3-Monats-Katamnese (t3) eine Verbesserung und damit eine Verstetigung der erzielten Reha-Erfolge zeigte (II. Quadrant). Die sich dabei ergebenden Einrichtungsunterschiede in der Nachhaltigkeit der Reha-Erfolge werden in Schaubild 4 veranschaulicht.

Schaubild 3. Mittelwert der Differenzen zwischen den Messzeitpunkten aller Patientenurteile zur KSK SF-12 (n=30 Reha-Einrichtungen).



Legende: I. Quadrant: -/+ Verschlechterung von t1 nach t2 aber Verbesserung von t2 nach t3; II. Quadrant: +/+ Verbesserung von t1 nach t2 und von t2 nach t3; III. Quadrant: +/- Verbesserung von t1 nach t2 aber Verschlechterung von t2 nach t3; IV. Quadrant: -/- Verschlechterung von t1 nach t2 und von t2 nach t3.

Schaubild 4. *Einrichtungbezogene Mittelwerte der körperlichen Summenskala des SF-12 (n=30 Reha-Einrichtungen (mit Farbcode versehene Zahl)) nach Messzeitpunkt*



Lehren aus der guten Praxis

Nennen Sie bis zu drei Faktoren, die Ihnen nach den Erfahrungen der Organisation unerlässlich scheinen, um diese gute Praxis zu replizieren. Benennen Sie bis zu drei Risiken, die bei der Umsetzung dieser guten Praxis existierten/ existieren könnten. Bitte beschreiben Sie kurz die Faktoren und/oder Risiken.

Faktoren, die die Replizierbarkeit und den Erfolg von VQA sicherstellen sollen:

- Die Praxistauglichkeit von VQA wurde im Rahmen einer zweijährigen Felderprobung getestet, um die Reha-Einrichtungen von Anfang an bei der Überführung in die Praxis (z.B. Machbarkeitsüberprüfung und Identifizierung von Fallstricken) einzubeziehen. Im Rahmen der Felderprobung wurden in mehreren parallelen Workshops gemeinsam Verbesserungspotenziale identifiziert und *good-practice*-Strategien ausgetauscht und erarbeitet.
- Für die Herstellung einer gemeinsamen Verständnisbasis wurde eine einheitliche Sprache (z.B. durch Glossare, in denen die mit den Checklisten zu beurteilenden Indikatoren (Items) erläutert werden) etabliert. Sich bei der Umsetzung von VQA ergebende Fragen können direkt mit der VBG geklärt werden.

Risiken bei der Umsetzung von VQA bestehen in:

- der Definition und der Auswahl ungeeigneter Benchmarking-Variablen, so dass einrichtungsvergleichende Analysen nicht sinnvoll durchgeführt werden können, und
- dem Übersehen von Confoundern auf Einrichtungs- und/oder Patientenebene, die das Therapieergebnis und damit die klinikvergleichende Auswertung der Patientenbefragung beeinflussen können.