

Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX

Gemeinsame Empfehlung

Impressum

Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V.

Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt/Main | Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29

info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.

Frankfurt/Main, November 2018

ISBN 978-3-943714-98-2

Die BAR in Frankfurt

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Gemeinsame Empfehlung

Qualitätssicherung nach
§ 37 Abs. 1 SGB IX

Vorwort

„Qualitätssicherung“ in der Rehabilitation hat erhebliche trägerübergreifende Bedeutung: Bereits 2003 ist die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ als eine der ersten Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX in Kraft getreten. Zugleich hat sich in bald 15 Jahren eine Reihe fachlicher Weiterentwicklungen ergeben. Nur beispielhaft herausgegriffen seien die zahlreichen inhaltlichen Weiterentwicklungen bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation, so auch die trägerübergreifende Vereinbarung einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach § 37 Abs. 3 SGB IX (20 Abs. 2a SGB IX a.F.), und die zunehmenden Aktivitäten bei der Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation).

Diese Überarbeitung entwickelt die Gemeinsame Empfehlung in vielerlei Hinsicht weiter, insbesondere folgende Aspekte:

- a. übersichtlichere Gliederung und prägnantere Überschriften zu den einzelnen Regelungen
- b. Schärfung der Zielgruppe der Empfehlung
- c. Konkretisierung mehrerer Regelungsgegenstände, z. B. zur Qualitätsdimension „Ergebnisqualität“
- d. Klarstellung der Geltung auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- e. Stärkere Betonung eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses im Austausch der Beteiligten

Die Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung hat sich überschneiden mit dem Ende 2016 nach intensiven politischen Debatten verabschiedeten Bundesteilhabegesetz (BTHG). Die Empfehlung berücksichtigt die ab 1.1.2018 geltenden neuen Rechtsgrundlagen.

Fachlich bildet sie den aktuellen trägerübergreifenden Stand ab und bietet die notwendige gemeinsame Grundlage für die Ausgestaltung der Qualitätssicherung in der Praxis, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern. Allerdings ist, wie auch in anderen Handlungsfeldern der Rehabilitation, die Fortsetzung des Austauschs der Beteiligten zur Qualitätssicherung auf Basis des in der Gemeinsamen Empfehlung abgebildeten Stands wichtig. Die insoweit konkretisierten Vereinbarungen sind daher zu begrüßen. Nur eines von zahlreichen denkbaren Themen für einen fortgesetzten vertiefenden Austausch ist der durch das BTHG erstmals eigenständig geregelte Leistungsbereich der Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX). Durch kontinuierliche gemeinsame Befassung kann die fachliche Entwicklung auch trägerübergreifend vorangebracht werden und dann in weitere Aktualisierungen der Gemeinsamen Empfehlung einfließen, ganz im Sinne eines „lernenden Modells“. Dazu möchten wir alle Beteiligten ausdrücklich ermuntern.

Wir danken allen Mitwirkenden für die konstruktive Zusammenarbeit.



Dr. Helga Seel
Die Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Präambel | 6 |
| Kapitel 1: Grundsätze der Qualitätssicherung | 8 |
| § 1 Zielgruppe von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe | 8 |
| § 2 Definition von Qualität | 8 |
| § 3 Ziele und Ausrichtung der Qualitätssicherung | 8 |
| § 4 Externe und interne Qualitätssicherung | 8 |
| § 5 Transparenz | 10 |
| § 6 Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten | 10 |
| § 7 Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern | 10 |
| Kapitel 2: Dimensionen und Qualitätsmerkmale in der externen Qualitätssicherung | 11 |
| § 8 Dimensionen der Qualitätssicherung | 11 |
| § 9 Merkmale der Strukturqualität | 11 |
| § 10 Merkmale der Prozessqualität | 12 |
| § 11 Merkmale der Ergebnisqualität | 12 |
| Kapitel 3: Verfahren der externen Qualitätssicherung | 13 |
| § 12 Verfahrensgrundlagen | 13 |
| § 13 Sicherung der Strukturqualität | 13 |
| § 14 Sicherung der Prozessqualität | 14 |
| § 15 Sicherung der Ergebnisqualität | 14 |
| § 16 Überprüfung von Angaben | 15 |
| § 17 Vergleichende Qualitätsanalyse | 15 |
| § 18 Auswertung und Rückmeldung an Leistungserbringer | 16 |
| § 19 Barrierefreiheit | 16 |
| Kapitel 4: Schlussbestimmungen | 17 |
| § 20 Evaluation und Weiterentwicklung | 17 |
| § 21 Datenschutz | 17 |
| § 22 In-Kraft-Treten | 18 |
| Anlage zur Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX | 19 |
| Verzeichnis der Mitwirkenden | 20 |

Präambel

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 unter Bezugnahme auf Artikel 26 (Habilitation und Rehabilitation) des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – UN-Behindertenrechtskonvention – ein umfassender und interdisziplinärer Rehabilitationsansatz zu Grunde gelegt, der somatische, psychische und soziale Dimensionen und ihre Folgen berücksichtigt. Das entspricht dem bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie es auch der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zugrunde liegt. Verfahren zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement stellen 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 Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der Alterssicherung der Landwirte, der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der landwirtschaftlichen Unfallversicherung,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

unter Beteiligung

- des Deutschen Behindertenrats,
- der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände der Rehabilitationseinrichtungen,
- der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege

gemäß § 37 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**.

Die vorliegende Gemeinsame Empfehlung beruht auf einem übergreifenden Verständnis des Rehabilitationsprozesses, wie es in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ näher ausgestaltet ist, und befasst sich vorrangig mit dem Prozesselement „Durchführung von Leistungen zur Teilhabe“. Näher aufgegriffen wird insbesondere die externe Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger.

Die Inhalte der Gemeinsamen Empfehlung betreffen entsprechend Rehabilitationsträger und Leistungserbringer. Soweit sich Regelungen nur auf bestimmte Leistungs(erbringer)bereiche, beispielsweise die stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, beziehen, ist dies ausdrücklich so bezeichnet.

Ergänzend zu den Inhalten der vorliegenden Gemeinsamen Empfehlung können konkretisierende Regelungen zu Teilaspekten der Qualitätssicherung in anderen Gemeinsamen Empfehlungen, Vereinbarungen usw. einschlägig sein. Dies gilt zum Beispiel hinsichtlich der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 51 SGB IX oder der Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, zudem insbesondere auch für träger- bzw. leistungsartenspezifische Regelungen*** und Vereinbarungen (vgl. auch § 37 Abs. 4 SGB IX).

* Hinweis: Die §§-Angaben in dieser Gemeinsamen Empfehlung beziehen sich auf die nach Art. 26 des Bundesteilhabegesetzes vom 23.12.2016 (BGBl. I, 3234) ab dem 1.1.2018 geltende neue Fassung des SGB IX, Teil 1. Eine Synopse der neuen und bisherigen §§-Nummerierungen ist als Anlage beigefügt.

** Das Land Hamburg hat sein Benehmen mit dem Hinweis erklärt, dass angesichts einiger gerade die Eingliederungshilfe betreffenden Unschärfen/Lücken/Weiterentwicklungsbedarfe (wie sie in den Fußnoten *** sowie 1 und 3 angedeutet werden) für das Land Hamburg eine „Orientierung“ iSv § 26 Abs. 5 S. 2 SGB IX des Trägers der EGH an dieser GE kaum möglich ist.

*** Aus Sicht eines Trägers der Kriegsopferversorgung/-fürsorge (Hamburg) besteht Weiterentwicklungsbedarf in Bezug auf leistungsrechtliche Spezifika dieses Trägerbereichs und der Eingliederungshilfe. Trägerspezifische gesetzliche Regelungen der Eingliederungshilfe zur Qualitätssicherung betreffen z. B. das Leistungserbringungsrecht, einschließlich Prüfrecht und vertraglichen Konkretisierungen.

Kapitel 1: Grundsätze der Qualitätssicherung

§ 1 Zielgruppe von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

(1) Zielgruppe für Leistungen zur Teilhabe sind Leistungsberechtigte im Sinne der §§ 1 und 2 SGB IX (Menschen mit Behinderungen und Menschen, die von Behinderung bedroht sind).

(2) Leistungen zur Teilhabe im Sinne dieser Gemeinsamen Empfehlung sind die notwendigen Sozialleistungen nach den §§ 42, 49 und 76 SGB IX (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur sozialen Teilhabe)¹. Der Leistungsberechtigte mit seinem individuellen Rehabilitationsbedarf ist in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen.

§ 2 Definition von Qualität

Qualität von Leistungen zur Teilhabe kennzeichnet eine wirksame und bedarfsgerechte, am bio-psycho-sozialen Modell der WHO (ICF) orientierte, fachlich qualifizierte, auf die Erreichung der Teilhabeziele im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ausgerichtete und wirtschaftliche Leistungserbringung.

§ 3 Ziele und Ausrichtung der Qualitätssicherung

(1) Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe hat zum Ziel, eine am Bedarf der Leistungsberechtigten orientierte, unter den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen bestmögliche Qualität zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele 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 -weiterentwicklung der Leistungen. Hierzu dienen sowohl externe Maßnahmen der Rehabilitationsträger als auch interne Maßnahmen der Leistungserbringer einschließlich der Implementierung eines systematischen Qualitätsmanagements.

§ 4 Externe und interne Qualitätssicherung

(1) 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.

¹ Die durch das Bundesteilhabegesetz ab 1.1.2018 erstmals eigenständig geregelte Leistungsgruppe „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“ ist noch nicht gesondert aufgegriffen.

(2) 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 dafür ist ein systematisches Qualitätsmanagement in den Einrichtungen.

(3) Die Leistungserbringer haben nach § 37 Abs. 2 SGB IX ein Qualitätsmanagement sicher zu stellen, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die erforderliche Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.

(3a) Die Leistungserbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben nach § 37 Abs. 3 SGB IX ein einrichtungsinternes, auf der Ebene der BAR anerkanntes Qualitätsmanagementverfahren sicherzustellen und dies anhand eines einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahrens in regelmäßigen Abständen über ein anerkanntes Zertifikat nachzuweisen. Die entsprechenden grundsätzlichen Anforderungen haben die Träger der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in der „Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX“ vom 1. September 2009 (Überarbeitungsstand: 30.04.2015) festgelegt.

(3b) Die Anforderungen an Leistungserbringer beim Nachweis der in § 37 Abs. 2 SGB IX geregelten Sicherstellung eines Qualitätsmanagements im Bereich

- der ambulanten medizinischen Rehabilitation
- der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- der Leistungen zur sozialen Teilhabe
- der ergänzenden Leistungen

ergeben sich unter Hinweis auf den Kreis der Vereinbarungspartner dieser Gemeinsamen Empfehlung

- aus den einschlägigen spezifischen gesetzlichen und sonstigen Regelungen der einzelnen Rehabilitationsträgerbereiche sowie ggf.
- aus entsprechenden Vereinbarungen mit den Leistungserbringern.

(4) 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.

§ 5 Transparenz

Qualitätssicherung soll die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Leistungserbringung auch 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. Rehabilitationseinrichtungen mit Vertretungen der Menschen mit Behinderungen stellen diesen Vertretungen gemäß § 37 Abs. 5 SGB IX die dort genannten Nachweise über die Umsetzung des Qualitätsmanagements zur Verfügung.

§ 6 Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten

Die Bewertung der Qualität von Leistungen zur Teilhabe aus Sicht der Leistungsberechtigten ist ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherung. Die systematische Befragung der Leistungsberechtigten bildet eine wichtige Grundlage für die Berücksichtigung ihrer Belange.

§ 7 Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern

(1) 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.

(2) Die mit der Qualitätssicherung verbundenen Belastungen und Aufwände sollen durch den weitgehenden rehabilitationsträgerübergreifenden Einsatz geeigneter Verfahren verringert werden.

(3) 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. Dazu treffen die jeweils beteiligten Rehabilitationsträger untereinander oder mit den jeweiligen Leistungserbringern konkretisierende Vereinbarungen zur entsprechenden Abstimmung und Zusammenarbeit².

Die Leistungserbringer tragen im Rahmen des rechtlich Zulässigen dazu bei, die Zusammenarbeit in diesem Bereich weiterzuentwickeln.

² Ein Beispiel für eine Vereinbarung zwischen Rehabilitationsträgern ist die Vereinbarung zwischen der Deutschen Rentenversicherung Bund und dem GKV-Spitzenverband („Hauptbelegerprinzip“), die u.a. die Einrichtung einer Clearingstelle dieser Rehabilitationsträger zur Regelung von Einzelfragen beinhaltet.

Kapitel 2: Dimensionen und Qualitätsmerkmale in der externen Qualitätssicherung

§ 8 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.

(3) Bei der Betrachtung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden u.a. die unterschiedlichen Leistungsformen (z. B. ambulant/stationär) sowie unterschiedliche leistungsgesetzliche Anforderungen (z. B. für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX) berücksichtigt.

§ 9 Merkmale der Strukturqualität

Strukturqualität benennt die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarte Leistung zur Erreichung der individuellen Teilhabeziele erbringen zu können. Zu den Strukturmerkmalen zählen insbesondere:

- ICF-basierte und teilhabeorientierte Rehabilitationskonzepte,
- indikations- bzw. zielgruppenspezifische Rehabilitationskonzepte,
- räumliche und sächliche Ausstattung,
- personelle Besetzung (z. B. Anzahl des eingesetzten Personals, je Mitarbeiterin und Mitarbeiter Qualifikationsniveau und berufliche Vita),
- Leistungsangebote,
- Qualifikation, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter,
- Einbindung in Versorgungsstrukturen einschließlich der Selbsthilfe,
- bei beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie anderen Qualifizierungsleistungen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Einbindung der Leistungserbringer in regionale Netzwerke weiterer Akteure (z. B. Arbeitgeberverbände, Kammern),
- interne Vernetzung (z. B. regelmäßige Teambesprechungen),
- Barrierefreiheit.

§ 10 Merkmale der Prozessqualität

Prozessqualität bezieht sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf der Leistungserbringung sowie die Beurteilung der sachgerechten Durchführung. Insbesondere werden hierunter erfasst:

- interdisziplinäre Feststellung des individuellen Rehabilitations-, Förder- bzw. Hilfebedarfs,
- Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele mit den Leistungsberechtigten,
- Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Teilhabepplans unter genauen Angaben der jeweiligen Leistungen zur Teilhabe, ggf. im Rahmen von Fallkonferenzen,
- sachgerechte Durchführung der Leistung,
- Dokumentation und Bewertung des Verlaufs,
- interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Einrichtungen sowie einrichtungsübergreifend,
- Kooperation mit den vor- und nachbehandelnden Einrichtungen, Diensten und der Selbsthilfe (Gruppen, Organisationen, Kontaktstellen) sowie bei beruflicher Aus- Fort- und Weiterbildung und anderen Qualifizierungsleistungen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: enge Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren (z. B. Betrieben, Kammern, Verbänden),
- strukturierte Initiierung einer bedarfsgerechten Anschlussversorgung, gegebenenfalls im Rahmen von Fallkonferenzen unter Beteiligung des Leistungsberechtigten und/oder seines Vertreters/Betreuers.

§ 11 Merkmale der Ergebnisqualität

Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden. Letztere werden vorrangig aus den jeweiligen gesetzlichen Aufgabenschwerpunkten der zuständigen Rehabilitationsträger i.V.m. § 4 SGB IX abgeleitet und umfassen zum Beispiel

- die Berufliche (Re-)Integration des Leistungsberechtigten,
- das Abwenden, Beseitigen, Überwinden, Mindern, Verhüten der Verschlimmerung oder die Milderung der Folgen von
 - Behinderung
 - Einschränkung der Erwerbsfähigkeit
 - Pflegebedürftigkeit,
- das Vermeiden des vorzeitigen Bezugs anderer Sozialleistungen oder das Mindern laufender Sozialleistungen,
- die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung und das Ermöglichen und Erleichtern der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung.

Die individuellen Ziele werden vor dem Hintergrund der gesetzlichen Aufgabenstellungen auf der Grundlage des festgestellten Rehabilitationsbedarfs gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten festgelegt.

Kapitel 3: Verfahren der externen Qualitätssicherung

§ 12 Verfahrensgrundlagen

(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 (im Bereich der medizinischen Rehabilitation 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 im Rahmen des rechtlich Zulässigen kommuniziert. Qualitätsdaten werden nach Maßgabe der Auswertungs- und Zusammenfassungsverfahren bei den Rehabilitationsträgern regelmäßig im Hinblick auf den jeweils vorliegenden Erkenntnisstand aktualisiert.

§ 13 Sicherung der Strukturqualität

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.

§ 14 Sicherung der Prozessqualität

(1) 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:

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

(2) 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.

§ 15 Sicherung der Ergebnisqualität

(1) 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. Dabei wird der jeweils aktuelle Stand der Wissenschaft berücksichtigt.

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.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation wichtig sind dabei Verfahren, die Veränderungen der Funktionsfähigkeit im Sinne der ICF und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten aufzeigen.

(2) Von Relevanz für die Bewertung sind hierbei insbesondere:

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

(3) Hinsichtlich des Ziels „berufliche (Re-)Integration“ der Leistungsberechtigten kann die Erhebung entsprechender Informationen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (Erhebungszeitpunkten) erfolgen (z. B. 6, 12 oder 24 Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung). Erhoben wird insbesondere, ob der bzw. die Leistungsberechtigte sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder selbständig tätig ist.

Dabei wird unterschieden zwischen

- dem Vorliegen zum Erhebungszeitpunkt (Zeitpunkt Betrachtung) und
- der Dauer bzw. dem Vorliegen vor dem Erhebungszeitpunkt (Zeitraum Betrachtung).

In der Dokumentation sind die Art der (Re-)Integration, der Erhebungszeitpunkt und der vorgenannte zeitliche Bezug auszuweisen. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist zusätzlich zu unterscheiden zwischen Teilnehmern/innen mit regulärem Maßnahmeende und solchen mit vorzeitigem Maßnahmeabbruch.

§ 16 Überprüfung von Angaben

Zur Überprüfung der Angaben der Leistungserbringer zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität führen die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte stichprobenartige Untersuchungen (Qualitätsprüfungen), z. B. auch im Rahmen von Visitationen, Begehungen, durch.

§ 17 Vergleichende Qualitätsanalyse

(1) Die Rehabilitationsträger oder von ihnen Beauftragte führen auf Grundlage der routinemäßig und in speziellen Verfahren erhobenen Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vergleichende Qualitätsanalysen durch, um

- den Einrichtungen eine Standortbestimmung im Vergleich zu anderen Einrichtungen zu ermöglichen,
- den Leistungserbringern eine 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. Dies betrifft beispielsweise die mögliche Abhängigkeit sog. „Integrationsquoten“ (bezogen auf eine erfolgreiche berufliche (Re-)Integration) von der jeweils maßgeblichen Arbeitsmarktsituation.

§ 18 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. Die Rückmeldung kann auch im Rahmen von gemeinsamen Erörterungen mit den Einrichtungen (z. B. Review, strukturierter Qualitätsdialog) erfolgen.
- (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 ihre einrichtungsbezogenen Ergebnisse der Qualitätssicherung veröffentlichen.

§ 19 Barrierefreiheit

Alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten haben nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen umzusetzen, sondern verstehen Barrierefreiheit und Zugänglichkeit in einem umfassenden Sinn und entwickeln sie proaktiv weiter.

Dies bedeutet vor allem, dass

- alle Rehabilitationseinrichtungen in räumlicher und baulicher Hinsicht einschließlich der zum Einsatz kommenden Hilfsmittel und therapeutischen Geräte den Anforderungen einer barrierefreien Gestaltung entsprechen sollten;
- den besonderen Anforderungen bei der Kommunikation im Rahmen der einzelnen, z. B. therapeutischen, Maßnahmen aber auch bei der Gesamtorganisation der Rehabilitationsleistung Rechnung zu tragen ist. Die Kommunikation in leichter Sprache, der Einsatz von besonderen Kommunikationsformen (z. B. Gebärdensprache) sowie die Bereitstellung schriftlicher und digitaler Informationen in barrierefreier Form sind weiterzuentwickeln;
- die strukturellen Gegebenheiten und organisatorischen Abläufe soweit wie möglich besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung entsprechen sollten (z. B. wenn die Notwendigkeit zur Mitnahme menschlicher oder tierischer Assistenz besteht).

Bei allen Maßnahmen zur Herstellung von Barrierefreiheit sind die einschlägigen technischen Regelwerke (z. B. DIN Normen), Erkenntnisse der Forschung und Praxiserfahrungen zu beachten und anzuwenden. Menschen mit Behinderung sollten in den Prozess frühzeitig eingebunden werden.

Kapitel 4: Schlussbestimmungen

§ 20 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 operationalisieren die Anforderungen aus dieser Gemeinsamen Empfehlung für die in ihrer Zuständigkeit erbrachten Rehabilitationsleistungen vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen spezifischen Aufgaben.

(3) Die Rehabilitationsträger tauschen sich im Rahmen bestehender Gesprächsformate kontinuierlich aus über neue Erkenntnisse und Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung und über die Umsetzung dieser Gemeinsamen Empfehlung. Dabei berücksichtigen sie insbesondere die Regelungen in vorstehenden Abs. 1 und 2, in § 4 Abs. 4 sowie in § 7 Abs. 2 und 3.

(4) Soweit erforderlich, treffen die jeweils beteiligten Rehabilitationsträger untereinander oder mit den jeweils beteiligten Leistungserbringern konkretisierende Vereinbarungen zur Abstimmung und Zusammenarbeit.

§ 21 Datenschutz

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

§ 22 In-Kraft-Treten

1. Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Dezember 2018 in Kraft und ersetzt die seit dem 01. Juli 2003 gültige Fassung.
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 von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen 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 muss³. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechend zu ändernden Gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.

³ Aus dem Bereich der Eingliederungshilfe wird darauf hingewiesen, dass dabei insbesondere die durch das Bundesteilhabegesetz seit 1.1.2018 erstmals eigenständig geregelte Leistungsgruppe „Leistungen zur Teilhabe an Bildung“ und Besonderheiten von Leistungen zur sozialen Teilhabe betrachtet werden sollten.

Anlage zur Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 37 Abs. 1 SGB IX

Synopse: im Text der Gemeinsamen Empfehlung verwendete §§-Nummerierungen (entsprechend der ab dem 01.01.2018 geltenden Fassung des SGB IX) und bis 31.12.2017 geltende Nummerierungen

Ab 1.1.2018

Bis 31.12.2017

| | |
|-------------|--------------|
| § 4 | § 4 |
| § 37 Abs. 1 | § 20 Abs. 1 |
| § 37 Abs. 2 | § 20 Abs. 2 |
| § 37 Abs. 3 | § 20 Abs. 2a |
| § 37 Abs. 4 | - |
| § 37 Abs. 5 | - |
| § 42 | § 26 |
| § 49 | § 33 |
| § 51 | § 35 |
| § 76 | § 55 |

Verzeichnis der Mitwirkenden

Uwe Egner, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Edelinde Eusterholz, Verband der Ersatzkassen e.V., Berlin

Andre Gebelein, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Reinhold Grüner, Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Joachim Hulbert, Landeswohlfahrtsverband Hessen, Kassel

Michael Kühlborn, Sozialversicherung Forsten, Landwirtschaft, Gartenbau, Kassel

Meinolf Moldenhauer, GKV-Spitzenverband, Berlin

Markus Oberscheven, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin

Dr. Margarete Ostholt-Corsten, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Alfons Polczyk, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Dr. Katja Robinson, Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e.V., Berlin

Bogumila Szyja, Der Paritätische Gesamtverband, Berlin

Dirk van den Heuvel, Bundesverband Geriatrie, Berlin

Barbara Vieweg, Interessenvertretung selbstbestimmt Leben e.V., Jena

Renate Walter-Hamann, Deutscher Caritas-Verband e.V., Freiburg

Konstanze Zapff, Bundeverband Deutscher Privatkliniken e. V., Berlin

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., Frankfurt am Main

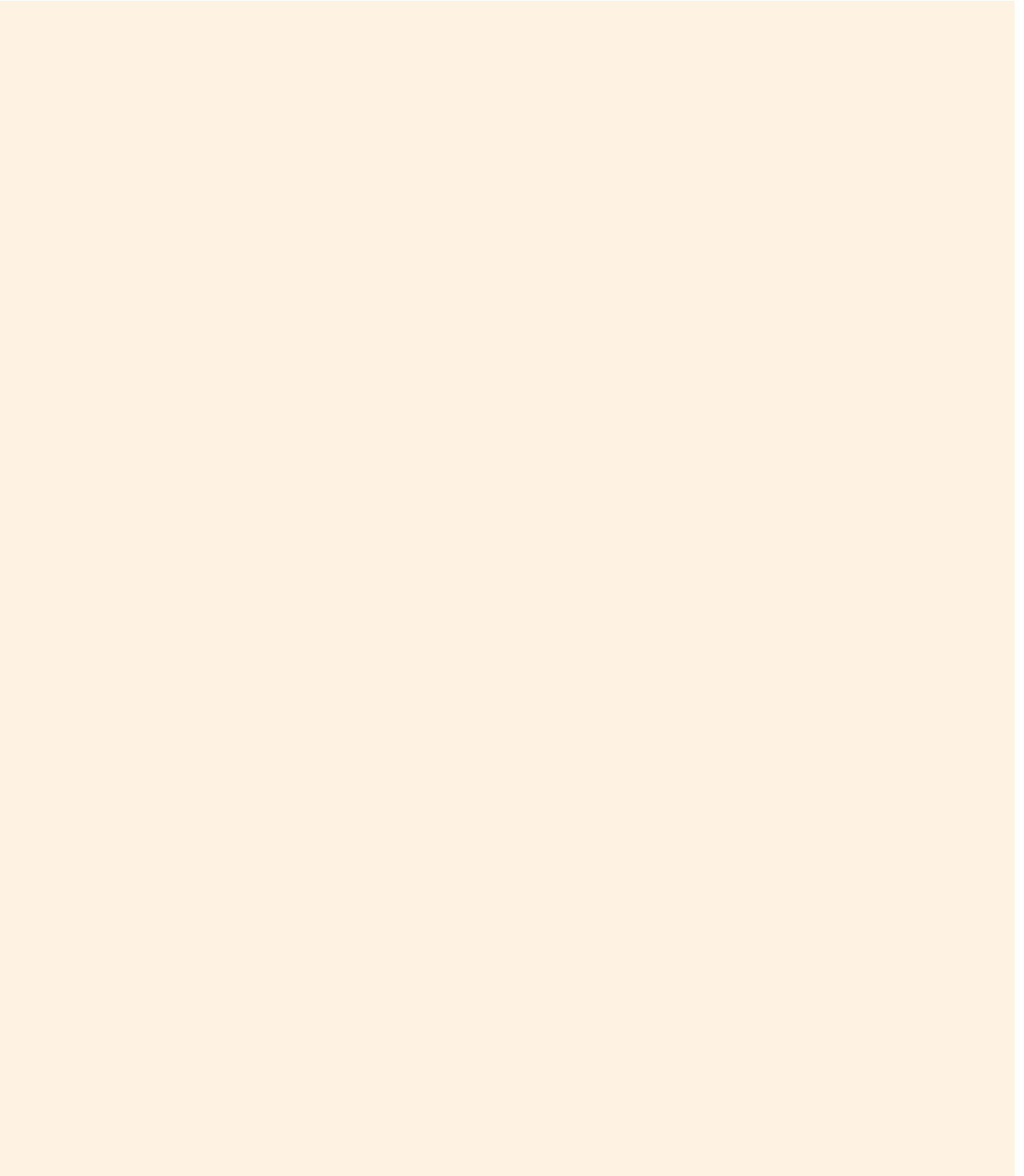
Marcus Schian

Dr. med. Wolfgang Cibis



Notizen





Gemeinsame Empfehlungen der BAR in ihrer aktuellen Fassung:

■ Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX | 2018

- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ | 2018
- Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ | 2018
- Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“ | 2018
- Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“ | 2016
- Gemeinsame Empfehlung „Integrationsfachdienste“ | 2016
- Gemeinsame Empfehlung „Sozialdienste“ | 2016
- Gemeinsame Empfehlung „Förderung der Selbsthilfe“ | 2012
- Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ | 2012
- Gemeinsame Empfehlung „Unterstützte Beschäftigung“ | 2010



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/

