

### **Zum Zusammenhang zwischen internem Qualitätsmanagement und Reha-Outcome – Konsequenzen der Reha-QM-Outcome Studie**

*Toepler, E. (1), Kaiser, U. (2), Kaluscha, R. (3), Martin, H. (4), Müller, G. (5), Renzland, J. (6), Kriz, D. (7), Schmidt, J. (7), Nübling, R. (7)*

(1) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef, (2) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz, (3) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau, (4) Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Karlsruhe, (5) Schlossklinik Bad Buchau, (6) Zentrum für Prävention und Rehabilitation Bad Rappenau, (7) GfQG, Karlsruhe

#### **Hintergrund**

In der Ergebnisdarstellung der Reha-QM-Outcome Studie der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit konnte gezeigt werden, dass Kliniken eines Verbundes, die ein gemeinsames, auf aktivem Benchmarking und Von-Einander-Lernen gegründetes Qualitätsmanagement (Basis QMS Reha®) anwenden, ein Jahr nach der Reha etwas bessere Ergebnisse in relevanten Outcome-Parametern (u. a. subjektiver Reha-Nutzen, geleistete Rentenversicherungsbeiträge) erzielen als der Durchschnitt der Kliniken (Toepler et al., 2015).

Der vorliegende Beitrag stellt die verbundinterne Analyse der Studienergebnisse dar und geht der Frage nach, welche QM-Elemente einen positiven Einfluss auf die Outcome-Parameter ausüben.

#### **Methodik**

Die Datenbasis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit. Die Studie beinhaltet eine Befragung von 4161 Patienten aus 21 Kliniken 1 Jahr nach der Reha, Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) sowie Qualitätskennzahlen der Einrichtungen aus einem verbundinternen Kennzahlensystem (Nübling et al., 2015).

Diese Daten wurden zunächst nach Outcome-Parametern gegliedert und in indikationsbezogenen Ranglisten klinikvergleichend aufbereitet und dargestellt. In einem zweiten Schritt wurden die Daten in klinikübergreifend zusammengesetzten Runden besprochen. Anlässlich eines zweitägigen Workshops haben sich Vertreter der Kliniken in 5 Runden (Geschäftsführer, Ärzte, Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB), Pflegekräfte und Therapieleiter) mit den Ergebnissen auseinandergesetzt. Es wurden vor allem mögliche Ursachen für die festgestellten Qualitätsunterschiede diskutiert und offene Fragen festgehalten. Die Runde der QMBs bekam daraufhin den Auftrag Best-practice-Verfahren in den Kliniken zu identifizieren und Vorschläge für ein systematisches Von-einander-Lernen zu entwickeln.

Die QMBs haben dann in einem eigenen Arbeitsschritt die Freitextantworten der Patientenbefragung klinikbezogen ausgewertet. Diese wurden nach relevanten Lob- und Kritikbereichen geclustert. Für jede Klinik wurde ein sog. Lobfaktor ermittelt, welcher wiederum klinikvergleichend dargestellt und diskutiert wurde. Darüber hinaus wurde untersucht, ob und wie sich die internen Verbesserungsprojekte von Kliniken mit hohem Outcome unterscheiden. Für einige Qualitätsunterschiede wurden Erklärungsmöglichkeiten als Hypothesen formuliert. In einem weiteren Schritt fanden 29 sog. Perlentaucher-Audits in allen Verbundkliniken statt. In diesen Audits wurden die Hypothesen überprüft und insbesondere in Kliniken mit deutlich überdurchschnittlichen Outcome-Ergebnissen gezielt nach Einflussfaktoren für positive Patientenbeurteilungen gesucht.

In einem zweiten Workshop werden die Ergebnisse dargestellt und in den oben genannten Runden besprochen.

### Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in der Tabelle abgebildet. Es ist gelungen 5 Bereiche mit positivem Einfluss auf den Outcome zu identifizieren, für die in den Audits deutliche Belege erhoben wurden. Im Bereich der negativen Einflussfaktoren konnten drei Bereiche abgegrenzt werden.

Positiver Einfluss	Negativer Einfluss
(1) Einbeziehung aller Mitarbeitergruppen in das interne Qualitätsmanagement.	(1) Aufwändiges Prozessmanagement mit hohem Formalisierungsgrad
(2) Einbeziehung der Patienten in die Formulierung der Rehaziele und Therapieplanung	(2) Schwächen bei der internen Kommunikation
(3) Hohe Patientenorientierung (hohe Weiterempfehlungsrate)	(3) Schwächen bei dem internen Beschwerdemanagement
(4) Ausgeprägte Innovationsorientierung (Umfang der internen Verbesserungsprojekte)	
(5) Systematische Weiterbildung aller Mitarbeitergruppen zu QM-Themen	

Tab.: Einflussfaktoren des internen Qualitätsmanagements auf den Reha-Outcome

### Folgerungen

Outcomeorientierte, klinikübergreifende Qualitätsvergleiche sind sehr geeignet, interne Verbesserungsprozesse zu initiieren. Durch die Konzentration auf Einflussfaktoren, die in einem direkten Zusammenhang mit patientenberichteten und beitragsrelevanten Outcome-Faktoren stehen, verspricht das Vorgehen ein hohes Maß an Effektivität. Voraussetzung ist ein offenes und gleichberechtigtes Benchmarking, zu dem die Bereitschaft gehört innerhalb der Vergleichsgruppe Schwächen zu offenbaren und Stärken weiterzugeben. Deutlich wird die Bedeutung einer klinikübergreifenden Koordination des so verstandenen Qualitätsmanagements.

### Literatur

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G. et al. (2015). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation. 27, 77–94.

Toepler, E., Kaluscha, R., Nübling, R. et al. (2015). Effekte internen Qualitätsmanagements – Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbunds Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. DRV-Schriften, Band 107, S.130–133.

## **Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus nach Rehabilitation: Neue Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg**

*Kaluscha, R. (1), Nübling, R. (2), Krischak, G. (1), Kriz, D. (2), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M. (6), Schmidt, J. (2), Kaiser, U. (7), Toepler, E. (8)*

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe, (4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Reha-Zentren der DRV BW, Bad Bocklet, (7) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz, (8) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

### **Hintergrund**

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In der „Reha-QM-Outcome-Studie“ wurden sowohl mittels Patientenfragebogen Angaben zum subjektiven Nutzen der Behandlung als auch mittels Routinedaten der Rentenversicherung Angaben zum Erwerbsstatus erhoben, so dass eine Gegenüberstellung beider Zieldimensionen erfolgen kann.

### **Methodik**

Basis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbunds Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg (Nübling et al., 2015a, 2015b). Die Studie umfasst Selbstangaben der Patienten aus einer schriftlichen Nachbefragung ein Jahr nach der Rehabilitation sowie Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD 2013) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Für 2.042 Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter lagen die notwendigen Fragebogenangaben und Daten zum Erwerbsstatus bis zwei Jahre nach Rehabilitation vor. Mittels multivariater Regressionsmodelle (SAS 9.3, Proc GLM) wurde der Einfluss des subjektiven Reha-Nutzens auf gewichtete Beitragsmonate, Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie das daraus erzielte Einkommen jeweils in den Jahren 1 und 2 nach Rehabilitation bewertet. Adjustiert wurde für Alter, Hauptindikation (ICD-Kapitel C, E, F, G und M), Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha, Aufforderung durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) den erinnerten Gesundheitszustand vor Reha, Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren sowie die jeweilige Zielgröße 1 und 2 Jahre vor Rehabilitation. Weitere potentielle Confounder wie z. B. das Geschlecht oder ambulante vs. stationäre Durchführung der Maßnahme wurden geprüft; erlangten aber im Regressionsmodell keinen signifikanten Einfluss.

# 25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

## Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

### Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

#### Wissenschaftliche Leitung

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Dr. Hans-Günter **Haaf**,  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**,  
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

#### Programmkomitee

Prof. Dr. H. H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C. P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W. F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Dr. D. **Girbig** (Stuttgart), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. A. **Günthner** (Speyer), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow/Berlin), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Völler** (Potsdam), Prof. Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

#### Kongresskomitee

Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation)  
Stefanie **Märting**, Daniela **Sewöster** (Wissenschaft)  
Deutsche Rentenversicherung Bund

Holger **Hallmann**, Detlef **Koch**, Georg **Lammersen**,  
Christian **Terhardt**, Ulrich **Theißen** (Organisation)  
Deutsche Rentenversicherung Rheinland