

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

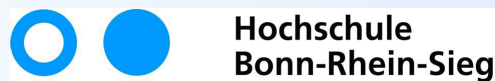
Forschungsverbund



Qualitätsverbund Gesundheit - gemeinsam für die beste Reha
(J. Renzland, PD Dr. G. Müller)



Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg
(H. Martin)



Hochschule Bonn-Rhein-Sieg (Prof. Dr. E. Toepler, Projektleitung)



Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm
(Dr. R. Kaluscha)



Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation an der Universität Mainz (Dr. U. Kaiser, stv. Projektleitung)



Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
(Dr. R. Nübling, Dr. J. Schmidt und Dr. D. Kriz)



Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
Sozialversicherung

Prof. Dr. Edwin Toepler

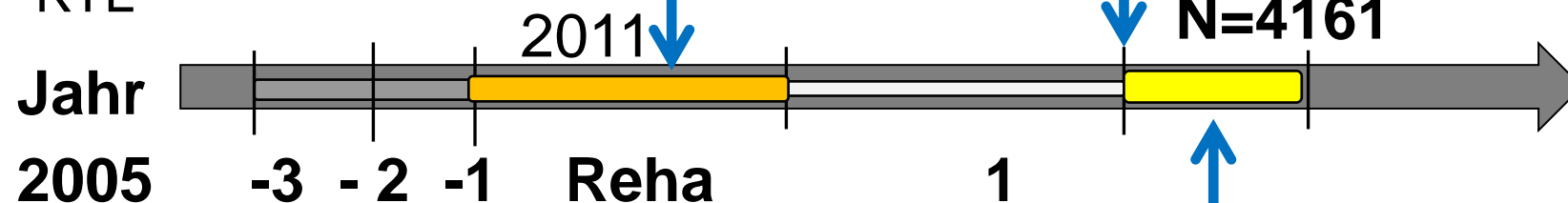
Hintergrund: Reha-QM-Outcomestudie

QS und QM Daten aus 21 Kliniken

28 Qualitätsindikatoren, u.a.
Patientenzufriedenheit,
Mitarbeiterzufriedenheit,
Beschwerden,
Peer Review Ergebnis,
KTL

Patient Reportet Outcomes

> 70 Items, u.a.
gesundheitliches Befinden
Zufriedenheit/Nutzen
Risikofaktoren
Return to Work, Teilhabe



Vergleichsgruppe: alle
Reha-Maßnahmen der
DRV Baden-Württemberg
2005 bis 2012

Return to Work Outcome

Beitragsdaten der DRV
Beschäftigungstage,
Sv-pflichtiges Einkommen



Ausgangsfrage: Wie lassen sich diese Unterschiede erklären?

Ergebnis: Gemessen an den im Jahr nach der Reha geleisteten Beiträgen verbessern die Reha-Kliniken insgesamt ihr Ergebnis. Die Einrichtungen des Qualitätsverbund verbessern sich etwas stärker.

| Entgelt im Jahr nach Reha | Einrichtungen Qualitätsverbund | | Restliche Einrichtungen |
|---------------------------|--------------------------------|-----------|-------------------------|
| 2005 | 13783 € p < 0,0001 | p 1 | 13806 € p < 0,0001 |
| 2011 | 15923 € | p 0,00328 | 15600 € |

Adjustierte „Mittelwerte“ aus Proc GLM, SAS 9.3 mittels LSMEANS

Adjustierung anhand der Merkmale: Alter, Geschlecht, Diagnosen, Staatsangehörigkeit, Entgelthöhe, Arbeitsunfähigkeitszeiten und Anzahl der gewichteten Beschäftigungsmonate im Vorjahr, Berufsgruppe, Maßnahmenart, Aufforderung durch die GKV (§ 51-Fälle).



Antwortversuch aus den QS- und Klinikdaten

Subjektiver Reha-Nutzen korreliert mit SV-pflichtigem Einkommen

| Reha hat geholfen | Adjustierte Entgeltdifferenz |
|---------------------|------------------------------|
| Gar nicht/Geschadet | Vergleichsgruppe |
| Etwas | 3.137 € |
| Ziemlich | 4.177 € |
| Sehr | 5.963 € |

- hohe gemessene Zufriedenheit im Jahr nach Reha
- verbessertes Befinden im Jahr nach Reha
- MBOR Ausrichtung der Klinik
- gutes Ergebnis im Peer-Review-Verfahren
- geringe Beschwerdehäufigkeit
- positive SV-Beitragsdifferenz
- höhere Personaldichte bei Sozialarbeitern

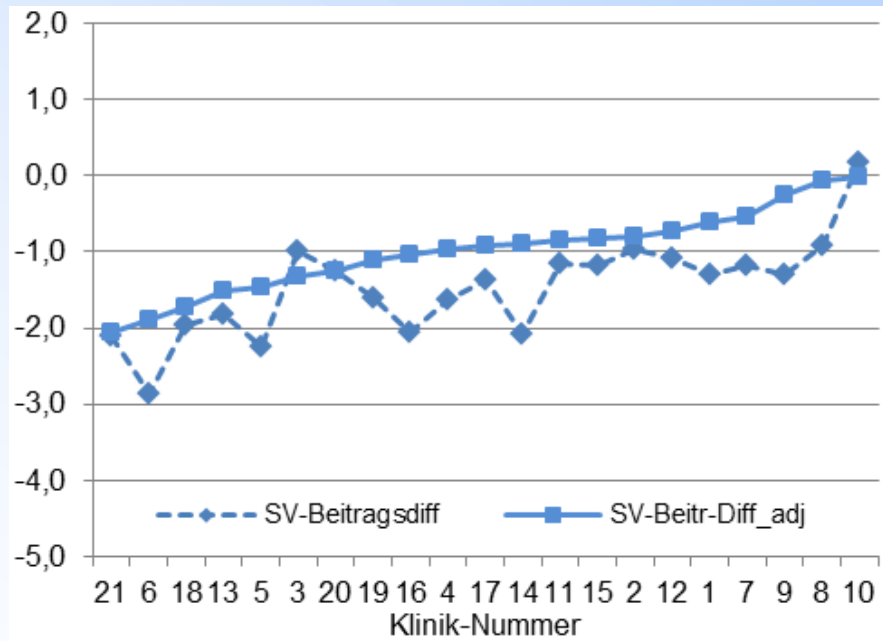
Beitragshöhe nach Reha korreliert mit Beschwerdequote

Beschwerdequote: > 1% verringert die Beschäftigung im Jahr nach Reha um 0,78 Monate

| | Gewichtete Beschäftigungsmonate, Folgejahr (Modell 1) | | Tätigkeitstage, Folgejahr (Modell 2) | | Jahresentgelt, Folgejahr (Modell 3) | |
|-----------------------------|---|--------|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| | Schätzer | P-Wert | Schätzer | P-Wert | Schätzer | P-Wert |
| Klinikmerkmale | | | | | | |
| Beschwerdequote | -0.78 | <.0001 | -22.58 | 0.0004 | -2168.12 | 0.0003 |
| Rehabilitandenzufriedenheit | 0.02 | 0.0169 | 0.54 | 0.0924 | 7.98 | 0.7890 |
| Peer Review, relativ | 0.01 | 0.1814 | 0.02 | 0.8959 | 3.42 | 0.8136 |
| KTL-Menge, relativ | -0.01 | 0.0178 | -0.10 | 0.3860 | -1.54 | 0.8813 |
| KTL-Dauer, relativ | 0.02 | 0.2147 | 0.15 | 0.3640 | 5.866 | 0.7108 |



Ansatzpunkt: deutliche Unterschiede zwischen den Kliniken



Beitragsdifferenz in Beitragsmonaten;
 Klinikvergleich nicht gewichtete und
 adjustierte Werte; Rangfolge gewichtete
 Werte=2.984

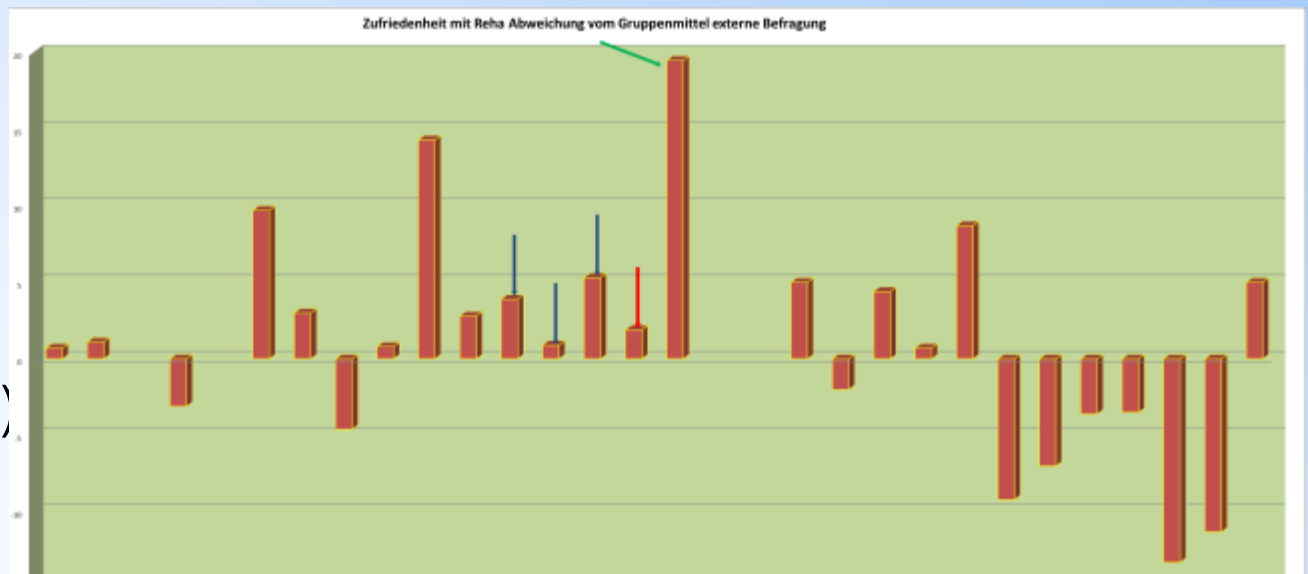


Rehaklinik Bad Boll, Federsee-Klinik und Schloßklinik Bad Buchau, Klinik Falkenburg Bad Herrenalb, Reha-Klinik Am Kurpark Bad Kissingen, Reha-Klinik o.d. Tauber Bad Mergentheim, Rosentrittklinik und Stimmheilzentrum Bad Rappenau, ACURA Sigel-Klinik Bad Schönborn, Reha-Zentrum Therme Bad Waldsee, Hochgebirgsklinik Davos, ACURA Waldklinik Dobel, Reha-Klinik Sonnhalde Donaueschingen, Reha-Klinik Glotterbad, Reha-Klinik Heidelberg-Königstuhl. St. Georg Kliniken Höchenschwand. Reha-Klinik Überrauch Isny, Reha-Klinik Klausenbach Nordrach, Med. Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell, ACURA-Klinik Waldbronn



Vorgehen

- Detaillierte klinikvergleichende Darstellung des Reha-Outcomes
- Diskussion auf Ebene Geschäftsführung, Ärzte, QMBs, Pflege und Therapie und gemischt als als world cafe
- Ermittlung des Lobfaktors in den Freitextantworten der Patientenbefragung (Qualität, Freundlichkeit, Angebot/Menge)
- „Perlentaucher-Audits“ gezielte Fragen nach Ursachen für überdurchschnittliche Bewertung durch klinikübergreifende Auditteams
- Auswertung der Auditberichte in Hinblick auf positive und negative Einflußfaktoren (n=12)
- Auswertung der Qualitätsziele und Verbesserungsprojekte (n=12)



„Perlentaucher“-Audits

- Audit: "Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Nachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um festzustellen, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind". (ISO 9000:2000)
- Verbindliche Checkliste: auf der Grundlage ISO 9001:2008 und QMS-Reha[©] (DRV Bund) ,**gezieltes Suchen nach best practice-Prozessen**
- Fokus auf patientenorientierten Prozessen und Systemprozessen
- 12 Audits im Zeitraum von März bis Juni 2015
- Ausgebildete Auditoren
- Ringaudits (keine gegenseitigen Audits)
- Einheitlich strukturierte Dokumentation
- prozessorientierte Auswertung entsprechend der Outcome-Kategorien

| | | | | |
|--------------|---|--|--|---|
| Bad Waldsee | hohe Strukturqualität, regelmäßig Investitionen | | QM Newsletter und hohe Transparenz der QM-Arbeit | positives Feedback durch DRV Bund bzgl. Abrechnungsdurchführung |
| Federsee | Buchhaltung: sehr gut strukt. u. organisiert | | Küche auf dem neuesten Stand (tech. Ausstattung, Kühltemp.) | Gesundheitsschul. hohe Akzeptanz |
| Bad Rappenau | Datei mit erfassten Patientenangaben im Kliniknetz. Bearbeitung des BSM gut ausgebaut u. gepflegt. 5 Häuser QMB | | Sonderkostformen von Diätass. gekocht und im Restaurant ausgegeben | Regelmäßige Kontrolle Therapiestandards und KTL mit Maßnahmen |
| Sonnenhalde | Anforderungsprofil MBOR der DRV umgesetzt, IMBA/ELM, Ergebnisse EDV-gestützt in GPM dokumentiert | | | |

Ergebnisse

| 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 | |
| (5) Systematische Weiterbildung aller Mitarbeitergruppen zu QM-Themen | |



Diskussion: Hinweise auf Wirkungsketten

| Positiver Einfluss | Wirkung | Outcome-Relevanz |
|--|--|---|
| (1) Einbeziehung aller Mitarbeitergruppen in das interne Qualitätsmanagement. | Hohe Durchdringung der internen Qualitätsstandards, Geringe Beschwerdequote | Bestätigt die Korrelation zwischen QS-Daten und Outcome |
| (2) Einbeziehung der Patienten in die Formulierung der Rehaziele und Therapieplanung | Individualisierte, rehazielerorientierte Therapie | > Verbesserung des gesundheitlichen Befindens |
| (3) Hohe Patientenorientierung (hohe Weiterempfehlungsrate) | Hohe Patientenzufriedenheit | > subjektiver Reha-Nutzen 12 Monate nach Reha |
| (4) Ausgeprägte Innovationsorientierung | u.a. hohe MBOR Orientierung | > Hoher Return to Work |
| (5) Systematische Weiterbildung aller Mitarbeitergruppen zu QM-Themen | Siehe (1) | |



Fazit

- Risikoadjustierte Outcome-Parameter werden als Bestandteil der Belegungssteuerung diskutiert. Neben der Beitrags- und Integrationsquote ist auch der subjektive Reha-Nutzen als Prädiktor für gelingende Selbstbestimmung und Teilhabe ein relevanter Outcome-Parameter
- Es liegen Hinweise darauf vor, daß ein umfassendes Qualitätsmanagement einen positiven Einfluß auf den Erfolg hat. Erste Einflussfaktoren im Bereich der patientenbezogenen und System-Prozesse konnten identifiziert werden. Von einem konzeptionellen Qualitätsmanagementmodell kann noch nicht gesprochen werden.
Rehazielerorientierte Therapieplanung
Beschwerde-management
- Deutlich wird, daß klinikvergleichende Outcome-Messungen einen wesentlichen Impuls für die Qualitätsverbesserung auf Klinikebene darstellen können.
- Chance: Transparente, risikoadjustierte, *belegungsrelevante* Outcomeparameter bergen die Chance zu offenem Benchmarking, Von-Einander-Lernen und Verbesserung des Reha-Outcomes!



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Forschungsverbund Reha-QM-Outcome Studie



Kontakt:

Prof. Dr. Edwin Toepler
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
Fachbereich Sozialversicherung
e-mail: edwin.toepler@h-brs.de
Tel +49 2241/865-166



Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
Sozialversicherung

Prof. Dr. Edwin Toepler