

## **Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung**

### **nach § 20 Abs. 1 SGB IX**

vom 27. März 2003

Die Rehabilitationsträger wirken auf bedarfsgerechte, zielgerichtete und an den individuellen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten ausgerichtete qualifizierte Leistungen zur Teilhabe hin und stellen sie durch geeignete Leistungserbringer sicher. Dabei wird ein umfassender und interdisziplinärer Rehabilitationsansatz zu Grunde gelegt, der somatische, psychische und soziale Dimensionen und ihre Folgen berücksichtigt. Verfahren zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement stellen dabei zentrale Elemente einer effektiven und effizienten Leistungserbringung dar. Die damit einhergehende Transparenz trägt entscheidend zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen bei.

Zu diesem Zweck vereinbaren

die gesetzlichen Krankenkassen,  
die Bundesanstalt für Arbeit,  
die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,  
die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,  
die Träger der Alterssicherung der Landwirte,  
die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im  
Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

gemäß § 20 Abs. 1 SGB IX folgende Gemeinsame Empfehlung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer.

## **§ 1**

### **Zielgruppe und Leistungen**

1. Zielgruppe für Leistungen zur Teilhabe sind Leistungsberechtigte im Sinne der §§ 1 und 2 SGB IX.
2. Leistungen zur Teilhabe im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind die notwendigen Sozialleistungen nach den §§ 26, 33 und 55 SGB IX. Der Leistungsberechtigte mit seinen Bedürfnissen ist in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen.

## **§ 2**

### **Definition von Qualität**

Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung.

## **§ 3**

### **Grundsätze der Qualitätssicherung**

1. Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe hat zum Ziel, eine am Bedarf der Leistungsberechtigten orientierte, unter den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestmögliche Qualität zu gewährleisten. Dazu dienen die systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität.
2. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und -optimierung der Leistungen. Hierzu dienen sowohl externe Maßnahmen der Rehabilitationsträger als auch interne Maßnahmen der Leistungserbringer einschließlich der Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems.
  - *Externe und interne Qualitätssicherung*
3. Externe Qualitätssicherung soll vor allem die Einhaltung und die (Weiter-)Entwicklung der Qualitätsstandards gewährleisten. Durch vergleichende Qualitätsanalysen werden den

Leistungserbringern Rückmeldungen als Grundlage für die interne Qualitätsentwicklung zur Verfügung gestellt. Hierfür sind valide Kriterien für die Vergleichbarkeit der Einrichtungen sowie geeignete Parameter zur Bildung vergleichbarer Gruppen von Leistungsberechtigten erforderlich.

4. Interne Qualitätssicherung dient der Sicherung einer kontinuierlichen hohen Qualität der Erbringung von Leistungen. Damit ist die einrichtungsinterne kontinuierliche Problemerkennung und Verbesserung von Leistungen ebenso verbunden wie die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität. Voraussetzung für eine effektive interne Qualitätssicherung ist die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements in den Einrichtungen. Die Wahl der hier verwendeten Methoden und Verfahren obliegt den Leistungserbringern.
5. Durch das gezielte Zusammenwirken von vergleichenden Qualitätsanalysen und internem Qualitätsmanagement soll die Ergebnisqualität der Leistungen zur Teilhabe für die Leistungsberechtigten nachweisbar verbessert und die Wirksamkeit der Leistungserbringung erhöht werden.

- *Transparenz*

6. Qualitätssicherung soll die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung transparent machen. Voraussetzung hierfür ist, dass den Rehabilitationsträgern einrichtungsbezogene Qualitätsdaten zur Verfügung gestellt und dem Leistungsberechtigten Qualitätsergebnisse in geeigneter Form zugänglich gemacht werden. Ebenso sind den in der Einrichtung an der Leistungserbringung Beteiligten die Qualitätsergebnisse zur Kenntnis zu geben. Auf diese Weise dient die Transparenz der Verbesserung der Informations- und Entscheidungslage der im Wesentlichen Beteiligten und der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen. Bei der Weitergabe von Informationen ist der Rahmen des rechtlich Zulässigen zu berücksichtigen.

- *Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten*

7. Die wahrgenommene Qualität von Leistungen zur Teilhabe und deren Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten ist ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherung. Die

systematische Befragung der Leistungsberechtigten bildet eine wichtige Grundlage für die Berücksichtigung ihrer Belange.

- *Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern*
8. Qualitätssicherung ist ein gemeinsames Anliegen der Leistungserbringer und der Rehabilitationsträger. Eine verständnis- und vertrauensvolle Zusammenarbeit bei der Festlegung der Bedingungen, Ziele, Inhalte und der Auswertung der Ergebnisse leistet einen wichtigen Beitrag dazu. Die mit der Qualitätssicherung verbundenen Belastungen und Aufwände sollen durch den weit gehenden rehabilitations-trägerübergreifenden Einsatz geeigneter Verfahren verringert werden.

#### **§ 4**

#### **Dimensionen der Qualitätssicherung**

1. Voraussetzung für eine systematische und nachvollziehbare Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ist die Operationalisierung des Qualitätsbegriffs. Dieser lässt sich einteilen in die Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.
  2. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, Verfahren zu entwickeln, die die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einbeziehen und Vergleiche ermöglichen, um so einen qualitätsorientierten Wettbewerb anzustoßen.
- *Strukturqualität*
3. Strukturqualität benennt die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarte Leistung zur Teilhabe erbringen zu können. Zu den Strukturmerkmalen zählen insbesondere:
    - $\frac{3}{4}$  Vorhandensein eines Konzeptes,
    - $\frac{3}{4}$  räumliche und sächliche Ausstattung,
    - $\frac{3}{4}$  personelle Ausstattung,
    - $\frac{3}{4}$  Leistungsangebote,
    - $\frac{3}{4}$  Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter,

- ¾ Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe,
- ¾ interne Vernetzung (z.B. regelmäßige Teambesprechungen).

- *Prozessqualität*

4. Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung.

Insbesondere werden hierunter erfasst:

- ¾ interdisziplinäre Feststellung des individuellen Rehabilitations-, Förder- bzw. Hilfebedarfs,
- ¾ Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele mit den Leistungsberechtigten,
- ¾ Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Teilhabeplans unter genauen Angaben der jeweiligen Leistungen zur Teilhabe,
- ¾ sachgerechte Durchführung der Leistung,
- ¾ Dokumentation und Bewertung des Verlaufs,
- ¾ interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend,
- ¾ Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen, Diensten und der Selbsthilfe.

- *Ergebnisqualität*

5. Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden.

## **§ 5**

### **Verfahren der externen Qualitätssicherung**

1. Grundlage für einen kontinuierlichen Qualitätssicherungsprozess sind fachlich anerkannte Verfahren zur routinemäßigen Erfassung der Qualität der Leistungserbringung. So

können Veränderungen in Abläufen und Ergebnissen aufgezeigt und damit frühzeitig Hinweise auf Verbesserungspotenziale gegeben werden.

2. Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass die jeweiligen Leistungserbringer standardisierte Dokumentationen für alle Qualitätsdimensionen einsetzen.

Die Dokumentation muss alle notwendigen Informationen enthalten, um eine Überprüfung der einzelnen Leistungsschritte und der Ergebnisse anhand einheitlicher Verfahren (z.B. das sog. „Peer-Review-Verfahren“) zu ermöglichen.

Die Dokumentation muss darüber hinaus auch Aussagen darüber enthalten, ob und in welchem Rahmen die Leistungserbringung zügig und nahtlos durchgeführt werden konnte und inwieweit Vernetzungen mit anderen Leistungserbringern bestehen, um Übergänge zu organisieren und weitere Maßnahmen einzuleiten.

3. Die Ergebnisse werden von den Rehabilitationsträgern oder durch von ihnen Beauftragte routinemäßig ausgewertet, strukturiert zusammengefasst und kommuniziert.

- *Strukturqualität*

4. Zur Erfassung und Sicherstellung der Strukturqualität erstellen die Rehabilitationsträger gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer Kriterienkataloge zur Ausstattung, zu Methoden und Verfahren sowie zu konzeptionellen Merkmalen der Einrichtungen.

Die Strukturkriterien werden in regelmäßigen Abständen anhand standardisierter Erhebungsbögen bei den Leistungserbringern abgefragt.

- *Prozessqualität*

5. Die Rehabilitationsträger legen gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer die Indikatoren und Kriterien fest, mit denen die Leistungserbringer die verschiedenen Merkmale der Prozessqualität erfassen, beschreiben und dokumentieren.

Die Leistungserbringer erfassen hierbei im Rahmen der einrichtungsinternen Dokumentation insbesondere:

- ¾ die konkrete, operationalisierbare Leistungs- und Maßnahmeplanung bei Leistungsbeginn,
- ¾ die individuellen und generalisiert angewandten Leistungsmerkmale,
- ¾ den Prozess und dessen Auswertung sowie resultierende Anpassungs- und Beendigungskonsequenzen während des Leistungsverlaufs,
- ¾ die Beendigung einer Leistung oder Maßnahme sowie nachfolgende Leistungserfordernisse,
- ¾ bei vorzeitiger Beendigung einer Maßnahme die hierfür maßgeblichen Gründe.

Die Leistungsberechtigten werden hinsichtlich der Leistungsbedingungen, Leistungsausführung und ihrer Beteiligung befragt. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte werten mittels geeigneter Verfahren die vorliegende Prozessdokumentation und die Befragung der Leistungsberechtigten aus.

- *Ergebnisqualität*

6. Im Zentrum der Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Hierzu vereinbaren die Rehabilitationsträger gegebenenfalls unter Beteiligung der Leistungserbringer einheitliche Kriterien, mit denen sie das Ergebnis einer Leistung ermitteln und bewerten.

Hier sind vor allem Verfahren zur Einschätzung von Beteiligten, z.B. Ärzten, Therapeuten, Fachpersonal, Leistungsberechtigten (während und/oder nach einer Maßnahme), sowie zur Beurteilung der Zielerreichung anhand der Berichte erforderlich. Wichtig sind dabei Verfahren, die Veränderungen im Rehabilitationsstatus und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten aufzeigen.

Von Relevanz für die Bewertung sind hierbei insbesondere:

- ¾ Soll-Ist-Vergleiche,
- ¾ Leistungs- oder Maßnahmedauer, Komplikationen, Maßnahmeabbrüche etc.,
- ¾ Einschätzung z.B. durch Arzt, Therapeut, Berater, Fachpersonal,
- ¾ Einschätzung der Leistungsberechtigten oder deren Vertrauenspersonen zur Veränderung der Lebensqualität und Nachhaltigkeit von Effekten,
- ¾ Nachbefragungen hinsichtlich Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

7. Zur Überprüfung der Angaben der Leistungserbringer zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte stichprobenartige Untersuchungen, ggf. auch Visitationen durch.

## **§ 6**

### **Vergleichende Qualitätsanalyse**

1. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte führen auf Grundlage der routinemäßig erhobenen Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vergleichende Qualitätsanalysen durch, um
  - $\frac{3}{4}$  den Einrichtungen eine Standortbestimmung im Vergleich zu anderen Einrichtungen zu ermöglichen,
  - $\frac{3}{4}$  den Leistungserbringern eine detaillierte Rückmeldung als „Input“ für das interne Qualitätsmanagement zu geben.

Die Verfahren der vergleichenden Qualitätsanalyse sind den Leistungserbringern transparent zu machen.

2. Methodische Voraussetzung vergleichender Qualitätsanalysen ist, dass die einbezogenen Einrichtungen auch vergleichbar sind. Dabei sind die Merkmale (Prädiktoren) zu berücksichtigen, die einen systematischen Einfluss auf den Erfolg einer Maßnahme haben, jedoch von den Einrichtungen und Diensten nicht beeinflusst werden können.

## **§ 7**

### **Auswertung und Rückmeldung an Leistungserbringer**

1. Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte werten die Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der einzelnen Einrichtungen aus und melden diese Ergebnisse sowie die der vergleichenden Qualitätsanalyse zurück.
2. Auf der Grundlage der zusammengetragenen Daten können die Rehabilitationsträger Qualitätsprofile erstellen, die eine differenzierte Beschreibung der Einrichtungen sowie deren Leistungen ermöglichen.
3. Die Leistungserbringer können die Ergebnisse der Qualitätssicherung veröffentlichen.



**§ 8****Barrierefreiheit**

Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, dass Leistungen zur Teilhabe in ausreichendem Maße barrierefrei (Zugang und Kommunikation) zur Verfügung stehen. Im Übrigen wird auf die Gleichstellungsgesetze des Bundes und der Länder sowie sonstige gesetzliche und untergesetzliche Normierungen verwiesen.

**§ 9****Evaluation und Weiterentwicklung**

1. Die Rehabilitationsträger verpflichten sich, derzeitige und geplante Verfahren der Qualitätssicherung einer Evaluation im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, ihren Nutzen für die Leistungsberechtigten sowie hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen. Die Verfahren der Qualitätssicherung müssen entsprechend den Evaluationsergebnissen oder sich verändernden Bedingungen angepasst werden.
2. Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass die Einrichtungen nicht mehrfach externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen werden, und vereinheitlichen unter Berücksichtigung der jeweiligen trägerspezifischen Gegebenheiten die bereits eingeführten Verfahren.

**§ 10****Datenschutz**

Der Schutz der personenbezogenen Daten und der Sozialdaten sowie das Recht auf informationelle Selbstbestimmung sind zu gewährleisten.

**§ 11****In-Kraft-Treten**

1. Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 01. Juli 2003 in Kraft.

2. Die Vereinbarungspartner teilen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Abstand von 2 Jahren ihre Erfahrungen mit der Gemeinsamen Empfehlung mit.
3. Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob diese Empfehlung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen und eingetretener Entwicklungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.