

Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates:

VI. Qualitätskriterien für die Auswahl von möglichen Anbietern: Obligatorische Dokumentationsstandards für eine permanente Ergebnisbeobachtung

Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation

VI. Quality criterion to choose adequate clinic companies: obligatory documentation standards for a continuous follow-up of therapy results

Thomas M¹, Busse M²

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität Leipzig¹ (Direktor: Prof. Dr. med. G. von Salis-Soglio)
Institut für Sportmedizin/Sportmedizinische Ambulanz und Rehabilitationszentrum der Universität Leipzig²
(Direktor: Prof. Dr. med. M. W. Busse)

Zusammenfassung:

Thomas M, Busse M. Leitlinien zur ambulanten Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates: VI. Qualitätskriterien für die Auswahl von möglichen Anbietern: Obligatorische Dokumentationsstandards für eine permanente Ergebnisbeobachtung. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 68-115.*

Intraindividuelle therapeutische Effizienz kann allein durch quantifizierende Messung der betroffenen Körperfunktionen nachgewiesen werden. Dies hat in Relation zu entsprechenden Normalwerten bzw. Scores zu geschehen. Um mögliche Therapiefehler möglichst frühzeitig zu erkennen, ist eine permanente, tägliche Quantifizierung erforderlich. Diese wiederum erfordert standardisierte Messkriterien. Entsprechendes gilt für die Bewertung der therapeutischen Effizienz einer Rehabilitationseinrichtung insgesamt bzw. für den Vergleich unterschiedlicher Rehabilitationseinrichtungen. Es werden für 3 Hauptindikationsbereiche entsprechende standardisierte Untersuchungs- und Bewertungsbögen beispielhaft präsentiert.

Schlüsselwörter: Ambulante Rehabilitation, Sozialversicherung, Sozialversicherungsträger

Summary:

Thomas M, Busse M. Guidelines for the outpatient orthopaedic rehabilitation: VI. Quality criterion to choose adequate clinic companies: obligatory documentation standards for a continuous follow-up of therapy results. *Klinische Sportmedizin/Clinical Sports Medicine – Germany (KCS) 2002, 3(4): 68-115.*

To demonstrate therapeutic efficiency, a quantitative analysis of the functions of the injured regions is necessary. Reference values or score systems should be the basis of comparison. To identify therapeutic errors early, a daily quantification of therapeutic results is necessary. This demands standard criterions. This also yields for the survey of the therapeutic efficiency of rehabilitation centers. For three main indications respective standardized examination and evaluation checklists are presented.

Keywords: outpatient rehabilitation, social insurance, social assurances

Ein grundsätzliches Problem der AOTR besteht in der Polypragmasie der Verfahren und in der fehlenden rehabilitationsbegleitenden Dokumentation anamnestischer und klinischer Daten. Bei entsprechenden Befragungen in ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen hörten wir zur Verfahrensfrage wiederholt Argumente wie: „...ich weiß am besten, was ich tue...“, „...ich mache das in jedem Einzelfall anders...“, „...was in Büchern steht, ist dummes Zeug, ich richte mich nach meinem Gefühl...“, „...eine quantifizierende Überprüfung ist ganz schlecht, damit verwirre ich den Patienten nur...“. Wie Artikel II der Leitlinien-Serie und die Anlagen zeigen, ist insbesondere die postoperative AHB eine an engen medizinischen Kriterien ausgerichtete Therapieform, die ebenso exakten Regeln zu folgen hat wie die vorangegangene Operation. Eine permanente Ergebnisbeobachtung setzt obligatorisch zwei Punkte voraus:

Durchführung der Therapie auf der Basis vorgegebener Richtlinien zum zeitlichen und inhaltlichen Ablauf. Derartige Richtlinien sind in Artikel II der vorliegenden Serie (*Klinische Sportmedizin 2002,1(3),S. 4-29*) erstmalig in der deutschen Literatur dargestellt. Insgesamt handelt es sich bei den im Folgenden genannten Punkten um Qualitätskontrollen, wie sie im ambulanten-niedergelassenen Bereich seit langem selbstverständlich sind und denen sich u.E. auch alle Rehabilitationskliniken zu stellen haben.

Rehabilitationsbegleitende Erfassung anamnestischer und klinischer Daten. Der Behandlungserfolg spiegelt sich für alle genannten Einschlussindikationen zur ambulanten Rehabilitation an letztlich drei Größen wider:

Klinische Parameter des Heilungsprozesses (z.B. bildgebende Diagnostik, Reaktionslage des Wundareals); sind Wiederherstellung der objektiven klinischen Funktionsparameter sowie subjektive, schmerzarme bzw. -freie Funktion

nach Reha-Abschluss zu mehreren Zeitpunkten: AU-Zeiten als gemischter Parameter sozialmedizinischer und klinischer Einflüsse.

Hieraus leiten sich folgende Erfassungszeitpunkte ab:

Zeitpunkt 0:	vor OP	(optional)
Zeitpunkt 1:	vor Reha-Beginn	(obligatorisch)
Zeitraum 2:	Reha-begleitend täglich	(obligatorisch)
Zeitpunkt 3	nach Reha-Abschluss	(obligatorisch)
Zeitpunkt 4	6 Monate nach Reha	(obligatorisch)
Zeitpunkt 5	12 Monate nach Reha	(obligatorisch)

Überprüfung der richtlinienorientierten Therapie-durchführung:

Alle sowohl hier im Text wie auch in den Tabellen dargestellten zeitlichen und inhaltlichen Angaben zum Heilungsgeschehen beruhen auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft in Form fremder und eigener Ergebnisse. Vertragszentren darf hier kein Spielraum zur eigenen Gestaltung vermeintlich hocheffizienter Inhalte gegeben werden. Die Beurteilung des Therapieerfolges und mögliche Änderungsstrategien bei fehlendem Erfolg setzen, der Operationslehre entsprechend, zwingend ein einheitliches, nur im engen Spielraum des individuellen Heilungsprozesses variiertes Therapiekonzept voraus. Diese Variationen, die in jedem Fall klinisch durch den verantwortlichen Arzt zu begründen sind, dürfen allenfalls zeitliche Abweichungen, aber keinesfalls inhaltliche Abweichungen beinhalten. Dies erfordert

- strenge Beachtung der in dieser Serie angegebenen Richtlinien durch alle Rehabilitationszentren
- in jedem Einzelfall das Vorliegen eines ärztlichen Rehabilitationsplanes, der sich exakt an den Vorgaben in Absatz zwei und den genannten Anlagen orientiert, mit detaillierten Begründungen für etwaige zeitliche Abweichungen
- soweit erforderlich eine rehabilitationsbegleitende zeitliche (nicht inhaltliche!) Korrektur des Planes anhand des jeweiligen Status quo
- stichprobenartige, unangekündigte Überprüfungen zur Einhaltung dieser Vorgaben durch eine beauftragte Stelle; hierzu ist im Vertrag mit der Einrichtung das Einverständnis zu unterzeichnen

Erfassung und Dokumentation anamnestischer und klinischer Therapiegrößen:

Vor und nach Rehabilitation sowie während des folgenden Jahres sind hier neben den klinischen und klinisch-anamnestischen Fragen auch sozialmedizinische und andere Parameter relevant. Diese werden im Wesentlichen durch den SF36-Bogen (Tabelle 1) international als hinreichend erfassbar bewertet (s. folgende Erfassungsbögen). Rehabilitationsbegleitend sind zumindest für die isokinetischen Seilzugübungen in Zusammenhang mit dem subjektiven Schmerzempfinden tägliche Erhebungen mit entsprechender Auswertung durchzuführen (s. folgende Erfassungsbögen). Für die Hauptindikationen Schulter, Wirbelsäule, Hüfte und Knie sind entsprechende Bögen detailliert erarbeitet. Die letztendliche Form ist nach

Abprache festzulegen und wird dann für alle Indikationen in separaten Formblättern herausgegeben. Diese Bögen wurden so ausgearbeitet, dass sich bei vollständiger Beantwortung zugleich die bedeutendsten internationalen Scores erheben lassen und in der Folge erstmals auch eine Ergebnisabstimmung mit Rehabilitationsverfahren anderer Länder möglich sein wird.

Erläuterungen zum Gebrauch sind den einzelnen Bögen vorangestellt.

Diese Erhebung auf der obligatorischen Basis einheitlicher Therapieschemata erlaubt zusammenfassend folgende Aussagen:

Für die Rehabilitationseinrichtung:

- Verpflichtung zur einheitlichen Gestaltung des Therapieablaufs nach dem aktuellen, international standardisierten Stand der Wissenschaft
- Gestaltung eines einheitlichen Heimtherapieprogrammes auf der Basis der überwachten Therapie entsprechend den beigefügten Richtlinien und damit eine Erhöhung des effektiven Therapieumfangs um ca. 30-50%.
- Kontinuierliche individuelle Prozessbeobachtung mit der Möglichkeit, frühzeitig auf Störungen oder Verzögerungen des Heilungsprozesses zu reagieren
- Motivationsaufbau für den Patienten durch quantitatives Miterleben der eigenen Behandlungsfortschritte bei gleichzeitig kontinuierlicher Anpassung der Inhalte des Heimtherapieprogrammes
- Vergleich der mittleren Therapieeffizienz des Reha-zentrums im Vergleich zu Orientierungsvorgaben (Inhalte eines möglichen Auftrags zur kontinuierlichen externen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Prozessevaluation, s. u.)

Für die Krankenkasse:

- Unter der Voraussetzung einer entsprechenden permanenten Datenerfassung Prozessbeobachtung aller in allen Vertragszentren stattfindenden Einzelmaßnahmen sowie deren mittlerer Ergebnisse
- Effizienzbeurteilung der Reha-Zentren und ggf. stationärer Einrichtungen in Hinsicht auf medizinische Effizienz (in Relation zu „Sollzahlen“ sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)
- betriebswirtschaftliche Effizienz (in Relation zu „Sollzahlen“ sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)
- sozialmedizinische Effizienz (AU-Zeiten, Häufigkeit von Folge-AU, relative Einsparungen gegenüber stationärer Maßnahme (in Relation zu „Sollzahlen“ sowie der mittleren Effizienz aller Einrichtungen)

Konzept zur Beobachtung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität

Im Zusammenhang mit früheren Gutachten und wissenschaftlichen Studien, aber auch mit dem aktuellen Projekt wurde versucht, Evaluationen zur Effizienz für unter-

schiedliche Rehabilitationsträger und Rehabilitationskonzepte einzuholen. Im Effekt lässt sich feststellen, dass bei allen Kostenträgern derartige Überprüfungen bislang praktisch nicht existieren und lediglich für die Zukunft avisiert sind.

Unabhängig von diesen Planungen sollte in allen Reha-Vertragszentren unverzüglich ein automatisiertes Evaluations- und Prüfverfahren etabliert werden. Dieses beinhaltet die folgenden Komponenten:

1. Prüfung von Indikation und Therapieplan
2. Rehabilitationsbegleitende Evaluation und Kontrolle der therapeutischen Individualergebnisse (Rehabegleitende Datenerfassung klinisch-objektiver und anamnestisch-subjektiver Daten)
3. Post-rehabilitative Evaluation klinischer, anamnestischer und sozialmedizinischer Daten (v.a. AU-Zeiten)
4. Erfassung der Gesamteffizienz der Rehabilitationseinrichtung in Hinsicht auf klinische und anamnestische Effizienz (durchschnittliche Ergebnisse in Hinsicht auf klinische Sollparameter, Patientenzufriedenheit und sozialmedizinische Effizienz, v.a. AU-Zeiten und Rezidivkrankungen)

Hieraus leitet sich eine lückenlose Überprüfung ab, die als entscheidenden Zusatzeffekt Aussagen über die Gesamteffizienz der ambulanten Rehabilitation ermöglichen wird. Anzustreben ist dabei eine Implementierung dieser Prüf- und Evaluationsverfahren in die stationäre Rehabilitation, so dass erstmalig quantitativ vergleichende Aussagen möglich sind.

Zu 1. Prüfung von Indikation und Therapieplan

Die in Artikel II dieser Serie dargestellten Indikationen sind so ausgewählt, dass bereits die entsprechende Diagnose als Indikation zur ambulanten Rehabilitation dient. Weitergehende Prüfungen sind, entsprechende Gegebenheiten auf Seiten der Patienten vorausgesetzt, nicht erforderlich. Ungeachtet dessen empfehlen wir eine kurze Prüfung des ärztlichen Therapieplanes mit Darstellung der klinischen Ausgangssituation. Dies wird die nötige Sorgfalt bei den Vertragszentren auf Dauer sichern.

Die Indikation bei primär konservativem Vorgehen ist, wie oben erwähnt, in jedem Einzelfall zu prüfen. Wir empfehlen, diese Prüfung von vornherein nur in Kombination mit dem Behandlungsplan vorzunehmen.

Zu 2. Rehabilitationsbegleitende Evaluation und Kontrolle der therapeutischen Individualergebnisse (Rehabegleitende Datenerfassung klinisch-objektiver und anamnestisch-subjektiver Daten)

In den o.a. Therapie-Dokumentationsbögen sind die Möglichkeiten einer kontinuierlichen Evaluation aufgezeigt. Die Daten sind täglich, zusammen mit den anamnestischen Befunden, in ein entsprechendes Erfassungsprogramm einzugeben ggf. an eine zentrale Evaluationsstelle einzusenden oder entsprechend selber auszuwerten. Die Auswertung geschieht unter folgenden Kautelen:

- Individueller Therapieverlauf mit vergleichender Beobachtung des Therapieerfolgs in Relation einem mittleren Soll-Ergebnis.
- Die Befunde werden in angemessenen Zeitabständen mit Normalverläufen verglichen, bei deutlicher Abweichung wird das Reha-Zentrum zur Stellungnahme aufgefordert. Entsprechende Sollkurven liegen uns für die Hauptindikationen vor, Prüfbögen und eine Auswertungslogistik können bei den Autoren bezogen werden.

Zu 3: Post-rehabilitative Evaluation klinischer, anamnestischer und sozialmedizinischer Daten (v.a. AU-Zeiten)

Es liegen bislang praktisch keine Daten zur klinischen und sozialmedizinischen Effizienz von Reha-Verfahren vor. Die RV-Träger registrieren zwar bei Entlassung die theoretische Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit, eine Erhebung der entsprechenden Effektivdaten findet jedoch nicht statt. Es ist im Effekt nicht nachvollziehbar, daß ein Hauptziel der Rehabilitation Berufstätiger, die Wiederaufnahme des Berufs, trotz jahrzehntelanger Existenz der Maßnahmen bislang nicht in einer relevanten Studie überprüft wurde. Es ist gleichfalls nicht nachvollziehbar, daß die Krankenkassen als eigentlich Betroffene langer AU-Zeiten hier gleichfalls bislang jede Initiative haben missen lassen. Bis zum Vorliegen solcher Daten wird jede Aussage darüber, ob und in welcher Hinsicht Rehabilitation überhaupt sinnvoll ist, d.h. der Sinn der Investition jährlich mehrerer Milliarden Mark, rein spekulativ bleiben.

Zu 4: Erfassung der Gesamteffizienz der Rehabilitationseinrichtung in Hinsicht auf klinische und anamnestische Effizienz (durchschnittliche Ergebnisse in Hinsicht auf klinische Sollparameter, Patientenzufriedenheit und sozialmedizinische Effizienz, v.a. AU-Zeiten und Rezidivkrankungen)

Dieser Punkt betrifft im Wesentlichen die eben genannten Aspekte. Die Evaluation überprüft die gemittelte medizinische und sozialmedizinische Effizienz der Rehabilitationseinrichtung. Negativabweichungen werden im Verhältnis zur gemittelten Effizienz aller Einrichtungen und zur theoretischen Soll-Effizienz als relative Belastung des Kostenträgers ausgedrückt. Bei längerer, nicht begründbarer Dauer dieser Belastung ist die Zulassung zu entziehen.