# Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation in den Kliniken und Einrichtungen der AHG AG

**Winfried Carls, Petra Evertz, Peter Missel, Konrad Schultz, Manfred Zielke**


## 1. Auftragshintergrund

## 2. Begriffliche Eingrenzungen

**2.1. Zum Qualitätsbegriff**

**2.2. Zum Kundenbegriff**

**2.3. Zum Standardbegriff**

## 3. Qualitätsbereiche

**3.1. Gemeinsame abgestimmte Unternehmenskultur und gemeinsames Qualitätsverständnis im Unternehmen**

**3.2. Konzeptqualität**

**3.3. Strukturqualität**

**3.4. Prozessqualität**

3.4.1. Behandlungsvorbereitung und Einführung in das Rehabilitationskonzept und Rehabilitationsprogramm

3.4.2. Das Rehabilitationsteam

3.4.3. Diagnostik und Therapieplanung

3.4.4. Behandlung und Rehabilitation

**3.5. Ergebnisqualität**

3.5.1. Entlassungsbericht und Nachsorge

3.5.2. Dokumentation

3.5.3. Wissenschaftlich fundierte Forschung und Evaluation

**3.6. Servicequalität**

**3.7. Imagequalität**

**3.8. Wirtschaftliche Qualität**

**3.9. Das Qualitätsmanagementsystem**

# 1. Auftragshintergrund

Der Vorstand hat den Wissenschaftsrat beauftrag, Qualitätsstandards der medizinischen Rehabilitation in den Kliniken und Einrichtungen des Unternehmens zu beschreiben. Hierbei soll es vor allem darauf ankommen, solche Qualitätsmerkmale zu konkretisieren, die aktuell und zukünftig als „Qualitätsstandards der AHG“ gelten können.
Das Präsidium des Wissenschaftsrates hat in einem ersten Schritt eine Systematik erarbeitet, anhand derer solche Qualitätsstandards beschrieben werden können.
Diese Beschreibung dient zunächst ausschließlich der Verwendung innerhalb des Unternehmens; bei einer Benutzung zur Darstellung nach außen muss eine Anpassung an die Erfordernisse der jeweiligen Kunden erfolgen.

# 2. Begriffliche Eingrenzungen

## 2.1. Zum Qualitätsbegriff

Im Prinzip ist Qualität etwas sehr Einfaches: Es ist das, was der Kunde haben möchte, wenn er Waren oder Dienstleitungen erwirbt. Im Zuge der Technisierung und der Verwissenschaftlichung des Qualitätsbegriffs erfolgte eine weitgehende Normierung dessen, was unter Qualität zu verstehen ist. Die Grundsätze dieser Normierung sind selbst wieder genormt.
Qualität ist die Gesamtheit aller Eigenschaften, eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erforderungen bezieht. In dieser Definition sind zwei Aspekte von Bedeutung: 1. Qualität ist zweckgebunden. Nur in bezug auf einen vorgegebenen Zweck können Eigenschaften eines Gutes oder einer Handlung beurteilt werden. 2. Die Qualität eines Gutes besteht immer aus einem Bündel von Eigenschaften, die auf einem Qualitätskriterium abgebildet werden können.

## 2.2. Zum Kundenbegriff

Der Kundenorientierung und der damit verbundenen Ausrichtung eines Unternehmens an den Markterfordernissen liegt das Prinzip zugrunde, dass die Akzeptanz der Produkte durch den Kunden Voraussetzung für die Existenz und den Erfolg einen Unternehmens im Markt ist.

**Kunden unseres Unternehmens sind:**

- Patienten sowie deren Angehörige und potentielle Patienten,
- Ärzte, Psychologen und Sozialdienste in Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen,
- die Sozialversicherungsträger (Rentenversicherungsträger, Krankenkassen) auf der medizinisch–therapeutischen Ebene und im Verwaltungsbereich,
- die Banken,
- die wissenschaftliche und die gesundheitspolitische Öffentlichkeit.

Innerhalb eines Unternehmens existieren darüber hinaus eine Reihe von Kundenbeziehungen, bei denen letztlich jeder Mitarbeiter der Kunde des Anderen ist (sein kann).
Die Anforderungen dieser weiten Palette von Kunden an unsere Dienstleistungen beziehen sich auf teilweise sehr unterschiedliche Bereiche und auf unterschiedliche Ebenen, je nachdem, wer als Kunde im Zentrum der Aufmerksamkeit steht.
Die Qualitätsanforderungen und die daraus resultierenden Qualitätsstandards müssen diese unterschiedlichen Kundenbeziehungen berücksichtigen.
Unter Qualitätsgesichtspunkten ist es die Aufgabe des Unternehmens, diese verschiedenen Anforderungen untereinander zu verknüpfen und in Übereinstimmung zu bringen. Hierbei ist es von zentraler Bedeutung, die Wertesysteme unserer Kunden zu kennen und richtig einzuschätzen.
Patienten haben in unseren Kliniken eine Doppelfunktion als Konsumenten von Rehabilitations-leistungen und als Teilnehmer bei der Leistungserstellung.
Zwei Qualitätsaspekte spielen bei Patienten als Kunden eine besondere Rolle, die Erfahrensqualität und die Vertrauensqualität. Die Qualität von Erfahrensgütern kann erst nach dem Erwerb durch Benutzung ermittelt werden. In diese Kategorie gehören viele Dienstleistungen. Die Einschätzung der Vertrauensqualität ist den Kunden dagegen häufig selbst nach dem Erwerb und der Verwendung kaum möglich. In diese Qualitätskategorie fallen komplizierte Dienstleistungen wie zum Beispiel medizinische Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen. Qualität wird in diesem Bereich vor

allem anhand subjektiver Merkmale wie dem „guten Ruf“ und einer in der Regel verzögert beobachtbaren Effektqualität beurteilt.
Die Sozialversicherungsträger als Kunden machen in der Regel keine eigenen Erfahrungen mit dem von ihnen erworbenen (bezahlten) Produkt und müssen demzufolge in größerem Umfang indirekte oder formale Qualitätsmerkmale berücksichtigen.

### 2.3. Zum Standardbegriff

Der Standardbegriff wird in mindestens zwei unterschiedlichen Dimensionen verwendet: Standard als Richtwert, Eichmaß, als Norm und Standard als Durchschnittsbeschaffenheit, als Allgemeinwert oder als Mittelwert eines häufig auftretenden Merkmals. Eine Vermischung beider Standardbegriffe ist höchst problematisch, wenngleich nicht zu umgehen.

Im Allgemeinverständnis der Verwendung des Standardbegriffs wird offensichtlich davon ausgegangen, dass ein bestimmtes Kriterium als Richtwert oder als Normsetzung festgelegt bzw. vorgegeben wird, das in der Realität dann aber als allgemein gültiger Durchschnittswert erfüllt ist. Die Verwendung von Standards als Normvorgabe schließt ein, dass in einer Reihe von Kliniken diese Standards nicht erfüllt werden (entweder prinzipiell oder in einer aktuellen Phase); die Verwendung des Standardbegriffs als Durchschnittsbeschaffenheit einzelner oder mehrerer Merkmale ist dann besonders kritisch zu bewerten, wenn dieser Durchschnitt deutlich unter den Normen liegt und dann besonders hervorzuheben, wenn der Durchschnitt über den Richtwerten liegt. Die Beurteilung über das Erreichen von Standards im Sinne von Richtwerten ist dann besonders schwierig, wenn die Kriterien kaum oder nur sehr schwer zu objektivieren sind.

## 3. Qualitätsbereiche

Im Folgenden werden die wesentlichen Qualitätsbereiche benannt und Aussagen zu **allgemeinen Standards** gemacht. In einem zweiten Schritt sind in Ergänzung dazu spezielle Qualitätsstandards zu konkretisieren, die für die jeweiligen Indikationsbereiche eine Gültigkeit besitzen.

### 3.1. Gemeinsame abgestimmte Unternehmenskultur und gemeinsames Qualitätsverständnis im Unternehmen

Grundlagen aller Qualitätsbereiche sind eine gemeinsam entwickelte Unternehmensphilosophie und abgestimmte Unternehmensleitlinien. Hierin eingebunden sind Qualitätsmanagementverfahren und Qualitätssicherungsverfahren der Sozialleistungsträger und eine Bewertung dieser Verfahren nach international anerkannten Systematiken durch anerkannte amtliche Institute und durch etablierte Fachgesellschaften in der medizinischen Rehabilitation.

### 3.2. Konzeptqualität

Eine qualifizierte medizinische Rehabilitation erfolgt auf der Basis von theoretisch fundierten und wissenschaftlichen ausgewiesenen Konzepten. Diese Konzepte umfassen ein jeweils einheitliches und eindeutiges Störungsmodell und ein daraus entwickeltes Handlungsmodell. Der Behandlungsansatz ist für alle Mitarbeiter verbindlich.
Die aus dem konzeptionellen Modell abgeleiteten Behandlungsmethoden und Behandlungselemente sind operationalisiert und liegen als standardisierte Leistungsbeschreibungen vor.
Die Behandlungsziele in den einzelnen Funktionsbereichen der Klinik/Einrichtung sind aufeinander abgestimmt und liegen in eindeutigen Beschreibungen vor.
Die Rehabilitationspraxis wird auf der Grundlage differenzierter krankheitsbezogener therapeutischer Konzepte umgesetzt. Darin sind die für eine fachgerechte Behandlung zu berücksichtigenden rehabilitationsspezifischen Problembereiche und Behandlungsansätze ausgewiesen und berücksichtigt. Diese Konzepte werden entsprechend den rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnissen und Fortschritten weiterentwickelt.

Die handlungsleitende Zielsetzung einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung, daß Patienten zu Experten im Umgang mit ihrer Erkrankung werden sollen, daß sie Handlungskompetenzen entwickeln sollen, die zu mehr Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit beitragen, hat weitreichende Konsequenzen bis hinein in alle Ebenen der Führungsstruktur einer Klinik, in die

Organisation des therapeutischen Angebots, in die Art der Entwicklung und Umsetzung der individuellen Therapiepläne und in das Ausmaß der den Mitarbeitern einer Klinik gewährten und der von ihnen geforderten Verantwortung.

Nachhaltiges Verantwortungsbewußtsein und konstantes Engagement erreicht man im wesentlichen dadurch, daß hierarchisch gegliederte Weisungsprinzipien und Aufgliederungen von Zuständigkeiten (d.h. nur partielle Verantwortlichkeiten) ersetzt (bzw. ergänzt) werden durch das „Führungsprinzip der Verantwortung in Funktionen". Dieses Prinzip der „lösungsorientierten Funktionsverantwortung" wird vor allem in Betrieben umgesetzt, in denen man auf allen Handlungs- und Produktionsebenen Mitarbeiter mit ausgeprägtem Verantwortungsbewußtsein und hohem beruflichen Engagement benötigt, deren fachliche Kompetenz und Ideenreichtum zur Problemlösung für ein qualitativ hochwertiges Produkt maximal ausgeschöpft werden müssen.

Die „betrieblichen" Vorteile solcher Führungsprinzipien in den Kliniken und Einrichtungen der AHG AG sind darin zu sehen, daß sich Problemstellungen nicht „stauen" können, daß Lösungsschritte immer breit gefächerte Kompetenzen miteinschließen und daß jeder Mitarbeiter sich für das „Ganze" verantwortlich fühlt, weil er es ist.

Die inhaltlichen Vorteile einer therapeutischen, rehabilitationsmedizinischen Klinik zeigen sich darin, daß solche Führungsprinzipien Modellfunktionen erhalten bei der Entwicklung von Problemlösungen bei komplexen Problemstellungen, mit denen Patienten sich auseinandersetzen. Das bedeutet selbstverständlich, daß auch Patienten mit ihrer „Funktionsverantwortung als Patient" in diese Führungsprinzipien eingebunden sind.
Die gelebten Führungsprinzipien sind deshalb ein wichtiger Bestandteil der Konzeptqualität einer Klinik.

### 3.3. Strukturqualität

Unter Strukturqualität werden die im Zeitablauf relativ konstanten Charakteristika des Leistungserbringers selbst, der ihm zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen und der physischen und organisatorischen Umgebung verstanden, in der er arbeitet. Dazu zählen die menschlichen Voraussetzungen (Art und Anzahl des Personals, Ausbildung, fachliche Qualifikation) wie auch die technischen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen seiner Arbeit. Die Strukturkategorie der Qualität spiegelt eher die Möglichkeit wider, eine bestimmte Qualität erbringen zu können und weniger die Qualität selbst.

Die Beurteilung der Strukturqualität unterliegt starken ökonomischen Einflüssen. Dies gilt sowohl für die Lizenzierung als auch für die Entscheidungen über die Ressourcenverteilung. Aussagen zur Strukturkategorie unterliegen daher sehr leicht der Gefahr, aus ökonomischem und nicht aus qualitätsbezogenem Interesse getroffen zu werden.

Hinsichtlich der Qualitätsmerkmale des medizinisch-therapeutischen Personals sind folgende Bereiche von besonderer Bedeutung:

- Ausgewiesene fachärztliche Leitung und Versorgung im jeweiligen Indikationsbereich (z.B. Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin, Orthopädie usw.)
- Weiterbildungsermächtigung der ärztlichen Leitung
- Qualifizierter Supervisorenstatus in anerkannten Psychotherapieverfahren der ärztlichen und psychologischen leitenden Mitarbeiter
- Sicherstellung eines interdisziplinär zusammengesetzten Leitungsteams
- Fachbezogene anerkannte indikationsspezifische Weiterbildung der therapeutischen Mitarbeiter
- Aktive Mitgliedschaft und Mitarbeit in den indikationsspezifischen Fachgesellschaften und rehabilitationsspezifischen Gremien und Organisationen
- Beteiligung der Kliniken und Einrichtungen an regionalen Weiterbildungsverbünden
- Interne fachspezifische und fachübergreifende Curricula zur Fort- und Weiterbildung
- Sicherung des Personalschlüssels in den jeweiligen Fachbereichen entsprechend den Rehabilitationskonzepten auf der Grundlage der Versorgungsverträge
- Die Anzahl, die Größe und die Ausgestaltung der Untersuchungs- und Behandlungsräume und die technische Ausstattung entspricht den konzeptionellen Erfordernissen.

### 3.4. Prozessqualität

Die Prozesskategorie umfasst alle Maßnahmen, die im Verlauf einer Behandlung unter der Berücksichtigung der jeweils spezifischen Situation und der individuellen Krankheitsmerkmale ergriffen - oder nicht ergriffen - worden sind.
Dabei geht man von der Annahme aus, dass die Ergebnisse einer Behandlung dann am besten sind, wenn die Behandlung selbst nach nachvollziehbaren bzw. nachprüfbaren Regeln erfolgt, die den Stand des rehabilitationsmedizinischen Wissens widerspiegeln.

Grundlage des Prozessansatzes sind deshalb professionell anerkannte Standards, an denen sich die Behandlung orientieren kann und beurteilen lässt. In der medizinischen Rehabilitation werden solche Standards in erster Linie nicht innerhalb der jeweiligen Klinik oder Einrichtung definiert, sondern durch Aktivitäten wissenschaftlicher Forschung und im Rahmen von wissenschaftlichen Konferenzen der jeweiligen Fachgesellschaften.

Durch eine aktive Beteiligung an einer wissenschaftlich begründeten Prozessforschung und durch das Einbringen der Ergebnisse in die wissenschaftlichen Foren der verschiedenen Fachgesellschaften leisten die Mitarbeiter der Kliniken und der Gremien der AHG einen wesentlichen Beitrag zur Definition von Prozessstandards.

Gerade bei modernen Ansätzen des Qualitätsmanagements stehen Verbesserungen der Prozessqualität im Vordergrund, auch wenn Zusammenhänge zur Ergebnisqualität im kausalanalytisch-experimentellen Sinne eher selten nachgewiesen sind. Die Einrichtungen des Unternehmens bemühen sich darum, durch eigene wissenschaftliche Aktivitäten diese Erkenntnislücke zu verringern, um fundierte Grundlagen zur Optimierung des Rehabilitationsprozesses zur Verfügung zu haben.

#### 3.4.1. Behandlungsvorbereitung und Einführung in das Rehabilitationskonzept und das Rehabilitationsprogramm

Bereits vor Beginn der stationären Aufnahme in die Klinik werden Patienten, potentielle Patienten sowie deren Angehörige, einweisende Ärzte und Beratungsstellen sowie die Vertragspartner bei den Kosten- und Leistungsträgern über die klinikspezifischen Indikationen und über die Behandlungskonzepte informiert. Dies geschieht durch verständlich aufgearbeitetes Informationsmaterial und in notwendigen Einzelfällen durch ambulante Vorstellungen der Patienten in der Klinik.

Unmittelbar nach der stationären Aufnahme erfolgt eine verständliche und anschauliche Einführung in das indikationsspezifische Rehabilitationskonzept und eine Vorstellung des Rehabilitationsprogramms mit allen wichtigen Rehabilitationselementen. Die Kenntnis der einzelnen Rehabilitationsbausteine ist eine wesentliche Voraussetzung zur aktiven Mitarbeit bzw. Mitgestaltung der Patienten im Behandlungsverlauf.

#### 3.4.2. Das Rehabilitationsteam

Die Planung und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation erfolgt in Rehabilitationsteams, in denen die für eine fachgerechte Rehabilitation erforderlichen Fachdisziplinen und Berufsgruppen angemessen vertreten sind. Innerhalb des Rehabilitationsteams werden regelmäßig Fallkonferenzen unter Beteiligung aller in der Klinik vertretenen Fachdisziplinen durchgeführt, in denen diagnostische Fragestellungen erörtert, die Behandlungspläne auf der Grundlage abgestimmter Therapieziele entwickelt sowie die erforderlichen Anpassungen im Rehabilitationsverlauf beraten werden. Darüber hinaus werden in solchen Teamkonferenzen besondere Problemkonstellationen mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen besprochen, die das Beziehungsverhältnis zwischen Behandlern und Patienten beeinträchtigen.

Innerhalb der Rehabilitationsteams gibt es eine eindeutig geregelte Zuständigkeit in der Betreuung des einzelnen Patienten (z.B. Bezugstherapeutenmodell).

Die Teamkonferenzen werden von ärztlichen und/oder psychologischen erfahrenen Mitarbeitern aus der Leitungsebene der Klinik geleitet, die in der Lage sind, die verschiedenen fachlichen Positionen und Einschätzungen der Teammitglieder in eine gemeinsame Behandlungsstrategie zu integrieren.

### 3.4.3. Diagnostik und Therapieplanung

Zur Erreichung der Rehabilitationsziele wird ein individueller Rehabilitationsplan erstellt. Die Basis für diesen Plan ist eine fachspezifische medizinische Untersuchung und eine rehabilitationsspezifische Diagnostik. Die Rehabilitationsziele und die zu deren Erreichung erforderlichen Rehabilitationsbausteine werden so beschrieben und festgelegt, dass alle an der Rehabilitation Beteiligten sich ständig über den Fortschritt im individuellen Rehabilitationsverlauf informieren können.

Die Klinik bzw. das Rehabilitationsteam sorgt für eine hohe Sicherheit und Zuverlässigkeit der erstellten Diagnose(n) und der individuellen Rehabilitationsziele. Die Festlegung, die Organisation und die Integration des Behandlungsplans erfolgt mit einer weitestgehenden Sicherheit und Konsistenz. Dies gilt ebenfalls für die Sicherstellung des Informationsflusses der Behandlungsinformationen der jeweiligen Fachdisziplinen.

Die Patienten werden an allen Planungen und Zielkonkretisierungen maximal beteiligt. Sämtliche rehabilitationsmedizinischen Planungen und Entscheidungen sind für den Patienten transparent gestaltet.

Veränderungen des Behandlungsplans erfolgen in der Regel ausschließlich durch problem-, diagnose- und behandlungsimmanente Faktoren.

### 3.4.4. Behandlung und Rehabilitation

Die Programmstruktur der medizinischen Rehabilitation umfasst ein Basisprogramm, an dem in der Regel alle Patienten teilnehmen und ein störungsspezifisches/problemspezifisches Programm zur Behandlung spezieller Problembereiche innerhalb des Indikationsspektrums. Die Behandlungselemente der jeweiligen Programmbereiche und deren Abfolge sind konzeptionell beschrieben und liegen in Form von Therapieplänen vor. Die Programmelemente entsprechen dem aktuellen Stand der Rehabilitationswissenschaften und den systematisch erfassten und schriftlich ausgearbeiteten klinischen Erfahrungen.

Die Entwicklung neuer Programmelemente und veränderter Angebotsstrukturen wird durch wissenschaftlich kontrollierte Studien begleitet. Die Ergebnisse werden in den jeweiligen Fachgesellschaften vorgestellt und diskutiert. Die indizierten Behandlungselemente innerhalb der Klinik stehen in einer zumutbaren Frist für den Einzelfall zur Verfügung.

Das Verhältnis von einzeltherapeutischer Betreuung und gruppentherapeutischer Versorgung entspricht dem schriftlich vorliegendem Klinikkonzept und berücksichtigt die Notwendigkeit des Einzelfalls.

In allen Programmelementen steht der Bezug zu den konkreten Gesundheitsproblemen der Patienten und zu den praktischen Erfordernissen im beruflichen und privaten Alltag der Patienten im Vordergrund. Dabei spielt die Simulation von Alltagsanforderungen zur Entwicklung und Unterstützung von Fertigkeiten zur Problembewältigung eine wesentliche Rolle.

Für sämtliche diagnostischen und therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation liegen ausführliche Leistungsbeschreibungen vor, die neben der Patientenzielgruppe Angaben über die Qualifikation des Leistungserbringers, über die Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen, über die spezifischen Ziele und über Kontraindikationen enthalten. Dieses Verzeichnis therapeutischer Leistungen wird regelmäßig in standardisierter Form ergänzt bzw. spezifiziert.

Das therapeutische Milieu der Klinik bzw. Einrichtung ist auf die speziellen Bedürfnisse der jeweiligen Patienten und Patientengruppen abgestimmt. Im strukturellen Bereich umfasst es ein angemessenes Verhältnis von Ruhemöglichkeiten und Möglichkeiten zur Aktivität und zur Kommunikation. Die Wahrnehmung des therapeutischen Klimas durch die Patienten steht in einem engen Zusammenhang mit der Behandlungszufriedenheit.

Aus Sicht der Patienten sind hierbei von besonderer Bedeutung:

- die Beziehungen zwischen Mitarbeitern und Patienten hinsichtlich Engagement und Spontaneität

- die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander hinsichtlich der Teameinigkeit, der Teamhierarchie und des Informationsflusses im Team
- die Beurteilung der Therapiekonzeption und der Therapieziele hinsichtlich der Förderung der Selbständigkeit, der praktischen Orientierung und der Zukunftsorientierung des Therapieprogramms sowie der Bandbreite des Programms
- und die Einschätzung der für den Patienten beobachtbaren Funktionsabläufe hinsichtlich der Transparenz der Konzeption und des Therapieablaufs sowie der Ordnung und Organisation der Behandlungsabläufe.

Die Klinik beschafft sich regelmäßig Informationen über die Einschätzungen der Patienten zum therapeutischen Klima, weil offensichtlich der Prozess der Leistungserbringung von den Patienten sehr differenziert wahrgenommen wird und die Zufriedenheit ebenso beeinflusst wie das Behandlungsergebnis.

### 3.5. Ergebnisqualität

Das Ergebnis der medizinischen Rehabilitation stellt eine eindeutige Bezugsbasis für eine Qualitätsbeurteilung dar. Sie ist als Endresultat der direkteste und unmittelbarste Indikator für die Qualität der Behandlung, in dem sich alles zuvor Geschehene dokumentiert.

Das Ergebnis umfasst sehr verschiedene Facetten der medizinischen Rehabilitation von der rein medizinischen Änderung des Gesundheitsstandes über die Beeinflussung der sozialen und psychologischen Funktionen des Patienten bis hin zu gesundheitsbezogenen Bewusstseins-, Wissens- und Verhaltensänderungen und der Patientenzufriedenheit als eine Facette der Qualitätsbeurteilung.

Bei der Gestaltung der Rehabilitationskonzepte und deren Umsetzung in die Praxis steht das Erreichen einer bestmöglichen Ergebnisqualität im Vordergrund. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die verschiedenen Kunden einer Rehabilitationsklinik (Patienten und deren Angehörige, einweisende Ärzte und Beratungsstellen, Kosten- und Leistungsträger, Arbeitgeber und Betriebe) unterschiedliche Ergebniserwartungen an die medizinische Rehabilitation haben und entsprechend unterschiedliche Ergebnisbewertungen vornehmen. Insbesondere bei divergierenden Ergebnisbewertungen ergibt sich für die Behandler die Notwendigkeit zu einer angemessenen Gewichtung dieser Bewertungen.

#### 3.5.1. Entlassungsbericht und Nachsorge

Der ärztliche Entlassungsbericht umfasst sämtliche behandlungsrelevanten Informationen über den betreffenden Patienten. Die Struktur und die Komplexität des Berichtes orientiert sich an den Vorgaben der jeweiligen Sozialleistungsträger und den Erfordernissen zu einer sachgerechten und nahtlosen Weiterbehandlung.

Die Fristen zur Erstellung und Versand der Entlassungsberichte entsprechen diesen Erfordernissen. Die Kliniken beteiligen sich an dem „Peer-Review-Verfahren“ der Rentenversicherungsträger zur Qualitätssicherung des Berichtswesens.

Die Nachsorgeplanung ist ein integrierter Bestandteil im Rehabilitationsverlauf. Nachsorgemaßnahmen und die Möglichkeiten zur Weiterbehandlung erfolgen in zeitlich vertretbaren Zeiträumen nach der Entlassung. Die Kliniken verfügen über etablierte Beziehungen zu den entsprechenden Nachsorgeinstitutionen.

#### 3.5.2. Dokumentation

Grundlage einer Ergebnisorientierung der medizinischen Rehabilitation ist eine regelmäßige systematische Dokumentation der individuellen Daten zur Erkrankung, der Befunde, der Maßnahmen und der Rehabilitationsergebnisse in einer patientenbezogenen Basisdokumentation. In die Ergebnisdokumentation werden die Beurteilungen der Behandler und die Angaben der Patienten aufgenommen.

Für die Kliniken und Einrichtungen der AHG AG wurde ein Dokumentationssystem entwickelt mit gemeinsamen sozialmedizinisch relevanten Dokumentationsbereichen für alle Kliniken und Indikationsbereiche und mit einem krankheitsspezifischen Teil für die in der AHG vertretenen

Indikationen. Dies gilt ebenso für die Erfassung der Qualitätsbeurteilungen durch die Patienten am Ende der Behandlung.

Diese Daten werden zur Kontrolle und Verbesserung der Rehabilitationsergebnisse regelmäßig ausgewertet und transparent gemacht. Dies geschieht in Form von klinikspezifischen Jahresberichten, in der vom Wissenschaftsrat herausgegebenen Publikationsreihe zu Fortschritten in der medizinischen Rehabilitation „Verhaltensmedizin Heute“ und in Fachzeitschriften.

### 3.5.3. Wissenschaftlich fundierte Forschung und Evaluation

Zur Überprüfung der Wirksamkeit (Effektivität) und des Nutzens (Effizienz) der Rehabilitationskonzepte und der Rehabilitationspraxis werden wissenschaftlich begleitete Studien zum Verlauf und zu dem Ergebnis der Rehabilitation durchgeführt. Dabei ist von besonderer Bedeutung eine Teilnahme an den rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsverbünden als auch gemeinsame Forschungsprojekte in Kooperation mit den Kosten- und Leistungsträgern.

Im Vordergrund einer angewandten Rehabilitationsforschung stehen entscheidungsorientierte Fragestellungen. Dabei geht es vor allem darum, der Gesundheitspolitik, den Kosten- und Leistungsträgern im Gesundheitswesen und der wissenschaftlichen Öffentlichkeit Entscheidungsgrundlagen zur Steuerung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu liefern. Angewandte Forschung in diesem Sinne ist eine Investition für die Zukunft. Der Wert der Ergebnisse wird am Nutzen und an der Umsetzbarkeit gemessen. Ziel ist ein umsetzbares und verwertbares Forschungsprodukt mit Ergebnissen, die die Praxis verbessern (Handlungserfolge). Angewandte klinische Forschung in den Kliniken und Einrichtungen der AHG AG finanziert sich durch den verwertbaren Erfolg der Ergebnisse.

Zur Umsetzung dieser Forschungsaktivitäten existieren langjährige Beziehungen zu den entsprechenden Fakultäten der regionalen Universitäten in den Bereichen der Psychiatrie, der medizinischen Psychologie und der klinischen Psychologie über habilitierte Mitarbeiter der Kliniken und des Wissenschaftsrates des Unternehmens.

Die nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeiteten Ergebnisse zur klinikbezogenen Bewertung der Rehabilitation (interne Evaluation) und zu klinikübergreifenden Studien (externe Evaluation) werden in geeigneten Medien (Fachbücher, Fachzeitschriften, Kongresse) der Öffentlichkeit bekannt gemacht.

## 3.6. Servicequalität

Die Servicequalität umfasst alle Leistungen der Klinik außerhalb der unmittelbaren primären therapeutischen Prozesse.

Hierzu zählen

- der allgemeine Umgang des Klinikpersonals (inkl. Telefonzentrale, Küche, Hausmeister, Reinigungsdienste, Verwaltung) mit den Patienten
- die Hotelleistungen der Klinik wie
  - das Erfüllen spezifischer, medizinisch nicht notwendiger Wünsche
  - die Verpflegung hinsichtlich der Wahlmöglichkeiten oder die Zwischenmahlzeiten
  - die Besuchzeiten sowie
  - die Zimmerausstattung und die Zimmerpflege
- Komfortleistungen (Bibliothek, Cafeteria, Freizeiträume)
- und Behandlungsorganisation (Terminplanung, Wartezeiten)

Mit zunehmender Kundenorientierung gewinnen die genannten Serviceaspekte an Bedeutung. Es existieren jedoch große Ermessensspielräume hinsichtlich der Angemessenheit der spezifischen Serviceerwartungen. Veränderungen der Servicedienstleistungen, die mit erheblichen Investitionskosten verbunden sind, werden in der Regel infolge einer veränderten Marktsituation vollzogen und entbehren damit nicht selten einer therapeutisch-konzeptionellen Basis (z.B.: Einzelzimmer-, Doppelzimmerunterbringung).

Es gibt jedoch auch eine Reihe von Aspekten der Servicequalität, die rehabilitationsspezifischen Erfordernissen nachgeordnet werden müssen. Beispiele hierfür sind: - die Indikation für eine Unterbringung im Doppelzimmer bei einem ausgeprägten Rückzugsverhalten im Bereich der

Psychosomatik, - die Einschränkung der Wahlmöglichkeiten beim Essen oder andere spezifische Essregeln bei Patienten mit Essstörungen oder - restriktive Auflagen im außerklinischen Bewegungsradius bei Patienten im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung.

Solche Einschränkungen in der Servicequalität sind therapeutisch-konzeptionell begründet und werden den betreffenden Patienten zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt dargelegt und begründet. Es verbleibt jedoch ein nicht unbeträchtliches Spannungsfeld zwischen einer maximalen Servicequalität und einer Einschränkung dieser Servicequalität zugunsten therapeutisch-inhaltlicher Erfordernisse. Diesbezügliche Einschränkungen in der Erfüllung von Serviceerwartungen sind konzeptionell dargelegt und werden in jedem Einzelfall sachbezogen erläutert.

Eine abgestimmte Organisation der Behandlungsabläufe und eine zuverlässige Terminplanung vermindert Überschneidungen, Terminverschiebungen oder Wartezeiten auf ein Minimum.

### 3.7. Imagequalität

Die Imagequalität einer Klinik oder eines Unternehmens ist die Summe aller begründeten und unbegründeten Einschätzungen und Erfahrungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Mitarbeiter, der Behandlungserfolge und der Servicequalität.

Der Ruf einer Behandlungsinstitution und eines im Bereich der Krankenversorgung tätigen Unternehmens bei Patienten und deren Angehörigen, bei Ärzten und Beratungsstellen, bei Kosten- und Leistungsträgern und im Bereich der Rehabilitationswissenschaften beeinflusst in weittestgehendem Ausmaß die Nachfrage nach entsprechenden Dienstleistungen durch die jeweilige Klinik.
Die Bereiche, auf die sich die Erwartungen und die Meinungsbildung bezüglich der Imagequalität beziehen, unterscheiden sich bei den einzelnen Kundenebenen erheblich. Die Beurteilung der Fachkompetenz und der Behandlungserfolge durch Patienten als Kunden basieren auf persönlichen Erfahrungen oder auf den persönlichen Erfahrungen Anderer. Die Einschätzungen der Vertragspartner bei den Kosten- und Leistungsträgern basieren auf den Konzeptausarbeitungen und deren Darstellung in entsprechenden Kommissionen und auf den Erfahrungen ihrer eigenen Kunden (Versicherten). Die Imagequalität auf der wissenschaftlichen Ebene entsteht durch das Erfüllen wissenschaftlicher Standards bei der Umsetzung systematischer klinischer Forschungen und deren Veröffentlichung in den Fachmedien (Kongresse, Fachzeitschriften, Bücher).

Die Etablierung und die Sicherung von Kundenbeziehungen auf diesen beschriebenen Ebenen erfolgt durch einen intensiven und langfristigen Dialog. Dabei spielt die durch einen guten Ruf erworbene Vertrauensqualität eine dominierende Rolle.

Die Kliniken und Einrichtungen der AHG AG erfassen fortlaufend durch Qualitätsbearbeitungen ihrer Patienten auch das Qualitätsimage nach abgeschlossenen Behandlungen und verwenden diese Informationen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements.

### 3.8. Wirtschaftliche Qualität

Die wirtschaftliche Qualität der Kliniken bzw. des Unternehmens umfasst zwei Aspekte: Die Preiswürdigkeit für den Bezahler und für den Konsumenten der rehabilitationsmedizinischen Dienstleistungen und die Renditeerwartungen bzw. Renditeergebnisse des Unternehmens.

Die Preiswürdigkeit für die Kosten- und Leistungsträger der Maßnahmen orientiert sich an der Gesamteinschätzung der Produktqualität hinsichtlich aller einzelnen Qualitätsbereiche und in zunehmendem Ausmaße an der Marktsituation und den für einzelne Versorgungsbereiche verfügbaren finanziellen Ressourcen. Für den Konsumenten spielt die Preiswürdigkeit eine eher nachgeordnete Rolle, weil die Patienten die Marktsituation von Rehabilitationsleistungen in der Regel nicht übersehen können. Aus Sicht der Patienten wird die Preiswürdigkeit vor allem nach dem persönlichen Behandlungsergebnis beurteilt.

Bei der Intensität der Rehabilitationsmaßnahmen, der fachlichen Differenziertheit und der Dauer der Rehabilitation sorgt die Klinik für eine maximale Auslastung der verfügbaren Ressourcen zugunsten der individuellen Erfordernisse der Patienten.

Die wirtschaftliche Qualität aus der Perspektive des Unternehmens hängt im wesentlichen von den jährlichen Umsatz- und Renditeergebnissen ab. Nur eine dauerhafte und profitable Ertragskraft und eine regelmäßig erwirtschaftete angemessene Rendite garantieren die dauerhafte Sicherheit der Arbeitsplätze. Eine hohe Auslastung und eine fortwährende Nachfrage erhalten die Zukunftsfähigkeit des Unternehmens.

### 3.9. Das Qualitätsmanagementsystem

Die Kliniken und Einrichtungen der AHG AG verfügen über ein festgelegtes und nachvollziehbares Qualitätsmanagementsystem, das die Erfüllung der Qualitätsanforderungen sicherstellt.

Zentrale Merkmale eines solchen Qualitätsmanagementsystems sind die Schaffung organisatorischer Strukturen des Qualitätsmanagements (z.B.: Verantwortung in der Leitung, Qualitätsbeauftragter, Qualitätsausschüsse), die Einrichtung und Förderung von Qualitätszirkeln und Projektgruppen, die sich mit Qualitätsaspekten befassen, sowie die schriftliche Fixierung der Aufbauorganisation der Klinik, der Zusammenarbeit der Abteilungen und der für die Qualität der Klinikleistungen wesentlichen Arbeitsabläufe.

Die Kliniken der AHG AG beteiligen sich aktiv an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Sozialleistungsträger.

Die Umsetzung der Qualitätsanforderungen in die Rehabilitationspraxis und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems werden in regelmäßigen Abständen durch Expertenkommissionen und öffentliche Institute überprüft **.**

Mönkeberg, 26.07.2000
Manfred Zielke