

Entwicklung von Verfahrensweisen und Instrumenten zur externen Qualitätssicherung in Einrichtungen der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen

Development of Methods and Instruments for External Quality Assurance in Inpatient Parent-Child Rehabilitation and Prevention

Autoren

S. Neudert^{1*}, M. Lukaszczik^{1*}, G. Musekamp¹, C. Gerlich¹, M. Saupe-Heide², R. Löbmann³, H. Vogel¹

Institute

¹Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Universität Würzburg

²Arbeitsbereich Arbeit und berufliche Rehabilitation, Universität zu Köln

³Fakultät Angewandte Sozialwissenschaften, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt

Schlüsselwörter

- Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen
- medizinische Vorsorgemaßnahmen
- medizinische Rehabilitation
- ICF
- externe Qualitätssicherung

Key words

- parent-child programs
- medical prevention
- medical rehabilitation
- ICF
- external quality assurance

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1323650>
 Online-Publikation: 11.12.2012
 Rehabilitation 2013;
 52: 10–19
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0034-3536

Korrespondenzadresse

Dr. Silke Neudert
 Universität Würzburg
 Abteilung für Medizinische Psychologie
 Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften
 Klinikstraße 3
 97070 Würzburg
 s.neudert@uni-wuerzburg.de

Zusammenfassung

Ziel: Für die medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen existierte bislang kein standardisiertes bundesweites Qualitätssicherungsprogramm. Im Auftrag der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene wurden darum Instrumente und Verfahrensweisen der externen Qualitätssicherung entwickelt und erprobt.

Methodik: Auf Ebene der Strukturqualität wurden ein modularer Strukturhebungsbogen konzipiert, vorläufige Basis- bzw. Zuweisungskriterien definiert und eine Visitationscheckliste erstellt. Strukturdaten wurden bundesweit erfasst. Die klinikvergleichende Auswertung der Strukturhebung (n=115 Bogen) erfolgte anhand des prozentualen Erfüllungsgrads von Basis- und Zuweisungskriterien. Die Erprobung der Instrumente zur Messung der Prozess- und der Ergebnisqualität erfolgte in Zusammenarbeit mit 38 Piloteneinrichtungen. Die Prozessqualität wurde multimethodal über prozessnahe Strukturmerkmale, fallbezogene Routinedokumentationen sowie eine ereignisorientierte Patientenbefragung erfasst. Die Ergebnisqualität wurde auf der Datengrundlage von N=1799 Patienten mittels Mehrebenenmodellen unter Adjustierung relevanter Confounder geprüft.

Ergebnisse: Es wurden Verfahrensweisen, Instrumente und Auswertungsroutinen zur externen Qualitätssicherung entwickelt, erprobt und mit den Akteuren des Leistungsbereichs abgestimmt. Zu jedem Qualitätssicherungsbaustein werden Ergebnisse anhand ausgewählter Beispiele dargestellt. Auf den meisten der risikoadjustierten Outcome-Parameter konnten keine signifikanten Klinikunterschiede festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Es steht ein bundesweit einheitliches Instrumentarium zur vergleichenden

*Beide Autoren haben zu gleichen Teilen zu der Arbeit beigetragen.

Abstract

Objective: There so far is no standardized program for external quality assurance in inpatient parent-child prevention and rehabilitation in Germany. Therefore, instruments and methods of external quality assurance were developed and evaluated on behalf of the federal-level health insurance institutions.

Methods: On the level of structure quality, a modular questionnaire for assessing structural features of rehabilitation/prevention centers, basic and allocation criteria as well as a checklist for visitations were developed. Structural data were collected in a nationwide survey of parent-child prevention and rehabilitation centers. Process and outcome quality data were collected in n=38 centers. Process quality was assessed using multiple methods (process-related structural features, case-related routine documentation, and incident-related patient questionnaires). Outcome quality was measured via patient questionnaires (n=1799 patients). We used a multi-level modelling approach by adjusting relevant confounders on institutional and patient levels.

Results: The methods, instruments and analyzing procedures developed for measuring quality on the level of structure, processes and outcomes were adjusted in cooperation with all relevant stakeholders. Results are exemplarily presented for all quality assurance tools. For most of the risk-adjusted outcome parameters, we found no significant differences between institutions.

Conclusion: For the first time, a comprehensive, standardized and generally applicable set of methods and instruments for routine use in comparative quality measurement of inpatient parent-child prevention and rehabilitation is available. However, it should be considered that the very heterogeneous field of family-oriented measures can not be covered entirely by an external quality assurance program. Therefore, methods

Qualitätsmessung in Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen zur Verfügung. Da jedoch die Komplexität des familienorientierten Leistungsbereichs nicht vollständig abgebildet wird, muss das Instrumentarium weiter adaptiert werden und für neue Entwicklungen offen sein.

Einleitung

Maßnahmen der stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen (§§ 24 und 41 SGB V) umfassen zielgruppenspezifische Angebote, die auf den besonderen Versorgungsbedarf berufstätiger und nicht berufstätiger Mütter abzielen. Sie haben sich aus den sogenannten „Müttergenesungskuren“ entwickelt, die bereits seit den 50er Jahren durch das ebenfalls in diesem Zeitraum gegründete Müttergenesungswerk angeboten werden. Seit dem Jahr 2002 werden entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers auch Väter als Zielgruppe der Angebote eingeschlossen.¹

Die konzeptuelle Differenzierung von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen erfolgt auf der Grundlage des Modells der funktionalen Gesundheit im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; [1]). Demnach fokussieren Vorsorgemaßnahmen idealtypisch auf Gesundheits- bzw. Befindlichkeitsstörungen (auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen) oder dienen auch der Verhütung von Krankheiten. Rehabilitationsmaßnahmen zielen auf nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe ab und dienen damit auch der Minderung von Krankheitsfolgen wie der Abwendung von Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung u. ä. Relevante Kontextfaktoren in beiden Maßnahmenformen sind die Mutter-/Vater-Kind-Beziehung, familiäre Problemsituationen und geschlechtsspezifische Faktoren. Zu den möglichen elterlichen Stressoren zählen ökonomische Belastungen [2], Rollenkonflikte [3] oder Erziehungsprobleme [4]. Medizinisch-therapeutische Maßnahmen im Mutter-/Vater-Kind-Kontext zielen unter anderem auf die Reduktion körperlicher Symptome, funktionaler Beeinträchtigungen und psychischer Belastungen, die Verbesserung von Selbstakzeptanz und sozialen Kompetenzen, die Förderung von Ressourcen, Interaktionsfertigkeiten und Erziehungskompetenz sowie einen funktionaleren Umgang mit Belastungssituationen ab [5]. In der Gesundheits- und Rehabilitationsforschung stellen die familienorientierten medizinischen Maßnahmen einen eher unterrepräsentierten Bereich dar. Studien wurden in erster Linie zu Eingangsbelastungen und Befindlichkeit von Patientinnen [6–8] und zu Therapieeffekten [9–11] durchgeführt. Auch wurden Fragen des internen Qualitätsmanagements in Mutter-Kind-Einrichtungen thematisiert [12].

Einrichtungen, die Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter/Väter und Kinder anbieten, sind, wie auch andere Einrichtungen der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie der stationären Vorsorge, durch den Gesetzgeber zur Teilnahme an externen, einrichtungsvergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen verpflichtet (§ 135a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 137d Abs. 1 und 2 SGB V). In der stationären medizinischen Rehabilitation für Erwachsene haben die Deutsche Rentenversicherung (DRV) sowie die gesetzliche Kran-

and instruments have to be adapted continuously to the specifics of this area of health care and to new developments.

kenversicherung (GKV) bereits vor Jahren umfassende Qualitätssicherungsprogramme mit wissenschaftlicher Begleitung aufgebaut [13] und mittlerweile flächendeckend etabliert. Als gemeinsame Initiative der DRV und der GKV erfolgt auch die Entwicklung der externen Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation [14]. Im Versorgungsbereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen lag der Schwerpunkt der bisherigen Forschungs- und Entwicklungsprojekte zum einen auf dem „mütterspezifischen Leitsyndrom“ und Maßnahmen zum internen Qualitätsmanagement (Arbeitsgruppe an der Medizinischen Hochschule Hannover) [10,15]; zum anderen wurden verschiedene Qualitätssicherungselemente erprobt (Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg) [16]. Allerdings lagen standardisierte bundesweite Qualitätssicherungsprogramme für den Mutter-/Vater-Kind-Leistungskontext bislang noch nicht vor.

Im Auftrag der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene wurden in den Jahren 2006–2010 Verfahren der externen Qualitätssicherung für Einrichtungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation im Mutter-/Vater-Kind-Bereich entwickelt und in 2 Pilotprojekten erprobt. Ziel war es, ein routinetaugliches Instrumentarium zu konzipieren, das geeignet ist, qualitätsrelevante Parameter auf den verschiedenen Qualitätsebenen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) abzubilden und dabei die Besonderheiten des Mutter-/Vater-Kind-Kontextes zu berücksichtigen. Die Instrumente sollten faire Einrichtungsvergleiche gewährleisten und sich auf das Modell der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF beziehen. Eine Orientierung an den in der stationären medizinischen Rehabilitation für Erwachsene etablierten externen Qualitätssicherungsprogrammen der Deutschen Rentenversicherung und insbesondere der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha[®]-Verfahren, www.qs-reha.de, [17]) war ausdrücklich gewünscht.

Nachfolgend werden die im Rahmen des Projekts entwickelten Qualitätssicherungsinstrumente mit Bezug auf die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität überblickshaft dargestellt, und es werden zu jedem Qualitätssicherungsbaustein exemplarische Ergebnisse referiert. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse auf den einzelnen Qualitätsebenen ist in Vorbereitung.

Methode

Im Rahmen einer bundesweiten Erhebung wurden Anfang 2008 bei allen stationären Mutter-/Vater- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen Strukturdaten über die Einrichtungen erhoben. Daten für die Prozess- und Ergebnisqualität wurden in Zusammenarbeit mit Einrichtungen, die freiwillig am Entwicklungs- und Erprobungsverfahren teilnahmen („Piloteneinrichtungen“), erhoben. Von den 38 Piloteneinrichtungen nahmen 19 im Teilprojekt „Vorsorge“, 12 im Teilprojekt „Rehabilitation“ und 7 in beiden Teilprojekten teil. Für die Auswertung ergeben sich damit als Bezugsgröße für den Bereich „Vorsorge“ 26 (19+7) teilnehmende Einrichtungen und für den Bereich „Rehabilitation“ 19 (12+7) teilnehmende Einrichtungen. Die Zuordnung zum Teilprojekt „Rehabilitation“ bzw. „Vorsorge“ erfolg-

¹Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen, wird im weiteren Verlauf die weibliche Form bei Berufsbezeichnungen und Personen verwendet. Es sind aber immer Frauen und Männer gemeint.

te auf Basis des jeweiligen Versorgungsvertrags und in Absprache mit der Einrichtung. Bei der Auswahl der Pileteinrichtungen wurde darauf geachtet, dass die Kliniken eine repräsentative Stichprobe bezüglich der Stratifizierungskriterien Einrichtungsgröße, Region, Trägerschaft der Einrichtung und hinsichtlich der berücksichtigten Indikationen bzw. Behandlungsschwerpunkte darstellten. Die Größe der an der Pilotierung beteiligten Einrichtungen (gemessen an den Mütter-/Väter-Betten) schwankte zwischen 18 und 268 Betten. Bei der Entwicklung und Abstimmung der Instrumente wurden alle Pileteinrichtungen in die Diskussion einbezogen. Zu diesem Zweck wurden 2 eineinhalbtägige Projektworkshops durchgeführt, an denen Vertreterinnen der Pileteinrichtungen, der Leistungsträger sowie den Leistungserbringerverbände beteiligt waren.

Strukturqualität: Instrumentenentwicklung

Die Strukturqualität einer Einrichtung gibt wieder, in welchem Ausmaß bestimmte Anforderungen hinsichtlich der räumlichen, apparativen und personellen Ausstattung von den Einrichtungen erfüllt werden. Ziel der Strukturhebung war es, das Erhebungsinstrumentarium auf Eignung für die Routine der Versorgungspraxis zu erproben sowie die Strukturlandschaft für die Mutter-/Vater- bzw. Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen erstmalig systematisch zu beschreiben. Dazu wurden ein Strukturhebungsbogen konzipiert und vorläufige Basis- bzw. Zuweisungskriterien definiert. Basiskriterien sind Strukturmerkmale, die unabdingbar für die Durchführung qualitativ hochwertiger Behandlungen sind und von allen Einrichtungen mit entsprechendem Behandlungsschwerpunkt bzw. entsprechender Indikation vorgehalten werden sollten. Zuweisungskriterien beinhalten solche strukturellen Merkmale, die einrichtungsspezifische Besonderheiten abbilden und somit für eine gezielte Zuweisungssteuerung genutzt werden könnten, aber nicht von allen Einrichtungen erfüllt werden müssen. Zur Definition der Kriterien wurde unter Berücksichtigung relevanter Vorarbeiten² zunächst eine umfangreiche Liste möglicher Strukturmerkmale zusammengestellt. Diese wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern aller Pileteinrichtungen im Rahmen einer schriftlichen Umfrage und eines Projektworkshops bewertet und modifiziert. Anschließend wurde in einem Konsensprozess mit einer projektbegleitenden Expertengruppe (Leistungserbringerverbände, Leistungsträger, Einrichtungsvertreter, Wissenschaftler) im Rahmen mehrerer Treffen sowie E-Mail-Kontakte eine Pilotversion des Strukturhebungsbogens erstellt. Der modular aufgebaute Strukturhebungsbogen differenziert nach Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Er enthält neben dem Kernfragebogen (Merkmale, die gleichermaßen über alle Behandlungsschwerpunkte bzw. Indikationen hinweg erfasst werden) Module für einzelne Indikationen bzw. Behandlungsschwerpunkte sowie ein Kinder- und Interaktionsmodul. In **Tab. 1** sind die Dimensionen des Strukturhebungsbogens sowie die Anzahl der Basis- und Zuweisungskriterien aufgelistet.

Ergänzend wurde eine Visitationscheckliste konzipiert, um die Praktikabilität eines Visitationsverfahrens für den Mutter-/Vater-Kind-Kontext in ausgewählten Pileteinrichtungen testen zu können. Die Checkliste basiert auf dem Strukturhebungsbogen

²U. a. Anforderungsprofile nach § 111a SGB V für Mutter-Kind-Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Strukturhebungsbogen des QS-Reha[®]-Programms, Strukturhebungsbogen aus dem Projekt „Qualitätsprofile“ der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS) der Universitätsklinik Freiburg [16], Rahmenkonzept Evangelische und Katholische Müttergenesung [5].

Tab. 1 Maximale Anzahl zu erfüllender Basis- (BK) und Zuweisungskriterien (ZK) in den Dimensionen der Strukturqualität (Pilotphase).

Kernmodul (über alle Behandlungsschwerpunkte/Indikationen hinweg zu erfassende Merkmale)	max. Anzahl BK	max. Anzahl ZK
– allgemeine Merkmale/räumliche Ausstattung	28	8
– medizinisch-technische Ausstattung	12	
– therapeutische Behandlungen und Schulungen	40	1
– konzeptionelle Grundlagen	19	1
– internes Qualitätsmanagement	31	
– interne Kommunikation und Personalentwicklung	10	
Modul für kinder- und interaktionsbezogene Strukturmerkmale (nur für Einrichtungen, die Kinder aufnehmen)		
– allgemeine Merkmale/räumliche Ausstattung	24	5
– therapeutische Behandlungen und Schulungen	6	12
– personelle Ausstattung	3	1
– konzeptionelle Grundlagen	17	2
Module für spezifische Behandlungsschwerpunkte (Vorsorge) bzw. Indikationen (Rehabilitation)		
– allgemeine Merkmale/räumliche Ausstattung (nur im gastroenterologischen Modul vorhanden)		1
– medizinisch-technische Ausstattung (aller indikationsspezifischen Module gesamt)	30	4
– therapeutische Behandlungen und Schulungen (aller indikationsspezifischen Module gesamt)	39	25

und ist ebenfalls modular aufgebaut. Die Module orientieren sich dabei an den Dimensionen der Strukturqualität **Tab. 1**. Zudem wurde in den Visitationen ein typischer Maßnahmenverlauf anhand eines Gesprächsleitfadens geprüft.

Strukturqualität: Stichprobe

Strukturdaten wurden im Rahmen einer Vollerhebung im gesamten Bundesgebiet gewonnen. Hierzu wurden n=165 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen angeschrieben (Datenbasis: Verband der Ersatzkassen). Auf Nachfragen wurde deutlich, dass davon 23 Einrichtungen keine Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen mehr durchführten bzw. mittlerweile nicht mehr existierten. 27 (existierende) Einrichtungen haben nicht geantwortet, wobei nicht von systematischen Ausfällen auszugehen ist. Letztendlich lagen für die Auswertung n=115 Bogen vor. Bezogen auf die Einrichtungen, die noch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen durchführten, lag die Rücklaufquote damit bei 81%. In **Tab. 2** ist für die Einrichtungen der Strukturhebung dargestellt, welche Art von Maßnahmen (Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen, nur Mutter-Kind-Maßnahmen bzw. Maßnahmen nur für Mütter/Väter) angeboten wurden und welcher Versorgungsvertrag bestand. Weiterhin sind die Auswertungsgruppen aufgeschlüsselt, die anhand der Behandlungsschwerpunkte (Vorsorge) bzw. Indikationen (Rehabilitation) der Einrichtungen gebildet wurden. In der Regel waren mehrere Behandlungsschwerpunkte/Indikationen angegeben worden, sodass sich eine Einrichtung in mehreren der 5 Schwerpunkt-/Indikationsbereiche befindet.

Visitationen wurden im Projektzeitraum exemplarisch in 2 Vorsorge- und 5 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, um die Visitationscheckliste auf Praktikabilität zu testen und zu optimieren.

Strukturqualität: Auswertungsmethodik

Die Auswertung erfolgte auf Basis von vorläufigen Basis- und Zuweisungskriterien, die im Rahmen der Entwicklungsprojekte

aus den o.g. Quellen abgeleitet und in der projektbegleitenden Expertengruppe beraten wurden. Hinsichtlich des prozentualen Erfüllungsgrades einzelner Kriterien oder Kriteriendimensionen (z.B. räumliche Ausstattung) wurden Klinikvergleiche vorgenommen.

Tab. 2 Einrichtungen und Auswertungsgruppen in der Strukturhebung.

Bundesweite Erhebung	Anzahl
Teilnahme	
angeschrieben	165
nicht mehr existent	23
teilgenommen	115
Quote (bezogen auf 142 existierende Einrichtungen)	81 %
Maßnahmenart	
Mutter-/Vater-Kind	69
Mutter-Kind	39
Mutter/Vater	7
Versorgungsvertrag (nach § 111a in Verb. mit 111 SGB V)	
nur Vorsorge	46
nur Rehabilitation	–
beide	58
„Bestandsschutz“*	11
Auswertungsgruppen auf Basis von Indikation/Behandlungsschwerpunkt (bezogen auf Mutter/Vater)	
Psychosomatik	114
Pneumologie/Dermatologie	97
muskuloskeletale Erkrankungen/Rheumatologie	87
Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen	59
Kardiologie	20

* Für Einrichtungen, die vor dem 1.8.2002 stationäre medizinische Leistungen für Mütter/Väter oder Mütter/Väter mit Kindern erbracht haben, gilt ein sog. „Bestandsschutz“ im Umfang der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen. Es müssen nicht notwendigerweise neue Verträge für die Erbringung von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen geschlossen werden. Die Umsetzung dieser Vorgabe erfolgt je nach Bundesland etwas unterschiedlich

Prozessqualität: Instrumentenentwicklung

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, die Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die sachgerechte Durchführung therapeutischer Maßnahmen. Vor dem Hintergrund verschiedener Kritikpunkte in Bezug auf das Peer-Review-Verfahren als gängige Methode der Dokumentation qualitätsrelevanter Prozesse [16, 18, 19] wurde ein alternativer Ansatz zur Prüfung der Prozessqualität entwickelt und erprobt. Dem Vorgehen lag das Konzept des „idealen Prozesses“ zugrunde, der für den Kontext der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen

spezifiziert wurde [20]. Mit diesem wurde ein idealtypischer Ablauf einer stationären Rehabilitations- bzw. Vorsorgemaßnahme beschrieben und damit ein „Soll-Standard“ definiert, der mit realen Prozessen in den Einrichtungen abgeglichen werden kann. Kriterien für einen solchen idealen Ablauf wurden einerseits auf einem Workshop mit Klinikvertretern vorläufig festgelegt, andererseits wurden sie mit bereits verfügbaren Anforderungsprofilen und Qualitätschecklisten [21–24] abgeglichen. Das Ergebnis wurde erneut mit der projektbegleitenden Expertenrunde abgestimmt. Auf Grundlage der einzelnen Phasen des idealen Prozesses wurden anschließend ereignisnahe Bewertungskriterien definiert (☉ **Tab. 3**).

Die Erfassung von Parametern der Prozessqualität erfolgte multimethodal und unter Einbeziehung verschiedener Perspektiven: *Prozessnahe Strukturmerkmale* (z.B. Verfahrensweise bei Entlassung, Sprechstundenangebot in der Einrichtung) wurden im Rahmen der Strukturhebung mit erfasst. Einzelfallbezogene Prozessparameter (u.a. Dauer zwischen Aufnahme und Aufnahmeuntersuchung, Anzahl ausgefallener Behandlungen) wurden über eine *fallbezogene Routinedokumentation* durch Ärzte/Therapeuten erhoben. Weitere prozessrelevante Parameter wurden mittels einer *ereignisorientierten Patientenbefragung* (einem 92 Items umfassenden Selbstbeurteilungsinstrument, das von den Patientinnen am Ende ihres Aufenthalts zu bearbeiten war) in Form konkret beobachtbarer Ereignisse [20, 25] erfasst. Für jede Phase des Klinikaufenthalts wurden hier mehrere Ereignisse abgefragt sowie eine globale Bewertung erhoben.

Prozessqualität: Stichprobe

In die Auswertung gingen Daten von zusammen n=1799 erwachsenen Patientinnen und Patienten (1513 im Bereich „Vorsorge“ und 286 im Bereich „Rehabilitation“) ein, die in den Pilot-einrichtungen von September 2007 bis Februar 2008 erhoben wurden. Die Stichprobe ist in ☉ **Tab. 4** beschrieben. Die Berechnung des Anteils der tatsächlichen Studienteilnehmerinnen (gemessen an allen potentiellen Studienteilnehmerinnen) war nicht möglich, da nicht aus allen Einrichtungen zuverlässige Angaben über die Zahl der Patientinnen, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, vorlagen.

Prozessqualität: Auswertungsmethodik

Die im Kontext der Strukturhebung erhobenen prozessnahen Strukturmerkmale wurden analog zu den anderen Strukturmerkmalen ausgewertet (s.o.). Die über die fallbezogenen Routinedaten (Dokumentationsbogen) in den Piloteinrichtungen

Tab. 3 Phasen des „idealen Prozesses“.

Phase des idealen Prozesses	Beispielkriterium
Vorbereitung der Maßnahme durch Erheben von Informationen über die Patientin (und ihr Kind)	Versendung eines medizinisch-therapeutischen strukturierten Vor-Anamnesebogens zu Mutter und Kind, der u.a. auch Informationen zur Medikation erfasst, sowie eines psychosozialen Fragebogens an die Patientin
Anreisesituation	inhaltliche und organisatorische Einführung in Form einer Plenumsveranstaltung oder im persönlichen Gespräch am 1. Tag (=Anreisetag) oder am 2. Tag
Planung der Behandlung	Dauer der ärztlichen Untersuchung der Vorsorgepatientin mindestens 20 min + ca. 10 min ärztliche Untersuchung je behandlungsbedürftigem Kind
Durchführung der erforderlichen ärztlich-therapeutischen Maßnahmen	patientenorientierter Ablauf der Therapien der Mutter, z.B. zwischen den Therapien genügend Ruhezeiten, keine Überschneidungen von Behandlungen, Kinderbetreuung während Therapien gewährleistet, keine Behandlung zu Essenszeiten
Abschluss der Behandlung	ärztliche Abschlussuntersuchung für Mutter und Kind mit integrierter psychosozialer Abschlussbesprechung frühestens 2 Tage vor dem Entlassungstag
Organisation der Behandlung	verbindliches, schriftliches und strukturiertes Konzept zur medizinischen Vorsorge/Rehabilitation, das regelmäßig (etwa alle 2 Jahre) überarbeitet wird

Tab. 4 Beschreibung der Erwachsenenstichproben (Mutter oder Vater) für die Bereiche „Vorsorge“ und „Rehabilitation“.

	Vorsorge (n _{max} = 1513)	Rehabilitation (n _{max} = 286)
Alter in Jahren (M/SD)	36,7 (6,37)	42,4 (11,47)
Geschlecht weiblich	95,8%	96,2%
Hauptindikationen (Anteil >5%)		
psychosomatische/psychovegetative Erkrankungen	50,3%	51,0%
degenerative rheumatische Erkrankungen	27,2%	15,7%
Familienstand		
ledig	16,7%	10,1%
verheiratet	59,6%	66,4%
geschieden/getrennt lebend	19,9%	14,0%
verwitwet	2,6%	8,0%
feste Partnerschaft	68,8%	72,0%
mit angereiste Kinder pro Mutter/Vater (M/SD)	1,50 (0,67)	1,46 (0,67)

erfassten Kriterien sowie die ereignisorientierte Patientenbefragung wurden deskriptiv ausgewertet. Anders als bei den Parametern der Ergebnisqualität wurden für die Maße der Prozessqualität wie im QS-Reha[®]-Verfahren keine risikoadjustierten Einrichtungvergleiche vorgenommen. Es wurden Prozentangaben für die Erfüllung einzelner Kriterien über alle Kliniken hinweg bzw. bezogen auf die einzelnen Einrichtungen berechnet.

Ergebnisqualität: Instrumentenentwicklung

Unter Ergebnisqualität versteht man das Ausmaß, in dem die gesetzten Ziele der medizinischen bzw. rehabilitativen Versorgung erreicht werden; sie bezieht sich somit auf das Ergebnis einer therapeutischen Leistung [26,27]. Die Verfahren zur Abbildung der Ergebnisqualität auf Patientenebene (inklusive Patientenzufriedenheit) sollten die relevanten Outcomes für die beiden Versorgungsbereiche unter Bezugnahme auf die ICF abbilden. Die Instrumente sollten des Weiteren faire Einrichtungvergleiche ermöglichen und befriedigende psychometrische Eigenschaften aufweisen.

Zunächst wurden auf Basis von Literaturrecherchen relevante Zielbereiche (z.B. Funktionseinschränkungen, Förderung psychosozialer Ressourcen) für den Kontext der Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge und -Rehabilitation zusammengestellt. Sodann wurden vorliegende Assessment-Verfahren gesichtet und im Hinblick auf ihre psychometrische Güte, ihre inhaltliche Eignung und ihre Praktikabilität bewertet. Auf dieser Basis wurde der in **Tab. 5** aufgeführte Pool von Fragebogenverfahren zur Dokumentation der Ergebnisqualität für die Bereiche Mutter-/Vater-Kind-Vorsorge und -Rehabilitation zusammengestellt.

Die Überprüfung der inhaltlichen Passung der ausgewählten Fragebogenverfahren und der ICF erfolgte anhand der sog. „linkage rules“³ [44,45].

Ergebnisqualität: Stichprobe

Die einrichtungvergleichenden Analysen beruhen auf Daten von zusammen N=1548 Patientinnen und Patienten (n_{Vorsorge} = 1348; n_{Rehabilitation} = 200). Grundlage bildete die Stichprobe, die bereits im Bereich Prozessqualität beschrieben wurde (s. o.). Aus metho-

³Unter „linkage rules“ versteht man Regeln, mithilfe derer Gesundheitsmaße wie z.B. Fragebogenitems systematisch korrespondierenden Kategorien der ICF zugeordnet werden können.

dischen Gründen wurden aber nur die Einrichtungen berücksichtigt, die mindestens n=10 Datensätze lieferten [46]. Vor diesem Hintergrund konnten im Teilprojekt „Vorsorge“ alle 26 Einrichtungen, im Teilprojekt „Rehabilitation“ 8 der 19 Einrichtungen in den klinikvergleichenden Analysen berücksichtigt werden.

Ergebnisqualität: Auswertungsmethodik

Um faire Einrichtungvergleiche zu ermöglichen, wurden Mehrebenenmodelle mit Risikoadjustierung berechnet [46–53]. Diese erlauben eine Aussage darüber, welcher Anteil der Varianz in den Outcomevariablen durch die Patientenebene bzw. durch die Einrichtungsebene erklärt wird. Die Abbildung der hierarchischen Datenstruktur ermöglicht die adäquate Berücksichtigung von Confoundern auf Einrichtungsebene. Relevante Confounder auf Patienten- und Einrichtungsebene waren im Rahmen einer Literaturrecherche spezifiziert worden [54–56], zusätzlich wurden für den Kontext relevante Confounder einbezogen. Es wurden die folgenden Confounder herangezogen: Eingangswert (t1) im jeweiligen Zielparame- ter; Vorsorge-/Rehabilitationsmotivation (Einschätzung durch Behandler); soziodemografische Variablen (Alter, Beziehungsstatus, Sozialschicht-Index); interkurrente Erkrankungen; Anzahl der Kinder; Einrichtungsgröße; Art der Maßnahme (mit/ohne Kind). Die abhängigen Variablen sind die Zielparame- ter zu t2, wie sie in **Tab. 5** benannt sind.

Ergebnisse

Im Folgenden werden exemplarische Ergebnisse für die Piloteinrichtungen vorgestellt, die das Vorgehen und die Ergebnisdarstellung im jeweiligen Qualitätsbereich besonders gut demonstrieren.

Ergebnisse Strukturqualität

In **Abb. 1** wird beispielhaft für den Bereich „internes Qualitätsmanagement“ der Erfüllungsgrad der vorläufigen Basiskriterien für die 38 Piloteinrichtungen im Klinikvergleich dargestellt. Der Balken „Gesamt“ entspricht dabei jeweils dem durchschnittlichen Erfüllungsgrad in der Gesamtstichprobe aller Einrichtungen aus der bundesweiten Struktur- erhebung (n=115).

Wie aus **Abb. 1** ersichtlich ist, werden im Hinblick auf den Bereich „internes Qualitätsmanagement“ Unterschiede zwischen den Piloteinrichtungen deutlich.

Bei den Visitationen wurden geringfügige Differenzen zu den Angaben im Strukturhebungsbogen festgestellt – in positiver wie auch in negativer Richtung. Die Prüfung der allgemeinen Merkmale, der räumlichen Ausstattung sowie der medizinisch-technischen Merkmale war unproblematischer als die Prüfung von Kriterien im Bereich „Gesundheitsinformation und Schulungen“ und „personelle Ausstattung“. Prozessnahe Strukturmerkmale konnten anhand entsprechender Dokumente und Aufzeichnungen gut nachvollzogen werden.

Ergebnisse Prozessqualität

In **Tab. 6** sind für die Bereiche „Vorsorge“ und „Rehabilitation“ die Erfüllungsgrade von 5 exemplarisch ausgewählten Kriterien des „idealen Prozesses“ zur Bewertung der Behandlungsabläufe, die über den Dokumentationsbogen erhoben wurden, aufgeführt.

Abb. 2 verdeutlicht exemplarisch für das Kriterium „erste Behandlung spätestens 2 Tage nach Aufnahme“ (im Bereich „Vorsorge“) die Varianz der Erfüllungsgrade in der klinikvergleichenden Darstellung. Der Erfüllungsgrad bezieht sich auf den Anteil der Patienten je Klinik, für die das jeweilige Kriterium erfüllt war.

Tab. 5 Verwendete Selbstbeurteilungsinstrumente zur Dokumentation der Ergebnisqualität.

Zielbereich	Instrument	erfasste(s) Merkmal(e)
Funktionsfähigkeit	IMET [28]	Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe entsprechend ICF (<i>nur Bereich „Rehabilitation“</i>)
	IRES-24 [29]	subjektiver Gesundheitsstatus
Befindlichkeit und Ressourcen	FLZ-M [30]	allgemeine Lebenszufriedenheit; Zufriedenheit mit der Gesundheit
	Rosenberg-Skala [31]	allgemeiner Selbstwert
	RS-11 [32]	psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen (Resilienz)
	BSSS [33]	soziale Unterstützung
	Brief COPE [34, 35]	Strategien der Belastungsbewältigung (Coping)
Belastungen	PHQ-D [36]	psychische Symptome/Störungen
	IRES-MF [16]	Belastungen von Müttern im Kontext von Mutter-Kind-Maßnahmen
Erziehungsverhalten	EFB-K [37, 38]	elterliche Erziehungsstile und Erziehungsverhalten
	FKE [37, 38]	erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit
kindliches Befinden und Verhalten	KINDL-R [39, 40]	Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen
	SDQ [41, 42]	Verhaltens- und psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen
Gesundheitsverhalten	GS-R [*]	gesundheitsbezogenes Verhalten (<i>nur Bereich „Rehabilitation“, nur t3</i>)
Patientenzufriedenheit	ZUF-8 [43]	allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung
	ZUF-34 (Eigenentwicklung, nach Meixner [16])	Bewertung der in Anspruch genommenen therapeutischen Leistungen

*Härtel U. Standardisierte Erfassung von sozialen Variablen und Gesundheits- und Krankheitsverhalten in Bevölkerungssurveys. Unveröffentl. Manuskript, LMU München 1997/2005

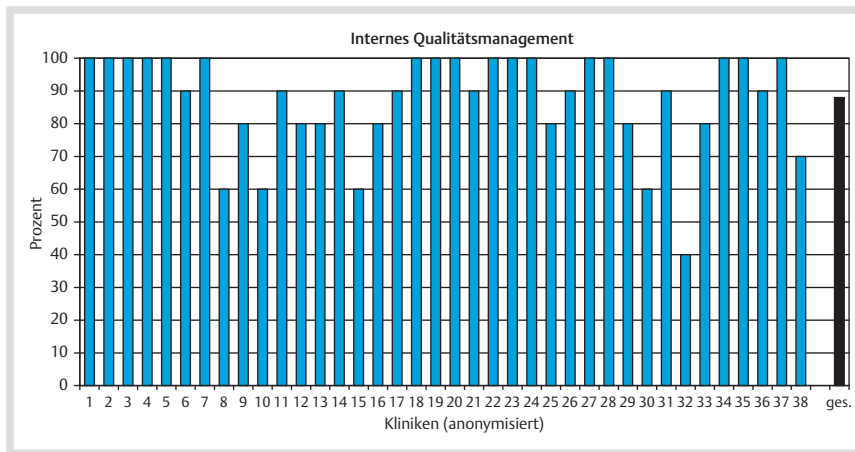


Abb. 1 Erfüllungsgrad der vorläufig definierten Basiskriterien der Pileteinrichtungen, Bereich „Internes Qualitätsmanagement – Kernfragebogen“ (bestehend aus 10 Items).

Kriterium des „idealen Prozesses“	Kriterium erfüllt (in Prozent)	
	Vorsorge (n _{gesamt} = 1 513)	Reha (n _{gesamt} = 286)
Aufnahmeuntersuchung spätestens 2 Tage nach Aufnahme	96,6%	95,3%
erste Behandlung spätestens 2 Tage nach Aufnahme	74,5%	75,2%
mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	89,2%	86,4%
Nachsorgeempfehlungen	79,2%	77,6%
Entlassungsgespräch frühestens 2 Tage vor der Entlassung	69,7%	82,2%

Tab. 6 Erfüllungsgrade exemplarischer Kriterien des „idealen Prozesses“.

Die Items der ereignisorientierten Patientenbefragung zur globalen Bewertung der verschiedenen Phasen des Behandlungsprozesses wurden mehrheitlich positiv in Bezug auf die zu erfüllenden Kriterien beantwortet (► **Tab. 7**). Für die Items der ereignisorientierten Patientenbefragung wurde im Rahmen dieser Studie noch keine klinikvergleichende Auswertung vorgenommen, da das neu konstruierte Fragebogeninstrument erst noch in weiteren Studien hinsichtlich seiner Reliabilität überprüft werden sollte.

Ergebnisse Ergebnisqualität

In ► **Abb. 3** sind exemplarisch für den Parameter „Depressivität“ (PHQ-D) die klinikvergleichenden Auswertungen für den Bereich „Vorsorge“ dargestellt. Die Darstellung erfolgt anhand so-

genannter „control charts“ [57–59], deren Anwendung im Kontext von Einrichtungsvergleichen empfohlen wird [60]. Hierbei wird die Ausprägung des jeweiligen Ergebnisparameters für jede Einrichtung abgetragen, ergänzt durch einen sogenannten Plausibilitätsbereich [45].

In ► **Abb. 3** sind beispielhaft für jede Einrichtung die Residuen⁴ des Zielparameters Depressivität zum Messzeitpunkt t2 sowie die zugehörigen Konfidenzintervalle abgetragen (risikoadjustierte Werte). Die Werte sind hierbei so transformiert, dass der Gesamtmittelwert immer bei Null liegt. Des Weiteren ist (mit 2

⁴Residuen geben die Differenz zwischen aufgrund der Ausprägung eines Confounder erwartetem und tatsächlichem Outcome-Wert wieder. Sie stellen somit einen vom Einfluss des Confounder „bereinigten“ Ergebnisparameter dar [48].

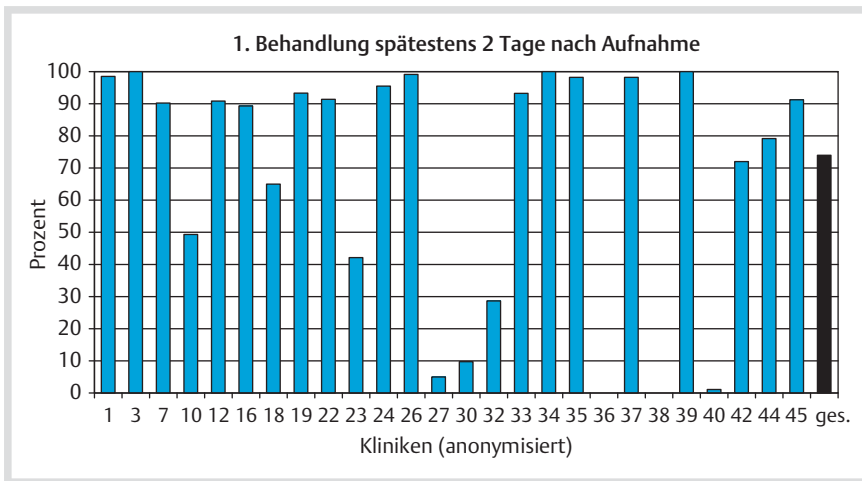


Abb. 2 Prozentuale Erfüllungsgrade des Prozesskriteriums „erste Behandlung spätestens 2 Tage nach Aufnahme“ für den Bereich Vorsorge (Daten von 1 513 Vorsorgepatientinnen; 26 Einrichtungen).

Item	positive Beurteilung (Antwort „ja“)	
	Vorsorge (n _{gesamt} = 1 513)	Reha (n _{gesamt} = 286)
War die Ankunft insgesamt für Sie eher stressfrei?	78,3%	80,1%
War das ärztliche Aufnahmegespräch für Sie insgesamt eine positive Erfahrung?	76,5%	75,9%
War die Organisation der Behandlungen insgesamt gut?	89,1%	91,3%
War das Klima in der Klinik insgesamt gut?	90,7%	92,7%
Kam es für Sie insgesamt zu einem guten Abschluss des Aufenthalts?	83,2%	83,6%

Tab. 7 Bewertung des Aufenthalts in der Einrichtung anhand der Globalitems der ereignisorientierten Patientinnenbefragung (dichotome Antwortskala).

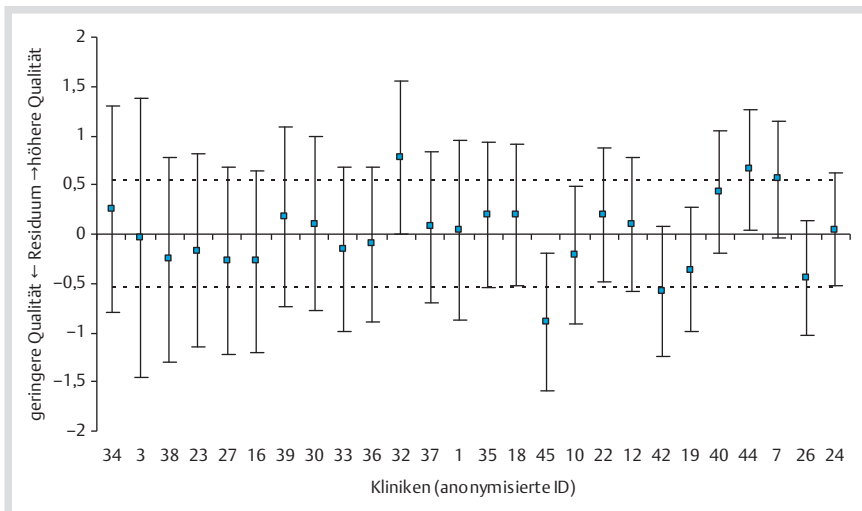


Abb. 3 Klinikvergleichende Darstellung der Residuen am Ende der Maßnahmen (t₂) nach Risikoadjustierung für den Zielparameter „Depressivität“ (Bereich „Vorsorge“), n_{gesamt} = 1 513.

waagerechten Linien oberhalb und unterhalb des Gesamtmittelwerts von Null) der Plausibilitätsbereich eingetragen, in dem ca. 95% aller Einrichtungen liegen (± 2 Standardabweichungen), wenn man davon ausgeht, dass es Qualitätsunterschiede zwischen den Einrichtungen gibt, die der Normalverteilung unterliegen. Einrichtungen, deren Residuen und Konfidenzintervalle außerhalb dieses Bereichs liegen, sind (in positiver oder negativer Richtung) „auffällig“. Einrichtungen, deren Konfidenzintervalle sich überschneiden, unterscheiden sich nicht signifikant auf dem entsprechenden Parameter. Im obigen Beispiel ist für die Kliniken im Bereich „Vorsorge“ erkennbar, dass mehrere Einrichtungen bezüglich des Parameters „Depressivität“ signifikant voneinander abweichen (zum Beispiel die Einrichtungen 44 und 45), dass sich aber die Kliniken nicht überzufällig vom Gesamtmittelwert unterscheiden.

Für die eingesetzten Fragebogen für Kinder (KINDL-R; SDQ) konnten aus methodischen Gründen⁵ keine einrichtungsvergleichenden Analysen durchgeführt werden. Zur Dokumentation der Patientenzufriedenheit zum Messzeitpunkt t₂ wurden der ZUF-8 [43] und der ZUF-34 (adaptierte und modifizierte Form des von der Universitätsklinik Freiburg konzipierten Zufriedenheitsbogens; [16]) eingesetzt. Analog zu den anderen Parametern der Ergebnisqualität (s.o.) wurden klinikvergleichende Auswertungen durchgeführt. **Abb. 4** zeigt beispielhaft für den Bereich „Vorsorge“ das control chart für die

⁵ Relevante Gründe: zu kleine Untergruppen, Schwierigkeiten der Verknüpfung von Eltern- und Kinderdaten, teilweise Ausgabe falscher Altersversionen in den Einrichtungen, keine sinnvolle Erfassung bei Kindern < 4 Jahren, fehlende Eignung bestimmter Subskalen des KINDL-R („Schule“; „Familie“; „Krankheit“) für den Zielkontext bzw. für spezifische Messzeitpunkte.

Instrument	Parameter	Zielbereich
PHQ-D	Depressivität	Belastungen
PHQ-D	somatische Symptome	
IRES-MF	mütterspezifische Belastungsfaktoren	
IRES-24	Funktionsstatus im Alltag	Funktionsfähigkeit
Brief COPE	handlungsorientiertes Coping*	Befindlichkeit
FLZ-M	Zufriedenheit mit der Gesundheit	
Rosenberg-Skala	Selbstwert	
BSSS	Suche nach sozialer Unterstützung	
RS-11	Resilienz	
<i>eingeschränkte Empfehlung aus methodischen Gründen, aber inhaltlich sinnvoll</i>		
FKE	erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit	Erziehungsverhalten
IRES-MF	umweltbezogene Belastungsfaktoren	Belastungen
IRES-MF	familienbezogene Sorgen	

* Brief-COPE-Subskalen: „emotionale Unterstützung“, „aktive Bewältigung“, „instrumentelle Unterstützung“, „Ausleben von Emotionen“, „Planung“

Tab. 8 Empfohlene Assessment-Instrumente zur einrichtungsvergleichenden Ergebnismessung.

erschwert. Wenngleich im Teilprojekt „Rehabilitation“ eine Kattmese erprobt wurde, so wird dieser Ansatz im Routineeinsatz nicht weiter verfolgt werden.

In den Projekten wurden die starke Heterogenität dieses Versorgungsbereichs und damit besondere Herausforderungen für die Qualitätssicherung deutlich. Die Versorgungslandschaft zeichnet sich durch viele kleine Einrichtungen mit weniger als 60 Betten und einige große Kliniken (mit über 100 Betten) aus. Neben der Aufteilung in Vorsorge und Rehabilitation (die sowohl in der Zuweisung als auch in der Behandlung noch nicht stringent umgesetzt wird) müssen Einrichtungen unterschieden werden, die nur Mütter aufnehmen und solche, die Mütter und Kinder (mit unterschiedlichen Altersspektren) behandeln. Wenngleich der Bereich „Psychische Belastungen/ Psychosomatik“ die häufigste Indikation darstellt, gibt es auch Einrichtungen, die schwerpunktmäßig andere Indikationen behandeln bzw. spezifische thematische Behandlungsschwerpunkte (z. B. trauernde Eltern, Kinder mit Behinderungen) vorhalten. Diese Bedingungen zeigen die hohe Spezialisierung bzw. Differenzierung des Angebots auf, stellen aber für die vergleichende externe Qualitätssicherung eine nicht zu unterschätzende Hürde dar, da diese Vielfalt nur schwer abgebildet werden kann und die Anzahl der vergleichbaren Einrichtungen in strukturähnlichen Subgruppen sehr gering ist.

Der erfasste „Gegenstand“ (Qualität der Maßnahme) muss aufgrund seiner Komplexität über mehrere Parameter auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden (die sicherlich immer noch lediglich einen messbaren Teilbereich von Qualität abbilden). Sie lassen sich weder methodisch noch inhaltlich sinnvoll in einen einzigen „Index für Behandlungsqualität“ zusammenfassen, der einen einfachen Vergleich (anhand einer Dimension) zuließe. Dies mag auf den ersten Blick unbefriedigend erscheinen, ist aber insbesondere im Vater-/Mutter-Kind-Bereich besonders augenscheinlich – schließlich sind hier neben der funktionalen Gesundheit von Mutter (bzw. Vater) und Kind auch eine ggf. bestehende Interaktionsproblematik zu berücksichtigen, sowohl bei den Eingangsassessments als auch bei der Veränderungsmessung.

Auch in den gemeinsamen Projekten der DRV und GKV zur Entwicklung externer Qualitätssicherungsinstrumente in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation [14] wurde deutlich, dass es noch vielfältige Abgrenzungsprobleme zwischen den Einrichtungstypen der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation und den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen gibt. Zudem zeigte sich auch in diesen Projekten die Abgrenzungsproblematik zwischen

Vorsorge und Rehabilitation. Eine externe Qualitätssicherung kann vor diesem Hintergrund immer nur einen Kompromiss darstellen zwischen der Notwendigkeit, qualitätsrelevante Merkmale vergleichend und fair zu erfassen, und dem Anspruch, die Realität angemessen abzubilden und der Vielfalt der Leistungsangebote gerecht zu werden.

Für einen Teil der Parameter zur Prozess- und Ergebnisqualität erscheint eine EDV-gestützte Erfassung sinnvoll (z. B. Datum der Aufnahme und der Aufnahmeuntersuchung), die eine Verknüpfung mit der fallbezogenen Routedokumentation ermöglicht. In Zusammenarbeit mit dem MDK Rheinland-Pfalz wurde die „Beta-Version“ eines EDV-Dokumentationssystems entwickelt, welches an das System Eva-Reha® [61] angelehnt ist. In der Nutzung von Routedaten, die durch die Anwendung EDV-basierter Verfahren erleichtert wird, liegt sicherlich ein großes Potenzial der externen prozessnahen Qualitätssicherung, das weiter untersucht werden sollte.

Die Umsetzung des Projektes war durch besondere Rahmenbedingungen erschwert: Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen haben ihre Strukturen und Konzepte zu einem großen Teil vor dem Hintergrund einer sozialfürsorgerischen Tradition entwickelt. Gemeinsame Anforderungsprofile für den Leistungsbereich auf Bundesebene wurden erstmals 2003 zwischen Kassen- und Leistungserbringer-Verbänden vereinbart und in unterschiedlicher zeitlicher Folge versorgungsvertraglich auf den Landesebenen umgesetzt. Ein ursprünglich nicht vorhersehbarer Rückgang der Zahl der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen führte im Projekt dazu, dass die Patientinnenrekrutierung deutlich hinter den Erwartungen zurück blieb und speziell im Projektteil Rehabilitation in den Kliniken – trotz einer Verlängerung der Datenerhebungsphasen – nicht die vorher durchaus realistisch geplanten Stichprobenzahlen erreicht wurden.

Zu erwähnen ist schließlich, dass die wissenschaftliche Fundierung des Mutter-/Vater-Kind-Bereichs weiter ausgebaut werden muss. Es fehlen weitgehend akzeptierte, empirisch fundierte und theoretisch begründete Behandlungsmodelle, die mit operationalisierbaren Assessments verknüpft sind. Dies erschwerte die Suche nach verwendbaren Assessments und nach Konzepten für die Beurteilung von Standards und anderen Qualitätskriterien und -dimensionen.

Wie auch im Bereich der Qualitätssicherung in anderen Leistungsbereichen der medizinischen Rehabilitation erscheinen die in den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen eingesetzten Vorgehensweisen und Messverfahren insbesondere geeignet, „bad apples“ herauszufinden. Damit sind zwar die gesetzlichen An-

forderungen an die Qualitätssicherungsansätze der GKV erfüllt; der Anspruch eines weiter differenzierten Klinikvergleichs entsprechend dem ursprünglichen Auftrag der Projekte konnte damit allerdings nur bedingt umgesetzt werden, da zu viele Einflussfaktoren einer weiteren Differenzierung im Wege stehen. Eine zuverlässige Rangreihung der Einrichtungen kann beispielsweise nicht begründet werden, weil auf den meisten der risikoadjustierten Outcome-Parameter keine signifikanten Klinikunterschiede festgestellt wurden. Gründe für die geringen Klinikunterschiede können beispielsweise darin liegen, dass die eingesetzten Instrumente vorhandene Unterschiede nicht abbilden, oder aber auch darin, dass nach der Adjustierung von nicht beeinflussbaren Gegebenheiten der Kliniken kaum mehr Unterschiede vorhanden sind, zumindest bei den vermutlich überdurchschnittlich engagierten und qualifizierten Modellkliniken. Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen haben sich als historisch gewachsenes und zielgruppenspezifisches Versorgungsangebot in unserem Gesundheitssystem etabliert; der Bereich befindet sich allerdings seit einigen Jahren im Aufbruch und bietet auch aufgrund seiner gesellschaftlichen Relevanz erhebliche Entwicklungspotenziale. Der qualitätsorientierte Wettbewerb – orientiert an sachgerechten Kriterien – bietet den Einrichtungen und dem Mutter-/Vater-Kind-Bereich insgesamt wertvolle Chancen, sich über messbare Erfolge zu legitimieren.

Kernbotschaft

Als Ergebnis der Erprobung von Verfahren zur externen Qualitätssicherung im Bereich der stationären Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter (einschließlich Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) stehen Instrumente für den Routineeinsatz zur Verfügung. Der familienorientierte Bereich der Gesundheitsversorgung stellt aufgrund seiner Heterogenität für die vergleichende Qualitätssicherung eine besondere Herausforderung dar.

Förderung



Die Forschungsarbeiten wurden von den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene gefördert.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Die Literatur zu diesem Beitrag finden Sie online unter www.thieme-connect.de/ejournals/toc/rehabilitation.