



EBM-Symposium 2004

vom 12. bis 14. Februar 2004 in Lübeck

1

Standards und Leitlinien in der Rehabilitation

„Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation“

Dr. Here Klosterhuis
Abt. Rehabilitation, BfA Berlin

23.2.2004

P:\abl\graf_pp\kl\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Inhalt

2

- Stand der Reha-Qualitätssicherung
- Beispielhafte Ergebnisse
- Defizite in der Reha-Qualitätssicherung
- Reha-Leitlinien und ihre Implementation
- Integration der Reha-Leitlinien in die Reha-Qualitätssicherung

P:\abl\graf_pp\kl\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Stand der Reha-Qualitätssicherung

3

- Für die Reha-Qualitätssicherung wurde ein System von aussagekräftigen Instrumenten und Verfahren entwickelt.
- Eine kontinuierliche, flächendeckende Routinepraxis ist Realität.
- Damit werden den Reha-Einrichtungen regelmäßig wichtige Informationen für die interne Qualitätssicherung gegeben.



„Berichte zur Qualitätssicherung“ I QS-Informationen für die Reha-Einrichtungen

4

A. Klinikbezogene Struktur der Rehabilitanden

Krankheitsbezogene Merkmale (Diagnosen, Arbeits-, Leistungsfähigkeit etc.), weitere wesentliche Rehabilitandenmerkmale (Alter, Erwerbstätigkeit, Rentenantrag etc.)



„Berichte zur Qualitätssicherung“ II QS-Informationen für die Reha-Einrichtungen

5

B. Strukturqualität

Personelle, räumliche Ausstattung;
Qualifikationen; Basis- und Zuweisungs-
kriterien, internes Qualitätsmanagement
der Reha-Einrichtung



„Berichte zur Qualitätssicherung“ III QS-Informationen für die Reha-Einrichtungen

6

C. Prozessqualität

Peer-Review-Verfahren
Therapeutische Versorgung (KTL-Systematik)
Rehabilitandenbefragung, Beschwerden
Kontinuität der Versorgung (Laufzeit der
E-Berichte)
Zügige Aufnahme von Rehabilitanden
(Antrittslaufzeit)



„Berichte zur Qualitätssicherung“ IV QS-Informationen für die Reha-Einrichtungen

7

D. Ergebnisqualität

Subjektives Behandlungsergebnis

E. Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation



„Berichte zur Qualitätssicherung“ V Versand an die Reha-Einrichtungen

8

● Peer Review

versendet: 1997, 1998, 2000, 2001, 2002, 2003

Versand 2002: 321 Reha-Einrichtungen, 6.160 E-Berichte

Peer Schulungen: 2000, 2001, 2002, 2003

(2003: 200 Teilnehmer)

● Rehabilitandenbefragung

versendet: 1999, 2000, 2001, 2002, 2003

Versand 2003: 305 Reha-Einrichtungen, 66.765 Rehabilitanden

● KTL-Dokumentation therapeutischer Leistungen

versendet: 1999, 2000, 2001, 2003

Versand 2003: 752 Reha-Einrichtungen, 414.595 E-Berichte



„Berichte zur Qualitätssicherung“ VI Versand an die Reha-Einrichtungen

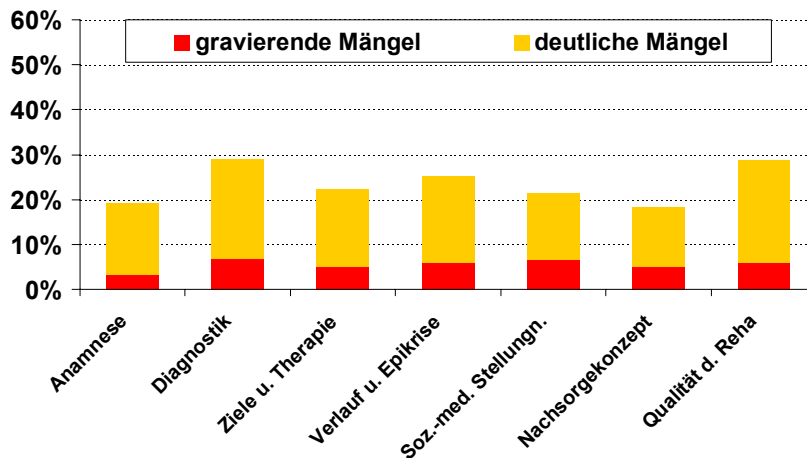
9

- **Laufzeit der ärztlichen Reha-Entlassungsberichte**
versendet: 1999, 2000, 2002, 2003
Versand 2002: 594 Reha-Einrichtungen, 213.137 E-Berichte
- **Rehabilitandenstruktur und Verlauf nach Rehabilitation**
versendet: 1997, 2000, 2002, 2003
Versand 2002: 752 Reha-Einrichtungen, 414.595 E-Berichte



Peer Review - Beurteilung der Entlassungsberichte

10

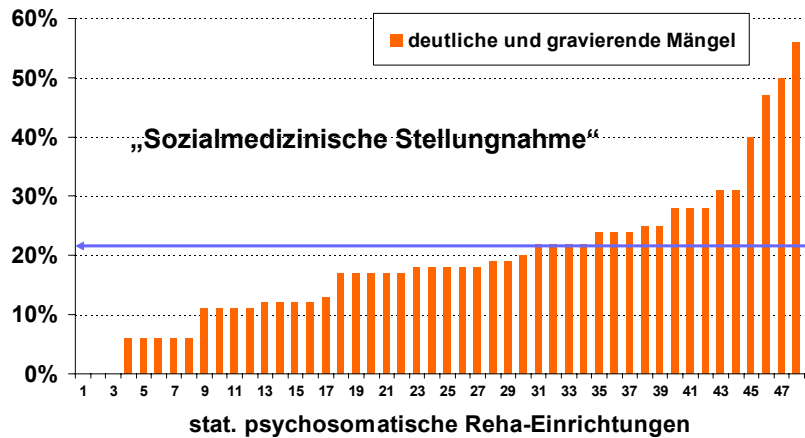




Peer Review –

Wie werden einzelne Reha-Einrichtungen bewertet?

11



P:\abl\graf_ppt\K\EbM_Symposium0204_Klosterhuis

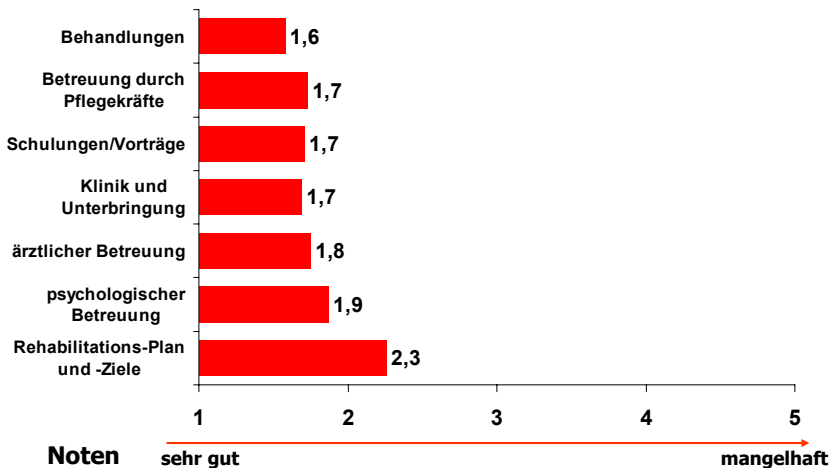
Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Rehabilitandenbefragung – Urteil über Behandlung und Betreuung

12

Zufriedenheit mit ...



P:\abl\graf_ppt\K\EbM_Symposium0204_Klosterhuis

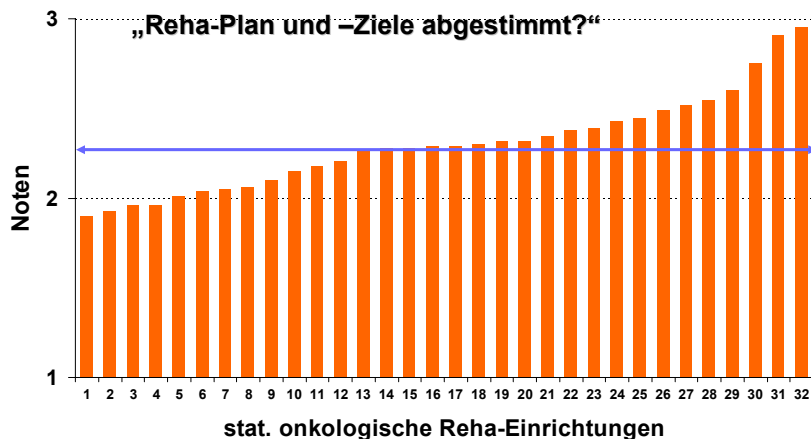
Onkologie n=3.930

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Rehabilitandenbefragung – Wie werden einzelne Reha-Einrichtungen bewertet?

13



P:\abl\graf_ppt\kl\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Stand der Reha-Qualitätssicherung

14

Was wurde gemeinsam erreicht?

- Routinemäßige, kontinuierliche und flächendeckende Durchführung von Qualitätssicherungsaktivitäten
- Regelmäßige QS-Berichterstattung „Berichte zur Qualitätssicherung“
- Wichtige Aspekte der Qualität werden berücksichtigt
- Defizite bestehen vor allem in der Festlegung von Qualitätskriterien: „Was ist gute Qualität“?

P:\abl\graf_ppt\kl\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



15

Ausgangspunkt für die Verbindung von Reha-Leitlinien und Reha-Qualitätssicherung

- In der derzeitigen Reha-Qualitätssicherung fehlen differenzierte, indikationsspezifische Bewertungskriterien für die therapeutische Versorgung.
- Es besteht eine umfassende Dokumentation der während der Rehabilitation erbrachten therapeutischen Leistungen.



16

Leitlinien - Verbesserung der Versorgungspraxis?

- (1) „Es konnte klar gezeigt werden, dass die bloße Erstellung und Publikation einer Leitlinie in der Praxis keinerlei Veränderungen bewirkt.“

Quelle: Empfehlung des Europarats und erläuterndes Memorandum (2001)19

- (2) „Mehrere Studien zur Evaluation der Umsetzung von Empfehlungen von medizinischen Leitlinien, auch in Deutschland (2-4), zeigen, dass der Einfluss von Leitlinien auf die Patientenversorgung derzeit noch sehr gering ist.“

Quelle: Hölzer, S.; Dudeck, J.: Medizinische Leitlinien: Strategien zur Implementation, Deutsches Ärzteblatt 98, (2001), A-665/B-541/C-509



Reha-Leitlinienprogramm

Diagnose: Koronare Herzkrankheit

Reha-Einrichtung: XY – Anzahl der Rehabilitanden: XY

17

Evidenz-basierte Therapiemodule - Kardiologie	ETM 1 Ausdauer- training	ETM 2 Muskel- aufbau- training	ETM 3 Ernäh- rungs- schulung	ETM 4 Moti- vations- förderung	ETM 5 Stress- bewälti- gung und Entspan- nungs- training	ETM 6 Krankheits- manage- ment	ETM 7 Klinische Sozial- arbeit	ETM 8 Nicht- raucher- training
Anteil überhaupt behandelter Reha- bilitanden								
Normativ: Rehabilitanden mit Behandlungsbedarf								
Therapiemenge pro Woche								
Normativ: angemessene Therapie- menge pro Woche								
Anteil von Rehabilitanden mit angemessener Therapiemenge								

P:\abl\graf_ppt\k\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Reha-Leitlinien-Programm

Kardiologie – beispielhafte Anforderungen

18

- Welche Rehabilitanden?
Rehabilitationen mit Erst-Diagnose „Koronare Herzkrankheit“ und einer Maßnahmedauer zwischen 18 und 42 Tagen.
- Welche Reha-Einrichtung?
Mindestens 100 Rehabilitanden pro Jahr.
- Welche Therapie?
mind. 4 mal pro Woche „Ergometertraining mit Monitoring (EKG) bei definierter Belastung“. Insgesamt mind. 80 Min. pro Woche. Anforderung gilt für mind. 80% der Rehabilitanden.

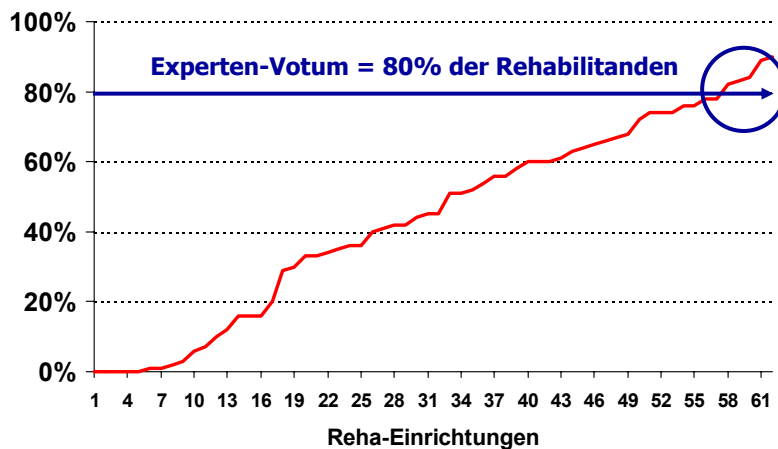
P:\abl\graf_ppt\k\EBM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Anteil von kardiologischen Rehabilitanden mit angemessenem Ausdauertraining

19



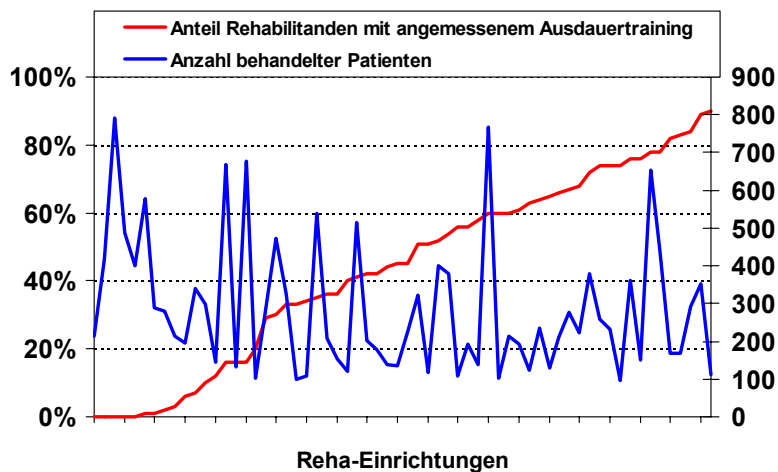
P:\abl\graf_ppt\kl\EbM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Anteil von kardiologischen Rehabilitanden mit angemessenem Ausdauertraining

20



P:\abl\graf_ppt\kl\EbM_Symposium0204_Klosterhuis

Abt. Rehabilitation, Dez. 8012



Reha-Leitlinienprogramm Fragen I

21

- Nur ausgewählte Reha-Indikationen, exemplarisch, selektiv, nicht umfassend, nicht vollständig?
- Statistisches Screening, keine individuelle Prüfung, kein Einzelfall?
- Unvollständig, weil nicht alle Reha-Leistungen berücksichtigt werden (z.B. ärztliche Leistungen)?
- Fiktive oder reale Rehabilitanden?



Reha-Leitlinienprogramm Fragen II

22

- Bezogen auf die Reha-Einrichtung, nicht auf die einzelnen Rehabilitanden?
- Ziel ist Verbesserung der Reha-Versorgungspraxis, keine KTL-„Kosmetik“?
- Was ist mit nicht-ETM-Leistungen? sinnlos? problematisch? schädlich?
- Sanktionen?



Reha-Leitlinienprogramm - Ausblick

23

- Reha-Leitlinienprogramm ist evidenzbasiert, konsensusorientiert, praxisrelevant.
- Es wird zur Verbesserung der rehabilitativen Versorgungspraxis beitragen.
- Es wird zu einer Verringerung der Varianz zwischen der Reha-Einrichtung beitragen.
- Es wird auch der Legitimation der Rehabilitation nutzen.
- Wesentliche Erweiterung der Reha-Qualitätssicherung.



24

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**