

III

Qualitätssicherung

und

Gesundheitsökonomie

Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Jutta Tiefensee und Uwe Koch

1 **Qualität und Qualitätssicherung**

Die Reformdiskussion im Gesundheitswesen führte dazu, daß sich recht plötzlich alle Erbringer medizinischer Leistungen mehr oder weniger im Blickfeld kritischer Betrachtungen wiederfanden. Unter dem Druck knapper werdender Ressourcen verstärkte sich die Forderung nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen sowie nach Belegen der Effizienz. Im Zuge dieser Entwicklungen ruckte auch die stationäre medizinische Rehabilitation zunehmend ins Kritikfeld. Ausgelöst durch diese finanziellen Einschränkungen wurden zunehmend Qualitätsdebatten angestoßen, die einerseits zur Rechtfertigung der Ausgaben dienen und andererseits Entscheidungen über notwendige Einsparungen auf eine rationale Grundlage stellen sollten.

1989 wurden die Forderungen nach Qualitätssicherung - zunächst jedoch lediglich für den Bereich der Krankenversicherung - auch gesetzlich verankert. In §137 Abs. 1-3 SGB V heißt es:

“Die nach §108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach §111 besteht, sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden ...”

Bevor auf die Auswirkungen dieser Veränderungen auf den Bereich der Rehabilitation näher eingegangen wird, sollen zunächst die Begriffe “Qualität” und “Qualitätssicherung” näher eingegrenzt werden.

Gemäß DIN ISO 9004 (Teil 2, S. 9) ist Qualität “die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen”. Van Eimeren (1979) beschreibt Qualität kurz als “das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren bezogen auf die Menge des Gewünschten”. Die National Academy of Science der USA definiert Behandlungsqualität als“. . .

das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß vom Patienten erwünschte auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes" (zitiert nach Lohr & Schröder, 1990, s. 770).

Diese Definitionen verdeutlichen die Mehrdimensionalität des Qualitätskonstrukts. Die Beurteilung von Qualität setzt zunächst die Bestimmung von Zielgrößen voraus. Darauf aufbauend kann dann geprüft werden, ob die Wahl der Mittel zur Erreichung dieser festgelegten Ziele angemessen ist. Der Grad der Zielerreichung gilt dabei als Qualitätsindikator. Als weitere Qualitätsdimension wird die Beachtung des aktuellen Wissens genannt. Zudem wird der Aspekt der Patientenzufriedenheit zunehmend starker gewichtet (vgl. hierzu z.B. Birner, 1995).

Als Grobdifferenzierung qualitätsrelevanter Dimensionen hat sich die Einteilung von Donabedian (1966) weitgehend durchgesetzt. Danach wird zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität unterschieden. Strukturqualität beinhaltet die räumliche, technische und personelle Ausstattung einer Einrichtung, finanzielle Ressourcen, gesetzliche und konzeptionelle Rahmenbedingungen, das heißt die strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung. Prozeßqualität umfaßt unter anderem die Angemessenheit der Leistung, die sachgerechte Durchführung, den Ablauf der Versorgung, die Kontinuität und die Vernetzung im Gesamtsystem. Ergebnisqualität schließlich betrifft den Behandlungserfolg, der sowohl subjektiv aus Patientensicht als auch anhand definierter, meßbarer Kriterien beurteilt werden kann.

Zur Bestimmung des Begriffs Qualitätssicherung sei zunächst wiederum die DIN ISO 9004 (Teil 2, S. 9) bemüht. Hier wird unter Qualitätssicherungssystemen "die Aufbauorganisation, Verantwortlichkeiten, Abläufe, Verfahren und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements" verstanden, wobei Qualitätsmanagement "derjenige Aspekt der Gesamtführungsaufgabe (ist), welcher die Qualitätspolitik festlegt und verwirklicht". Auch nach längerem Nachdenken ist auf der Grundlage dieser Definition nicht unmittelbar eingängig, was Qualitätssicherung nun eigentlich sein soll.

Bezogen auf die drei Qualitätsebenen von Donabedian (1966) soll das Modell der Qualitätssicherung - als allgemeine übergeordnete Zielsetzung im Rahmen kontinuierlicher Prozesse - die Einhaltung beziehungsweise Verbesserung von Standards bezüglich struktureller, prozessuraler und outcomeorientierter Merkmale gewährleisten.

Während traditionelle qualitätssichernde Maßnahmen fast ausschließlich auf der Grundlage externer Kontrollprinzipien die Selektion von "bad apples" zum Ziel hatten (vgl. hierzu Kordy & Lutz, 1995), verschiebt sich der Schwerpunkt neuerdings auf interne Qualitätssicherung, die auf den Prinzipien von Lernmodellen (Rückkopplungsprozesse etc.) beruhen (Schmitz & Kaiser, 1994; Fröhlich et al., 1991).

Qualitätssicherung kann damit zusammenfassend als "dynamisches, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierendes Verfahren zur Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems. . ." beschrieben werden (Selbmann, 1994, S. 20). Dabei wird immer wieder betont, daß dies auf der Grundlage von Methoden geschehen muß, die relativ einfach und ökonomisch in den Routineablauf einer spezifischen Einrichtung integrierbar sind, so daß die medizinische Versorgung nicht darunter leidet (Kaiser & Schmitz, 1994; Selbmann, 1990). Auf diese Weise soll mit möglichst geringem Aufwand möglichst umfassend effektive Unterstützung rationaler Entscheidungsfindung bei klinischen Alltagsfragen gewährleistet werden (vgl. Kordy, 1992).

2 Das 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation

Da zu erwarten war, daß gesetzliche Forderungen im SGB IX auch auf den Bereich der Rentenversicherung ausgedehnt werden wurden (Müller-Fahrnow, 1992), reagierte der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger frühzeitig mit der Einsetzung einer Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (VDR, 1991a, b). Diese Kommission sollte in den Bereichen Recht, Versorgungsstruktur sowie Rehabilitationskonzepte und -praxis zunächst eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchführen und daran anschließend Empfehlungen zur Weiterentwicklung erarbeiten (VDR, 1991a; vgl. hierzu auch Buschmann-Steinhage & Vogel, 1993).

Die Kommission setzte sich im Rahmen des Arbeitsbereiches "Epidemiologie und EDV-Verfahren" bereits mit Fragen der Qualitätssicherung auseinander (VDR, 1991b, Band IV, Teilband 3). Unterstützt wurde diese Kommissionsarbeit durch eine von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in Auftrag gegebene Studie zu den Möglichkeiten der Qualitätssicherung in der deutschen Rentenversicherung, die vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) durchgeführt wurde. Dort wurden die bereits zahlreich vorliegenden Erfahrungen aus den USA gesammelt und bewertet.

Angeregt durch die BfA wurde 1993 vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger bundesweit die Erprobung eines Qualitätssicherungsprogramms beschlossen, das auf den drei Qualitätsdimensionen nach Donabedian und der Idee dynamischer selbstlernender Systeme beruht.

2.1 Das Programm im Überblick

Im folgenden wird das in diesem Zusammenhang entwickelte 5-Punkte-Programm zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung zunächst im Überblick vorgestellt. Eine detailliertere Darstellung einzelner Entwicklungsschritte sowie der bisherigen Umsetzung folgt diesen Ausführungen. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Instrumentenentwicklung gelegt, die einen Schwerpunkt der wissenschaftlichen Begleitung in der ersten Phase darstellte.

Im Rahmen des **Programmpunktes 1** soll die **“Struktur- und Konzeptqualität”** von Einrichtungen abgebildet werden. Sinn dieses Programmpunktes ist es zum einen, eine bundesweite Struktur-Baseline zu erheben, um gegebenenfalls bezüglich dieser Dimensionen bereits erste Problembereiche benennen zu können. Zum anderen soll eine einheitliche Struktur Erfassung dazu dienen, die Rehabilitationseinrichtungen so zu gruppieren, daß Klinikvergleiche, wie sie der Gesetzgeber vorschreibt, sinnvoll möglich werden. Dies bedeutet, daß die erhobenen Strukturdaten zur Einteilung in strukturgleiche und damit vergleichbare Einrichtungen dienen sollen. Ebenso sollen hier erstmals strukturiert qualitätsrelevante arbeitskonzeptionelle Dimensionen erfaßt werden.

Programmpunkt 2 “Patiententherapiepläne” bezieht sich auf Aspekte der Prozeßqualität. Im Rahmen dieses Programmpunktes werden für zuvor zu definierende Behandlungsgruppen “typische” Behandlungspläne erfragt, die unter anderem Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Behandlungsprogramme ermöglichen sollen.

Programmpunkt 3 beinhaltet das **“Qualitätsscreening”**. Auf der Grundlage von Entlaßberichten soll einerseits stichprobenartig die Sachgerechtigkeit der Durchführung therapeutischer Leistungen anhand konkreter Fälle beurteilt werden. Andererseits soll über spezifische standardisierte Abfragen eine Einschätzung des individuellen Zielerreichungsgrades als Kriterium der Ergebnisqualität ermöglicht werden.

Im Rahmen des **Programmpunktes 4** werden **Patienten** bezüglich der Einschätzung ihres Therapieerfolges sowie der Zufriedenheit mit dem Aufenthalt

und der Behandlung **befragt**. Dieser Programmpunkt ist ebenfalls der Dimension der Ergebnisqualität zuzuordnen.

Programmpunkt 5 schließlich fällt aus diesem theoretischen Rahmen von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität und beinhaltet die Arbeit der Qualitätszirkel. Auf der Grundlage eines selbstlernenden Systems sieht das Programm vor, die im Rahmen der Programmpunkte 1 bis 4 ermittelten Qualitätsauffälligkeiten an die Kliniken rückzumelden. Die ständigen Rückmeldungsschleifen sollen den Kliniken als Basis zur Einrichtung von Arbeitsgruppen dienen, die sich Lösungen zur Abhilfe dieser Defizite überlegen. Diese speziellen Arbeitsgruppen sollen sich in sogenannten Qualitätszirkel organisieren.

Abbildung 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Bereiche des Qualitätssicherungsprogramm sowie dessen geplante dynamische Wirkungsweise.

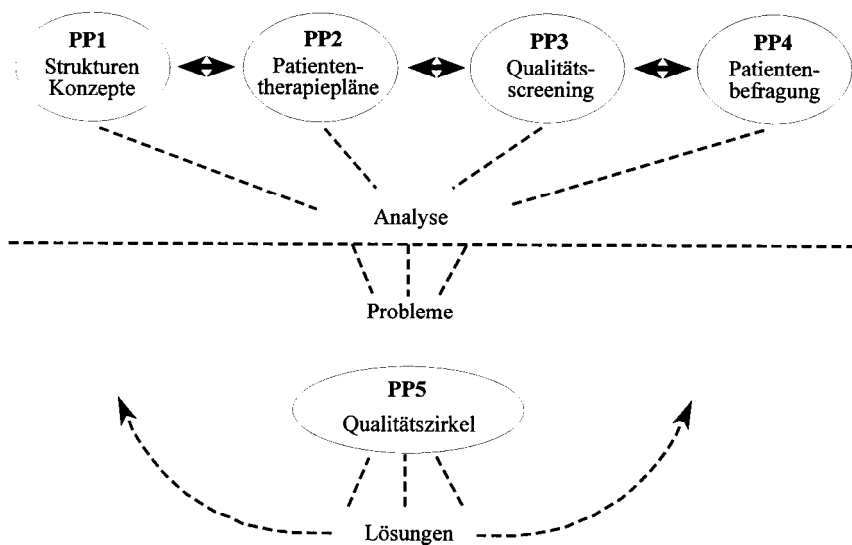


Abbildung 1: Das Qualitätssicherungsprogramm und seine Wirkungsweise im Überblick.

Zusammenfassend sieht damit das Qualitätssicherungsprogramm vier Programmpunkte als Informationslieferanten für eine Schwachstellenanalyse vor. Die in Folge dieser Analysen ausgefilterten Probleme sollen in Qualitätszirkeln bearbeitet und die so gefundenen Lösungen in den Einrichtungen implementiert werden. Dieses Vorgehen hat idealerweise eine Qualitätsverbesserung zur Folge.

2.2 Wissenschaftliche Entwicklungsaufgaben

Im Rahmen der Umsetzung dieses Programms ergeben sich zahlreiche Aufgaben, mit deren Bearbeitung programmpunktbezogen vier verschiedene wissenschaftliche Institute beauftragt wurden. Für das Datenmanagement wurden zudem zwei Datacenter hinzugezogen; deren Aufgabe bestand einerseits in der Einrichtung einer Datenbank und andererseits in der Eingabe der Daten, die in der Erprobungsphase erhoben wurden. Die Datenbank soll für die spätere Routinisierung des Programms ein ökonomisches Datenhandling ermöglichen. Bedingt durch den multizentrischen Charakter des Programms wurde ein übergeordnetes Koordinierungsgremium eingesetzt, das sich aus den Leitern der verschiedenen Rentenversicherungsträger (LVAen, BfA etc.) zusammensetzt.

Für die wissenschaftlichen Institute ergaben sich folgende Aufgaben:

- Die **Instrumentenentwicklung** bildet einen Schwerpunkt wissenschaftlicher Arbeit. Erforderlich waren im hier vorgestellten Qualitätssicherungsprogramm die Neuentwicklung oder Optimierung vorhandener Instrumente zur Dokumentation von Struktur- und Konzeptmerkmalen, von Behandlungsplänen, von Therapiezieldefinitionen und dem Grad der Zielerreichung, zur Beurteilung der Qualität von Entlaßberichten sowie zur Patientenbefragung. Neben den allgemein zu fordernden Gütekriterien wie Reliabilität und Validität kommt im Rahmen der Qualitätssicherung der Einheitlichkeit der Meßinstrumente (um eine Vergleichbarkeit zwischen den Kliniken zu gewährleisten) und der Praktikabilität beziehungsweise Ökonomie (wegen des Einsatzes in der Routine) besondere Bedeutung zu (vgl. hierzu Szecsenyi, 1994; Kordy & Lutz, 1995).
- **Beurteilungsrichtlinien** beziehungsweise **Standards** müssen definiert werden, um Qualitätsdefizite bestimmen zu können. Nach Szecsenyi (1994) ist unter einem Standard eine festgelegte Bezugsgröße zu verstehen, die erreicht werden muß, um eine akzeptable Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Die Aufgabe, für die einzelnen Zielbereiche Mindeststandards zu formulieren, ist perspektivisch auch im Rahmen dieses Programms verankert und soll im wesentlichen mit Hilfe der Sachkompetenz von klinisch erfahrenen Rehabilitationspraktikern geleistet werden. Innerhalb des bisherigen Programms ist dieses Expertenwissen vornehmlich zur Ableitung von Indikatoren und zur Eingrenzung qualitätsrelevanter Bereiche genutzt worden. Zur Erarbeitung von Mindeststandards wie zur Definition von "Golden Standards" sind weitere Arbeitsschritte notwendig.

- Die **Datenanalyse** stellt eine weitere Aufgabe dar. Dabei muß die Ergebnisaufbereitung so gestaltet sein, daß Rückmeldungen an die Einrichtungen einen kontinuierlichen Prozeß der Qualitätsverbesserung fördern können. Die Entwicklung von Auswertungsstrategien und Rückmeldeprozeduren, die diesem Ziel Rechnung tragen, stellt ebenfalls eine wissenschaftliche Aufgabe dar.
- Die **Implementierung** eines umfassenden Qualitätssicherungsprogramms in den Rehabilitationseinrichtungen bewirkt vielfältige Veränderungen im gesamten System, sowohl auf Klinik- als auch auf Trägerebene. Diese Prozesse sollten evaluiert werden, um Schwachstellen des Modells sowie Probleme bei der Umsetzung auf Träger- und Klinikseite beurteilen und beheben zu können.

3 Zum Stand der Entwicklung der einzelnen Programmpunkte

Im folgenden werden die bisherigen Prozesse zur Umsetzung des Programms bezogen auf die einzelnen Programmpunkte spezifiziert.

3.1 Programmpunkt 1: Struktur- und Konzeptmerkmale

3.1.1 Erfassung von Strukturmerkmalen

Strukturmerkmale werden schon seit langem in den Einrichtungen erfaßt, jedoch verwenden die verschiedenen Rentenversicherungsträger zum Teil erheblich unterschiedliche Erhebungsbögen hinsichtlich des Umfangs (4-38 Seiten) und der Strukturierung (vorgegebene Antwortalternativen vs. Klartextantworten). So wurde ein neuer Strukturhebungsbogen entwickelt, der auf den vorhandenen Instrumenten aufbaut und diese vereinheitlichen und optimieren soll. Dieser Entwicklungsprozeß basierte auf zahlreichen Expertendiskussionen.

In dem überarbeiteten “Dokumentationsbogen Strukturmerkmale” werden folgende Dimensionen abgebildet:

- Allgemeine Angaben zur Einrichtung (Indikationsgebiete, Bettenzahlen etc.),
- Hausmerkmale (besondere Ausstattungsmerkmale wie z.B. rollstuhlgerechte Bauweise, Schreibtelefone, Möglichkeit der Unterbringung von Kindern, räumliche Ausstattung etc.),

- Angaben zur personellen Besetzung (Soll-Ist-Stellenpläne, Funktionsschwerpunkte, Qualifikationsmerkmale etc.),
- diagnostische Leistungen,
- therapeutische Leistungen und
- Behandlungsspektrum (häufigste Diagnosen, seltene Diagnosen, mit denen die Einrichtung besondere Erfahrungen hat, Ausschußdiagnosen, mitbehandelbare Erkrankungen).

Von über 900 Rehabilitationseinrichtungen liegen inzwischen die Daten der Strukturerhebung vor. Diese Daten dienen der Beschreibung der Einrichtungen, um eine einheitliche Baseline bezüglich struktureller Merkmale der Rehabilitationskliniken zu erreichen. Damit ist erstmalig eine Beschreibung des Gesamtsystems "stationäre Rehabilitation" - soweit es von den Rentenversicherungen getragen wird - in Hinblick auf Ausstattung, Leistungsangebot und Behandlungsspektrum, differenziert nach Indikationsgruppen, möglich. Hierbei ist allerdings anzumerken, daß die im Rahmen dieser Vollerhebung ermittelten Daten durch die 1996 beschlossenen gravierenden gesundheitspolitischen Einschnitte im Rahmen des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung stellenweise bereits jetzt als historisch zu bewerten sind. Dennoch bieten sie eine gute Grundlage für die unter dem Gesichtspunkt der Strukturqualität zu fordernde Schwachstellenanalyse und für eine expertengestützte Definition von Standards, zum Beispiel bezüglich personeller Mindestausstattung oder Leistungsangebote.

Im Rahmen der Routinisierung dieses Programmpunktes ist ein regelmäßiges (vermutlich jährliches) "Up-Dating" vorgesehen, um Veränderungen der Datenlage zu berücksichtigen.

Ein weiterer Verwendungszweck der Strukturdaten stellt die Definition strukturgleicher Einrichtungen dar, die eine Voraussetzung für die gesetzlich geforderten Klinikvergleiche ist. Überlegungen dazu werden nachfolgend expliziert.

3.1.2 Definition strukturgleicher Einrichtungen

Ein erster Schritt bezüglich dieser Problemstellung war es, bislang angewandte beziehungsweise entwickelte Kategorisierungssysteme auf ihre Tauglichkeit zur Definition strukturgleicher Einheiten zu überprüfen. Als solche Kategorisierungssysteme existieren bis dato das Leistungsstufenmodell sowie die Kliniktypisierung als Weiterentwicklung des Leistungsstufenmodells (VDR, 1994). Bislang wurden Kliniken vor allem zum Zwecke der Zuweisungssteuerung in verschiedene Kategorien eingeteilt. Als Klassifikationssystem für diese Gliederung wurde das Leistungsstufenmodell verwendet, das jedoch den veränderten

Bedingungen in der Rehabilitation (Multimorbidität, Rückgang der Sanatorien, Orientierung des Behandlungsbedarfs an Schweregrad der Erkrankung anstelle der individuellen Therapieziele etc.) nicht ausreichend Rechnung trägt (vgl. hierzu Fuchs, 1994; VDR, 1994). Zwar wurden einige dieser Kritikpunkte in der Kliniktypisierung berücksichtigt, die von der AG Strukturentwicklung des VDR (1994) entwickelt wurde. Ein wesentlicher Aspekt, der die Verwendung beider Einteilungen für die vorliegende Problemstellung unbrauchbar macht, blieb jedoch auch in dieser Weiterentwicklung bestehen. Gemeint ist die Tatsache, daß der Ausstattungsstandard der Einrichtungen herangezogen wurde, um die Einheiten zu definieren. Der Ausstattungsstandard ist - wie einleitend erwähnt - ein qualitätsrelevantes Merkmal aus dem Bereich der Strukturqualität. Gerade hinsichtlich der qualitätsrelevanten Dimensionen sollen die Einrichtungen aber verglichen werden. Bezieht man diese Dimension als Klassifikationskriterium mit ein, entsteht damit eine Konfundierung von Klassifikations- und Prüfkriterium. Diese Überlegungen verdeutlichen, warum bei dieser Problemstellung eine Neuentwicklung notwendig wird.

Als Leitideen für eine neue Einteilung wurden dabei folgenden Grundsätze formuliert:

- Es sollen möglichst qualitätsneutrale Dimensionen berücksichtigt werden.
- Es sollen ausreichend viele Klassifikationsmerkmale zur Sicherung eines "fairen" Vergleichs berücksichtigt werden.

Grundsätzlich kommen als Grundlage einer Kliniktaxonomie institutionsbezogene und patientenbezogene Variablen in Betracht. Letztere charakterisieren die Kliniken zum Beispiel hinsichtlich der Zusammensetzung des behandelten Klientels (Schweregrad der Erkrankung bzw. der erforderlichen Betreuungsintensität, Multimorbidität etc.). Da in diesem Programm bisher noch nicht in ausreichendem Umfang Patientendaten vorliegen, die Klinikstrukturdaten zugeordnet werden konnten, beschränken sich die bisherigen Taxonomievorstellungen auf die institutionsbezogenen Variablen.

Im Rahmen der explorativen Analysen haben sich folgende Strukturmerkmale im oben genannten Sinne als geeignet und praktikabel zur Definition strukturgleicher Einrichtungen erwiesen:

- Hauptindikation,
- Bettenzahl als Indikator für die Klinikgröße,
- Anzahl verschiedener Indikationen als Indikator für die Spezialisierung,
- AHB-Anteil als Indikator für die Betreuungsintensität und
- Anteil an medizinischem Personal pro Behandlungsplatz sowie Anteil an psychosozialen Personal an dem gesamten therapeutischen Personal als Indikator für die therapeutische Gewichtung (biomedizinisch vs. verhaltensmedizinisch).

Clusteranalysen auf Grundlage dieser Variablen führten zu sinnvoll interpretierbaren Einheiten mit einer ausreichenden Zellbesetzung. Die Prüfung der Tauglichkeit dieses Vorschlags zur Gewinnung von Kliniken mit Strukturgleichheit an größeren Stichproben steht bislang noch aus.

3.1.3 Erfassung von Konzeptmerkmalen

Neben der Erfassung von Strukturmerkmalen sollten im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms auch Aspekte der Konzeptqualität erhoben werden. Unter Konzeptmerkmalen werden hier Charakteristika verstanden, die für ein spezifisches Rehabilitations- oder allgemeiner Arbeitsverständnis stehen. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob eine Einrichtung nach einem bestimmten rehabilitativen Paradigma handelt und dies in entsprechenden Arbeitsbereichen auch tatsächlich sichtbar wird. Als Paradigma für die stationäre medizinische Rehabilitation gilt zum Beispiel die Orientierung der Versorgung an einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis. Nach den Ausführungen der Reha-Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung wird dieses Paradigma beispielsweise "durch die Integration der Therapieelemente in der Praxis realisiert" (Bd. III (I), S. 49). Rehabilitation ist damit eine mehrdimensionale Aufgabe, die auch mehrdimensionale Betrachtungen erfordert (Winter, 1995, S. 76). Um zu verhindern, daß die einzelnen Therapieelemente unverbunden nebeneinanderstehen, der Rehabilitationsprozeß tatsächlich also nicht mehr darstellt als die Summe seiner Teile, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Professionen als Voraussetzung für die Realisierung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zu betrachten (VDR, 1991a, b; Winter, 1995). Interdisziplinäre Zusammenarbeit wäre also in diesem Zusammenhang ein Konzeptmerkmal für ein "biopsychosoziales Krankheitsverständnis".

Neben dem Ansatz der Interdisziplinarität gibt es noch weitere Dimensionen, die als Konzeptmerkmale betrachtet werden können. Dies sind zum Beispiel die Nahtlosigkeit der Versorgung, die Integration unterschiedlicher Angebote und die Organisation von Betriebsabläufen. Diese Aspekte sind deshalb qualitätsrelevant und damit im Rahmen eines Qualitätssicherungsprogramms sinnvollerweise zu berücksichtigen, da gerade in diesen Dimensionen ein großes Potential zur Effizienzsteigerung gesehen wird und beispielsweise "mangelnde Team- und Patienteninteraktion ebenso zu schlechten Ergebnissen führt, wie mangelndes Fachwissen" (Winter, 1995). Aus diesem Grunde sollte eine strukturierte Erfassung auch dieser "weichen" Konzeptmerkmale versucht werden, um interne qualitätsverbessernde Diskussionen durch gezielte Rückmeldung anregen zu können.

Das letztlich im QS-Programm entwickelte Instrument beinhaltet folgende Dimensionen:

- **Interne Vernetzung:** berufsgruppenspezifische Besprechungen, berufsgruppenübergreifende Besprechungen, Dokumentation, Interne Qualitätszirkel,
- **Externe Vernetzung:** Kooperation mit anderen Einrichtungen, Externe Qualitätszirkel,
- **Mitarbeiterqualifizierung:** Fortbildungen, Supervision,
- **Patientenaktivierung:** Beteiligung an Therapie(-planung), Freizeitbereich und
- **Therapeutische Schwerpunktsetzung:** Klinikprofil entlang ausgewählter Dimensionen, Stellenwert einzelner therapeutischer Elemente.

Der Dokumentationsbogen “Konzeptmerkmale” ist ein standardisiertes Instrument. Hinsichtlich der Fragen zu den genannten Dimensionen, wie zum Beispiel der Teilnehmerzusammensetzung oder auch des inhaltlichen Schwerpunkts der internen Besprechungen, werden in der Regel Antwortalternativen vorgegeben. Dadurch ist eine größtmögliche Vergleichbarkeit der Angaben der Einrichtungen gewährleistet.

Im Rahmen einer Erprobung an Einrichtungen der Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik (N = 43) wurde (neben deskriptiven Analysen) geprüft, inwieweit diese “weichen” Kriterien mittels dieses Dokumentationsbogens erfaßt werden können; das heißt ob mit einem Fragebogen, der von den Leitern einer Reha-Klinik im Rahmen eines Qualitätssicherungsprogramms ausgefüllt werden soll,

- interaktionelle Aspekte abgebildet werden können und
- trotz des Problems der Antworttendenzen (z.B. Soziale Erwünschtheit) ausreichend valide Ergebnisse zu erwarten sind.

Ziel der Erprobung war es zudem, aussagefähige Rückmeldeprozeduren für die Einrichtungen zu entwickeln. Da im Bereich der Konzeptmerkmale keine oder kaum Standards definiert sind, kann sich die Rückmeldung der Ergebnisse bislang nur an empirisch ermittelten Referenzwerten orientieren.

Das folgende Beispiel aus dem Bereich “interne Vernetzung” veranschaulicht eine Möglichkeit der Rückmeldung: Abbildung 2 zeigt für den Indikationsbereich “Orthopädie” den mittleren Aufwand an Stunden für berufsgruppenspezifische Besprechungen für acht verschiedene Professionen.

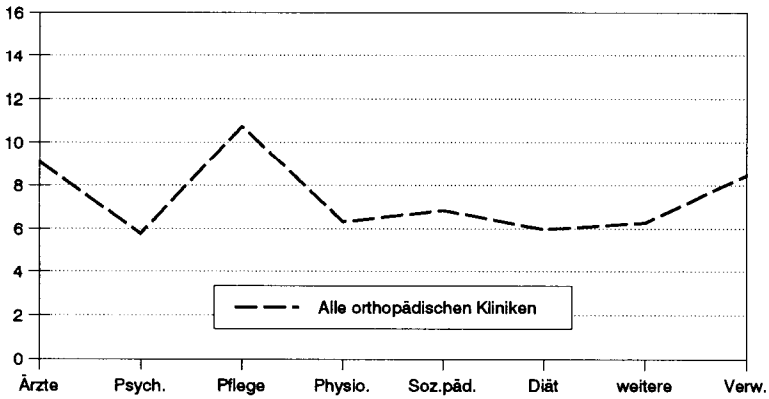


Abbildung 2: Monatlicher Aufwand an Stunden für berufsgruppenspezifische Besprechungen bezogen auf acht verschiedene Berufsgruppen (Indikation: Orthopädie).

Deutliche Peaks sind beim ärztlichen Dienst und beim Pflegepersonal zu sehen.

Der in bezug auf die Qualitätssicherung interessantere Aspekt ist in Abbildung 3 dargestellt. Hier wird der monatliche Besprechungsaufwand einer Klinik mit dem durchschnittlichen Aufwand indikationsgleicher Einrichtungen kontrastiert.

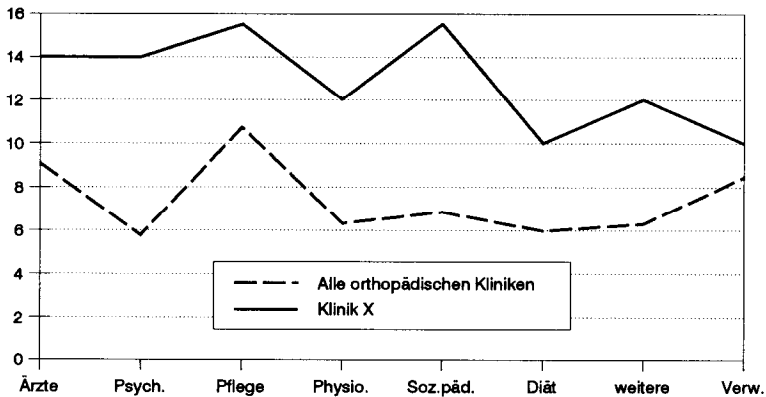


Abbildung 3: Monatlicher Aufwand an Stunden für berufsgruppenspezifische Besprechungen bezogen auf acht verschiedene Berufsgruppen: Ein Vergleich zwischen orthopädischen Kliniken im Schnitt und Klinik X.

Klinik X liegt hinsichtlich aller Berufsgruppen deutlich über dem Schnitt. Eine solche Rückmeldung kann dazu beitragen, eine kritische Reflexion über den Aufwand interner Vernetzungsbemühungen auszulösen.

Die bisherigen Ergebnisse und Rückmeldungen sind zumindest bezüglich der Dimensionen interne und externe Vernetzung als durchaus befriedigend zu bewerten. Die Rückmeldungen in diesen Bereichen scheinen geeignet, interne Diskussionen über konzeptionelle Merkmale anzustoßen.

Perspektivisch ist die Anwendung des Bogens auf eine größere Stichprobe und zusätzliche Indikationsgebiete geplant. Aufgrund der Sensibilität der Daten sollte die Erhebung konzeptueller Merkmale auf der Basis der Freiwilligkeit erfolgen. Um dem Problem der Antworttendenzen in Richtung sozialer Erwünschtheit zu begegnen, sollte die Auswertung grundsätzlich trägerfern von externen Instituten durchgeführt werden.

3.2. Programmpunkt 2: Patiententherapiepläne

Ziel des Programmpunktes 2 ist es, für die beteiligten Kliniken "typische" Behandlungspläne für abgrenzbare, zuvor definierte Behandlungsgruppen zu beschreiben. Diese Informationen können dann einerseits für die Patientenzuweisung genutzt werden. Andererseits soll die Dokumentation des diagnostischen und therapeutischen Aufwands für die benannten Behandlungsgruppen als Grundlage für eine Definition von Mindeststandards genutzt werden können und so die Feststellung von Qualitätsunterschreitungen ermöglichen. Ein weiteres Fernziel in Verbindung mit der Definition von Behandlungsgruppen ist die Ermittlung von Behandlungspauschalen (Müller-Farnow, im Druck). Aus diesen Zielsetzungen ergeben sich zunächst folgende Aufgaben:

- Entwicklung eines Konzeptes zur Definition von Behandlungsgruppen und
- Entwicklung eines Dokumentationsschemas, das in der Lage ist, die oben formulierten Anforderungen zu erfüllen und alle relevanten Dimensionen ausreichend berücksichtigt.

Um eine Vergleichbarkeit der Pläne herstellen zu können, ist es wichtig, die Behandlungsmethoden und Behandlungselemente zu operationalisieren und die Leistungen standardisiert zu beschreiben (vgl. Zielke, 1996). Diese Arbeit wurde beispielsweise in der "Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)" der BfA geleistet. Dieses Klassifikationssystem wurde in den hier erarbeiteten Dokumentationsbögen genutzt, um die Leistungseinheiten zu beschreiben. Dabei wurde vorgesehen, für jede definierte Behandlungsgruppe, die KTL-Codes sowie die Anzahl der Leistungseinheiten pro Woche anzugeben. Lediglich bei qualitätsrelevanten Abweichungen von den KTL-Codes, wurde eine klartextliche Angabe der Hauptziele, der therapeutischen Leistungen sowie der behandelnden Berufsgruppe erbeten. Ebenso wurde eine Auflistung der Leistungen für Begleiterkrankungen und Risikofaktoren sowie die Nennung

sonstiger Therapieangebote für besondere Problemlagen wie lange AU-Zeiten, Non-Compliance, Schonhaltung etc. erbeten.

Während die Entwicklung eines Dokumentationsschemas, das obige Zielsetzungen erfüllen kann, grundsätzlich möglich schien, erwies sich die Definition von Fallgruppen als äußerst problematisch. In vielfältigen Diskussionen mit Experten aus verschiedenen Indikationsbereichen zeigte sich, daß eine Definition von Fallgruppen in der Rehabilitation wegen der multidimensionalen Krankheitsbilder nur schwer möglich ist. Folgenden Aspekten - einzeln oder in Kombination - kommt im Rahmen einer Patiententaxonomie offensichtlich besondere Bedeutung zu:

- der Diagnose,
- dem Schweregrad der Erkrankung unter Berücksichtigung von Restfunktionen, AU-Zeiten, Chronifizierung und Berentung sowie
- Zusatzmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Leidensdruck, Compliance, Lebensführung und soziale Kompetenz.

Eine Problemlösung stellen diese Definitionshilfen allerdings noch nicht dar.

3.3 Programmpunkt 3: Qualitätsscreening

Während innerhalb des Programmpunktes 2 eine Beschreibung "typischer" Behandlungspläne erfragt wird, konzentriert sich Programmpunkt 3 auf die Begutachtung einzelner tatsächlich durchgeführter Reha-Maßnahmen an einer 3 % Stichprobe. Fokus der Begutachtung ist dabei einerseits die Regelmäßigkeit der Behandlung, wobei auch die Umsetzung der in Programmpunkt 2 angegebenen Behandlungspläne überprüft werden kann, und andererseits der Reha-erfolg (Grad der Zielerreichung). Die Beurteilung dieser Aspekte der Prozeß- und Ergebnisqualität der rehabilitativen Leistungen soll auf der Basis von Peer-Review-Verfahren erfolgen, das heißt der Beurteilung durch Fachkollegen. Als Fachkollegen sind dabei einerseits erfahrene Rehakliniker und andererseits Ärzte des medizinischen Dienstes der Träger vorgesehen.

3.3.1 Beurteilung der Regelmäßigkeit der Behandlung

Als Grundlage zur Beurteilung der Regelmäßigkeit der Behandlung dient der Entlaßbericht. Da der Entlaßbericht vielerorts als Visitenkarte einer Einrichtung gesehen wird (Buschmann, 1990), sollte das Bestreben einer konsistenten Darstellung des individuellen Beschwerdebildes und einer darauf ausgerichteten qualitativ überzeugenden Therapiegestaltung relativ hoch sein. Damit war die Hoffnung verbunden, über die Qualität des regelhaft zu erstellenden Berichtes

sinnvoll auf die zugrundeliegende Prozeßqualität einer Maßnahme schließen zu können.

Zur Beurteilung der Qualität des Berichtes wurde vom Hochrhein-Institut in Bad Säckingen (Leitung Prof. Jäckel) eine "Checkliste qualitätsrelevanter Prozeßmerkmale" entwickelt, anhand derer zuvor geschulte Peers die Entlaßberichte begutachten sollen. Um das Instrument möglichst reliabel zu gestalten, wurde zusätzlich ein umfassendes Manual entwickelt, das konkrete Beurteilungskriterien zu den einzelnen Items der Checkliste enthält.

Folgende Bereiche werden dabei abgedeckt: Diagnostik (Anamnese und Befunde), Therapieziele, Therapieplanung, Verlauf und Epikrise, Sozialmedizinische Stellungnahme, weiterführende therapeutische Maßnahmen. Zu allen Bereichen gibt es mehrere Items, die hinsichtlich ihrer Qualität auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt werden. Eine Interraterstudie (Jäckel et al., 1996) zeigte zufriedenstellende Übereinstimmungen verschiedener Peers.

Die Beurteilungen und Schwachstellen der Einrichtungen können auf der Grundlage dieses standardisierten Instruments vergleichend an die Kliniken rückgemeldet werden. Als Rückmeldeverfahren ist dabei das "Benchmarking" vorgesehen. Einfach formuliert bezeichnet Benchmarking die Rangreihung von Einheiten entlang definierter Kriterien. Für die vorliegende Fragestellung bedeutet dies, daß Einrichtungen entlang des Ergebnisses der Begutachtung (z.B. Anteil gravierender Mängel) in eine Reihe sortiert werden, die dann Auskunft darüber gibt, wo die einzelne Klinik im Vergleich zu den anderen steht. Dieses Vorgehen soll den Kliniken dann dazu dienen, eigene Stärken und Schwächen und damit Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Prozeßqualität (oder zumindest der Qualität der Entlaßberichte) abzuleiten (siehe hierzu z.B. Fromm, 1994; Grol et al., 1988).

3.3.2 Beurteilung des Rehabilitationserfolges

Schließlich soll im Rahmen des Programmpunktes 3 der Grad der Zielerreichung am Ende der Heilbehandlung erfaßt und in die Beurteilung einbezogen werden. Dabei sind zwei Aufgaben zu erledigen. Einerseits bedarf die Beurteilung des Grades der Zielerreichung einer genauen Definition des Zieles, das es zu erreichen gilt und andererseits müssen Maßstäbe bestimmt werden, anhand derer die Einschätzung des Ausmaßes erfolgen kann. Dies ist bei meßbaren und klar definierbaren Zielen, wie beispielsweise einer erwünschten Senkung des Blutdruckes um einen bestimmten Wert relativ leicht durchführbar. Bei der Definition und insbesondere bei der quantitativen Erfassung von Zielen beziehungsweise der Zielerreichung im psychosozialen Bereich - wie zum Beispiel der Verminderung der Funktionseinschränkung im Alltagsleben

- erweist sich dies als ungleich schwieriger. Problematisch bleibt insbesondere über alle Indikationen hinweg die sinnvolle Aggregation von Behandlungszielen auf eine überschaubare Menge von Zieldefinitionen.

3.4 Programmpunkt 4: Patientenbefragung

Im Rahmen des Programmpunktes 4 wird der Rehaerfolg aus Patientensicht sowie die Zufriedenheit mit der Heilbehandlung und dem Aufenthalt erfragt. Ziel ist es auch hier, Klinikvergleiche auf der Grundlage dieser Aspekte durchzuführen und den Kliniken darüber Rückmeldung zu geben, wie sie ihre Qualität verbessern können. In der ersten Umsetzungsphase des Programms stand dabei auch hier wieder die Instrumentenentwicklung (Federführung Prof. Raspe, Institut für Sozialmedizin der medizinischen Universität zu Lübeck) an erster Stelle. Bezogen auf den Zufriedenheitsteil war eine Neuentwicklung notwendig, da im deutschsprachigen Raum für diesen Zweck keine Instrumente vorhanden sind (vgl. Raspe et al., 1996).

Hinsichtlich der Outcome-Beurteilung durch die Patienten existiert demgegenüber eine ganze Reihe von Instrumenten, die für diesen Zweck sinnvoll eingesetzt werden können. Der vorliegende Patientenbogen enthält den SF-36 (Ware & Sharebourne, 1992; dt. Bullinger et al., 1995) sowie einzelne Skalen des SCL-90-R (Derogatis, 1986). Gemäß dem Modell der Krankheitsfolgen der WHO (ICIDH) wurden zusätzlich einige Fragen zur wahrgenommenen Veränderung bezüglich der Schädigungen (Impairments), Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und Beeinträchtigungen (Handicaps) in den Fragebogen aufgenommen. Insgesamt enthält das Instrument damit Fragen zu folgenden zwei Bereichen (vgl. Raspe et al., 1996):

- Zufriedenheit mit der Rehabilitation (bzgl. Service/Hotel, Organisiertheit Humanität, fachliche Kompetenz, Leistungsangebot u.a.) und
- Erfolg der Rehabilitation auf den Ebenen der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen.

Der Fragebogen wurde so konstruiert, daß er indikationsübergreifend - zur Ermittlung generischer Effekte - eingesetzt werden kann. Lediglich für die Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen wurden Modifikationen durchgeführt. Die Erfassung der Zufriedenheit und die Beurteilung des Rehabilitationserfolges durch die Patienten erfolgt im Rahmen des Programms retrospektiv. Grundsätzlich ist ein Einsatz des Instrumentes im Sinne eines prä-post-Vergleiches ebenso denkbar.

Das Instrument wurde an einer Stichprobe von ca. 8000 Patienten erprobt. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurde eine endgültige Version des Fragebogens mit guten psychometrischen Eigenschaften erarbeitet.

Auch in bezug auf diesen Programmpunkt ist vorgesehen, die Kliniken regelmäßig über ihre "Ergebnisse" bezüglich der Patientenzufriedenheit und des durch die Patienten eingeschätzten Erfolges vergleichend zu informieren.

3.5 Programmpunkt 5: Qualitätszirkel

Qualitätszirkel können als Umsetzungsinstanz qualitätssichernder Maßnahmen als der zentrale Programmpunkt des Qualitätssicherungsprogramms betrachtet werden. Dabei liegt hier der Schwerpunkt auf den internen Qualitätszirkeln. Unter internen Qualitätszirkeln versteht man interdisziplinär zusammengesetzte, zeitlich befristete, ergebnisorientierte, regelmäßige Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Problemlösungen hinsichtlich des eigenen Arbeitsbereiches.

Bänfer (1994) nennt einige weitere Merkmale interner Qualitätszirkel, die einerseits die Struktur und andererseits die Arbeit der Qualitätszirkel beschreiben. Dies sind: Hierarchiefreiheit, Regelmäßigkeit, Freiwilligkeit, Zusammensetzung aus fünf bis neun Mitgliedern eines Arbeitsbereiches, Beschäftigung mit selbstgewählten Themen, Anleitung eines Moderators, Hilfe spezieller Problemlösetechniken, Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen, Initiierung und Kontrolle der Umsetzung. Qualitätssicherung als lernendes System kann sich damit der internen Qualitätszirkel als kommunikatives Forum für Analyse-, Problemlöse- und Umsetzungsprozesse bedienen.

Um die Qualitätszirkelarbeit möglichst effizient zu gestalten und die Kliniken in ihren Bemühungen um den Aufbau dafür notwendiger interner Strukturen zu unterstützen, wurde im Rahmen des Programms (Federführung: Dr. Häußler, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin) ein Manual zur Qualitätszirkelarbeit entwickelt. Zusätzlich wurden Moderatoren-Schulungen angeboten. Eine erste Analyse der Implementierung der Qualitätszirkelarbeit wurde in der ersten Hälfte des Projektes durchgeführt. Sie erlaubt allerdings noch keine abschließende Beurteilung über Umfang und Form der Qualitätszirkelarbeit in den Kliniken.

Im Rahmen der oben genannten Pilotstudie zu den Konzeptmerkmalen wurde ebenfalls nach der Qualitätszirkelarbeit gefragt. Demnach haben ca. 80% der Einrichtungen Qualitätszirkel etabliert. Die Themenschwerpunkte bilden Fragen der therapeutischen Versorgung sowie der Ablauforganisation. In den meisten Fällen ist die Leitungsebene in den Qualitätszirkeln vertreten. Ebenso werden

in der Regel Protokolle der Arbeitssitzungen erstellt. Externe Beratung wird dagegen äußerst selten - in weniger als 3% der Fälle - konsultiert.

Eine systematische Evaluation der Qualitätszirkelarbeit in den Einrichtungen steht allerdings noch aus. Dieses Wissen wäre aber wichtig, um beurteilen zu können, ob sich tatsächlich ein konsequentes Vorgehen im Sinne der Qualitätssicherung in den Einrichtungen etabliert hat.

4 Abschließende Bemerkungen

In der Rentenversicherung gibt es seit Ende der 80er Jahre intensive Überlegungen zur Entwicklung von Verfahren der Evaluation und Qualitätssicherung für die medizinische Rehabilitation. Allerdings haben die in den letzten Jahren sichtbar gewordenen ökonomischen Zwänge das Handeln in dem Bereich erheblich beschleunigt.

In diesem Artikel wird die Funktionsweise eines Qualitätssicherungsprogramms in der medizinischen Rehabilitation aufgezeigt, das sich an den Konzepten des Total Quality Management orientiert. Es berücksichtigt Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität sowie Feedbackprozesse an die beteiligten Einrichtungen. Kontinuierliche Qualitätsverbesserung wird dabei nicht primär durch externe Kontrolle, sondern auf der Grundlage selbstlernender Systeme angestrebt.

Das Programm befindet sich in der Entwicklung. Die einzelnen Modellkomponenten konnten bisher in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt werden. Besonders weit fortgeschritten sind instrumentelle Entwicklungen für die Erfassung der Strukturqualität (einschließlich der konzeptionellen Merkmale), der Prozeßqualität im Rahmen des Qualitätsscreenings sowie für den Bereich der Patientenbefragung. Zunehmend rücken nun Fragen der "Routinisierung" in den Vordergrund. Routinisierung meint dabei die ökonomische Integration der Verfahren in den Alltag von Klinik und Administration. Gleichzeitig werden die Datenbankstrukturen optimiert und routinemäßige Rückmeldeprozeduren aufgebaut. Für einzelne Inhaltsbereiche (Struktur- und Konzeptmerkmale, Qualitätsscreening und Erfolgsmessung) sollte man die Rückmeldung nicht nur an statistischen Normen orientieren, sondern an expertendefinierten Soll-Größen. Darüber hinaus wäre zu evaluieren, wie konsequent das Programm in die Praxis umgesetzt wird.

Literatur

- Andres, E. & Weiß-Plumeyer, M. (1995). Qualitätszirkel. In J. Szecsenyi & F.M. Gerlach (Hrsg.), Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven. Stuttgart: Hippokrates.
- Bänfer, M. (1994). Qualitätszirkel als Instrument partizipativer Unternehmensführung. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 11, 37-42.
- Birner, U. (1995). Qualitätsmanagement in Organisationen des Gesundheitswesens. Perspektiven und Herausforderungen. Psychomed, 7, 85-92.
- Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instrumentes zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 3, 21-36.
- Buschmann, E. (1990). Der Entlaßbericht - eine Visitenkarte der Rehabilitation. In Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.), Rehabilitation 1989. BfA-aktuell (57-67). Berlin: BfA.
- Buschmann-Steinhage, R. & Vogel, H. (1993). Medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung: Kritik und Weiterentwicklungsansätze. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 25, 63-75.
- Derogatis, L.R. (1986). SCL-90R Self-Report Symptom Inventory. In Collegium Internationale Psychiatricum (Hrsg.), Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz.
- DIN ISO 9004 (1992). Teil 2, Berlin: Beuth.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quartely, 44, 166-203.
- Eimeren, W. v. (1979). Überlegungen zum Stand der Gesundheitssystemforschung heute. In Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.), Sonderband ASPHER 5. Hauptversammlung. Düsseldorf: Selbstverlag.
- Fromm, H. (1994) Benchmarking. In W. Masing (Hrsg.), Handbuch Qualitätsmanagement (121-128). München: Hanser, 3. Auflage.
- Fröhlich, E., Hamacher, F., Herrmann, J. M., Naundorf, B.D., Schildwächter, G., Sieber, G. & Tittor, W. (1991). Basiskonzepte zur medizinischen Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen. Mitteilungen der LVA Württemberg, 83, 159-164.
- Fuchs, H. (1994). Medizinische Rehabilitation. Entwicklung und Angebotsstruktur. Schriftenreihe zum Gesundheits- und Sozialwesen des Bundesverbandes Deutscher Privatkanneanstalten e.V. Band III. Bonn: Selbstverlag.
- Grol, R., Mokkink, H. & Schellevis, F. (1988). The effects of peer review in general practice. Journal of the Royal College of General Practice, 38, 10-13.
- Jäckel, W., Gerdes, N., Protz, W. & Maier-Riehle, B. (1996). Ergebnisbericht, Pilotstudie zum Peer Review. Bad Säckingen: Indikationsbereich 'Bewegungsapparat (unveröffentlicht).
- Kaiser, U. & Schmitz, M. (1994). Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation. Erste Erfahrungen mit einem neuentwickelten Instrument. Atemwegs- und Lungenerkrankungen, 20, 190-202.
- Kordy, H. (1992). Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modewort. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 38, 310-324.
- Kordy, H. & Lutz, W. (1995). Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. Psychotherapie Forum, 3, 197-206.

- Lohr, K.N. & Schröder, S.A. (1990). A strategy for quality assurance in medicare. *New England Journal of Medicine*, 322, 707-712.
- Müller-Farnow, W. (1992). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation - bisher Erreichtes und aktuelle Planungen. In *Rehabilitation 1992. Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA vom 30. bis 31. März 1992 in Berlin* (81 - 103). Berlin: BfA.
- Müller-Farnow, W. (im Druck). Qualitätssicherung und bundesweite Bedarfsplanung und -steuerung der medizinischen Rehabilitation.
- Raspe, H., Voigt, S., Herlyn, K., Feldmeier, U. & Meier-Rebentisch, K. (1996). Patienten-„Zufriedenheit“ in der medizinischen Rehabilitation - ein sinnvoller Outcome-Indikator? *Gesundheitswesen*, 58, 372-378.
- Schulte, D. (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 374-393.
- Selbmann, K.-H. (1990). Konzeption, Voraussetzung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Krankenhaus. *Das Krankenhaus*, 11, 470-474.
- Selbmann, H.-K. (1994). Magnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Bestandsaufnahme. *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*. Band 38. Baden-Baden: Nomos.
- Szecsényi, J. (1994). Was will Qualitätssicherung? In O. Behrs, F.M. Gerlach & J. Szecsényi (Hrsg.), *Ärztliche Qualitätszirkel, Leitfaden für den niedergelassenen Arzt* (43-57). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1991a). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Abschlußbericht Band III: Rehabilitationskonzepte, Teilband 1*. Frankfurt: Selbstverlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1991b). Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. *Abschlußbericht Band IV: Qualitätssicherung, Teilband 3*. Frankfurt: Selbstverlag.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1994). Weiterentwicklung des Leistungsstufenmodells für Rehabilitationseinrichtungen. Frankfurt: Bericht der Arbeitsgruppe „Strukturentwicklung“.
- Ware, J. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 346.
- Winter, C. (1995). Berufsgruppenübergreifende Kooperation als Qualitätsmerkmal für die Prozesse der stationären Rehabilitation. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 29, 74-84.
- Zielke, M. (1996). Was ist eine gute Klinik? Unternehmenskultur und Qualitätsverständnis in der Medizinischen Rehabilitation. *Faktum. Das Gesundheitsmagazin der AHG*, 1, 68-80.