

## Pilotprojekt der KIQ

# Dokumentation des Zielsetzungsprozesses als ergebnisrelevanter Qualitätsindikator in der neurologischen Rehabilitation

K. Diserens<sup>s, a</sup>, F. Baronti<sup>n</sup>,  
S. Beer<sup>r</sup>, P. Bischoff<sup>c, a</sup>,  
P. Combremont<sup>n</sup>, F. Conti<sup>l</sup>,  
I. Dommen<sup>h</sup>, T. Ettlin<sup>i</sup>,  
T. Eugster<sup>o</sup>, M. Felder<sup>m</sup>, R. Frisch-  
knecht<sup>s</sup>, M. Hund<sup>m</sup>, W. Jenni<sup>k</sup>,  
C. Keller<sup>r</sup>, Y. Kieliger<sup>n</sup>, J. Koch<sup>q</sup>,  
M. Rutz<sup>o</sup>, L. Rutz<sup>o</sup>, H. Lüthi<sup>f</sup>,  
J. Meier<sup>k</sup>, N. Michael<sup>m</sup>, M. Pöttig<sup>r</sup>,  
H. P. Rentsch<sup>h</sup>, J. Sprecher<sup>p</sup>,  
S. Steccanella<sup>d, a</sup>, W. Steiner<sup>e</sup>,  
S. Teske<sup>b, a</sup>, K. Thams<sup>i</sup>,  
N. Urscheler<sup>j</sup>, C. Vaney<sup>p</sup>,  
A. Weise<sup>i</sup>, D. Zutter<sup>r</sup>, P. Busch<sup>a</sup>

a KIQ; b santésuisse; c MTK; d H+;  
e RehabNET; f Rehab Basel; g Service  
de Neuropsychologie et de Neurore-  
habilitation et Service de Neurologie,  
CHUV, Lausanne; h Kantonsspital  
Luzern; i Klinik für Neurologie und  
Neurorehabilitation, Valens; j Reha  
Rheinfelden; k RehaClinic Zurzach;  
l Clinica Hildebrand, Brissago;  
m Zürcher Höhenkliniken Wald;  
n Klinik Bethesda, Tschugg; o Rhein-  
burg-Klinik Walzenhausen; p Berner  
Klinik Montana; q Rehazentrum  
Leukerbad; r Klinik Adelheid, Unter-  
ägeri/ZG

\* Die KIQ-Absichtserklärung ist zu  
finden unter [www.kiq.ch](http://www.kiq.ch) →  
Download.

Korrespondenz:  
Dr. med. Karin Diserens, MER  
CHUV  
CH-1011 Lausanne  
Tél. 021 314 12 74

[karin.diserens@chuv.ch](mailto:karin.diserens@chuv.ch)

## Einleitung

Das Krankenversicherungsgesetz (Art. 58 KVG) und dessen Verordnung über die Krankenversicherung (Art. 77 KVV) fordern Massnahmen zur Sicherung und Förderung der Qualität der Leistungen. Um die Anforderungen des KVG umzusetzen, unterzeichneten H+ Die Spitäler der Schweiz und santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer am 15. Dezember 1997 den Rahmenvertrag H+/santésuisse betreffend Qualitätsmanagement.

Die konzeptionelle Grundlage zur Umsetzung des Rahmenvertrages bildet das modular aufgebaute und weiterentwickelte Qualitätskonzept H+/santésuisse vom Juni 1998. Das Qualitätskonzept basiert auf den Grundsätzen der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (CQI), der Qualitätsförderung im ganzheitlichen Sinne (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), der Methodenvielfalt bezüglich des spitalinternen Qualitätsmanagements und des partnerschaftlichen Ansatzes.

Um diese Ziele umsetzen zu können, wurden auch die notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen geklärt und die KIQ als einfache Gesellschaft zur nationalen Koordination der und Information über Qualitätssicherung in stationären Gesundheitsbereichen gegründet. Eine vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen den Verhandlungspartnern H+, santésuisse und MTK gewährleistet eine verbindliche, effiziente und effektive Umsetzung der partnerschaftlich ausgehandelten strategischen Ziele. Als Beobachter sind die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ebenfalls in der Gesellschaft vertreten.

Mit ergebnisrelevanten Zielerhebungen bezweckt die KIQ einerseits die klinikinterne Evaluation der Prozesse und – über die gemeinsame Diskussion der Ergebnisse im Rahmen von Workshops – das Auslösen von Verbesserungsprozessen. Andererseits will die KIQ mittels ergebnisrelevanter Zielerhebungen eine «Rechenschaftspflicht» gegenüber der Öffentlichkeit erfüllen

## La documentation du processus d'évaluation des objectifs en tant qu'indicateur de qualité adéquat pour les résultats dans le domaine de la réhabilitation

La loi sur l'assurance-maladie (art. 58 LAMal) et son ordonnance (art. 77 OAMal) exigent les mesures de contrôle pour garantir et promouvoir la qualité des prestations.

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, le Service national de coordination et d'information pour l'assurance-qualité dans les établissements de santé (CIQ) a été fondé en 2004 sous forme de société simple. En collaboration avec des experts du domaine de la réhabilitation, la société CIQ a conçu un projet-pilote national. Ce projet est composé des modules «Réhabilitation musculo-squelettique» et «Réhabilitation neurologique». Ce projet a démarré, avec ses deux modules, le 1<sup>er</sup> juin 2007 dans dix-sept cliniques.

und relevante Qualitätsinformationen für Patienten, Finanzierer und politische Entscheidungsträger bereitstellen. Ergebnisrelevante Zielerhebungen sollen letztlich auch zur Optimierung des Versorgungssystems von Nutzen sein. Der Gesellschaftsvertrag und die Absichtserklärung zur Finanzierung\* der KIQ sind Grundlage und integrierter Bestandteil des hier vorliegenden Projektkonzepts.

Im Rahmen der im 2004/2005 aufgenommenen Projektarbeit durch die KIQ wurden zwei Bereiche der Rehabilitation (muskuloskelettale und neurologische) ausgewählt, um erste Pilotprojekte zu konzipieren und aufzugleisen. Für beide Bereiche erfolgte der Projektstart am 1. Juni 2007.

Parallel zum Modul der neurologischen Rehabilitation mit der Dokumentation des Zielsetzungsprozesses wird in den Rehabilitationskliniken mit muskuloskeletalem Leistungsangebot die von den SwissReha (ehemals VRKS) erarbeitete Konzeption «Messung ergebnisrelevanter Qualitätsindikatoren nach Körperregionen» in 13 Kliniken pilotiert. In diesem Projekt geht es darum aufzuzeigen, wie sich die Funktionsfähigkeit von Patienten mit Gesundheitsproblemen in einer der fünf Körperregionen (Halswirbelsäule, Lendenwirbelsäule, untere Extremität, obere Extremität oder ganzer Körper) während des stationären Aufenthaltes verändert. Die dazu verwendeten ergebnisrelevanten Indikatoren erfassen die Qualität des Lebensumfeldes bzw. das soziodemographische Umfeld, die Komorbidität, den allgemeinen Gesundheitszustand und die Funktionsfähigkeit mit spezifischen Messinstrumenten [1].

### Ziele des Pilotprojektes in der neurologischen Rehabilitation

Die KIQ führte in der Phase der Konzepterarbeitung für das Modul «Neurorehabilitation» breite Diskussionen darüber, wie die Ergebnisqualität für diesen Bereich der Rehabilitation angemessen abgebildet werden kann. Es musste die Tatsache berücksichtigt werden, dass die Hauptzielsetzung der Rehabilitation auf die Verbesserung der Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsfähigkeit des Patienten gerichtet sein sollte. National und international besteht diesbezüglich ein Konsens, dass das Messen der Ergebnisse in der Rehabilitation auf Funktions- und Aktivitätsebene\*\* mittels klinischer Tests relativ aussagekräftig erfolgen kann. Hingegen ist das Erfassen der Partizipation mit Messinstrumenten äusserst problematisch und kann die individuellen Bedürfnisse und Kontextfaktoren der Patienten nur begrenzt abbilden [3].

Ferner wurden von der Expertengruppe «Outcome» der Schweizerischen Neurologischen Rehabilitationsgesellschaft (SNRG) im Jahre 2001 wesentliche Vorarbeiten im Zusammenhang mit der Evaluation «ergebnisrelevanter Qualitätsindikatoren in der neurologischen Rehabilitation» geleistet. Deren Ergebnisse wurden von der KIQ analysiert mit der Schlussfolgerung, dass standardisierte Messinstrumente in der Neurorehabilitation bei einem flächendeckenden, national koordinierten Einsatz nur partiell aussagekräftig sind und jeweils für klar definierte Krankheitsbilder aussagekräftig und von Relevanz sind. Hingegen kann «die Erfassung der Zielsetzung»\*\*\* eine wirkungsvolle Alternative darstellen. Mit der «Zielorientierten Ergebnismessung (ZOE)» [5, 6] und dem «Goal Attainment Scaling (GAS)» [7] wurden

bisher die meisten Erfahrungen im Zusammenhang mit der Messung der Zielsetzungen gesammelt. Beide Verfahren sind jedoch relativ zeitaufwendig und liefern ohne Schulung ein ungenügendes Bild der Zielsetzung und Zielerreichung.

Aufgrund dieser Vorarbeiten und Analysen entschied die KIQ im Rahmen eines Pilotprojektes, die Dokumentation des Zielsetzungsprozesses während des stationären Aufenthaltes als Nachweis der Qualität in der Neurorehabilitation zu erfassen. Gemeinsam mit einer dafür einberufenen Expertengruppe wurde ein sogenannter «kleinster gemeinsamer Nenner» für die Dokumentation des Zielsetzungsprozesses anhand der Zielsetzung und entsprechender Zielerreichung definiert, der nun im Rahmen der Pilotphase getestet werden soll. Wünschbare Folgen bzw. Nebeneffekte einer standardisierten Dokumentation sind die nachfolgenden Punkte:

1. Die Rehabilitationsziele werden auf die individuellen Bedürfnisse, die Läsion (Krankheitsbild) und die Kontextfaktoren der Patienten und deren Entwicklung abgestimmt;
2. die Rehabilitationsziele werden gemeinsam mit dem Patienten definiert;
3. die therapeutischen Leistungen werden adäquat und koordiniert eingesetzt und auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt;
4. der Grad der Zielerreichung des Patienten wird im Therapieverlauf regelmässig evaluiert.

Die standardisierte Erfassung des Zielsetzungsprozesses soll den Kliniken ermöglichen, im Rahmen von gemeinsamen Workshops untereinander in *Diskussion* zu treten und Verbesserungspotential zu erkennen. Zudem wird ihre Erfahrung bezüglich des Einflusses der Dokumentation des Zielsetzungsprozesses auf die klinikinterne Prozessqualität gesammelt und in die Evaluation des nationalen Projektes einfließen.

### Methodik

Das Modul «Neurologische Rehabilitation» *fokussiert auf die Dokumentation des Zielsetzungsprozesses*. Der dazu definierte Zielsetzungsprozess schreibt den kleinsten gemeinsamen Nenner eines Qualitätsprozesses vor:

1. hierarchische Zielformulierung (Haupt- und Unterziele);
2. auf der obersten Ebene steht die Auswahl von vier Zielkategorien [8]:
  - A: Wohnen,
  - B: soziokulturelles Leben,
  - C: Arbeit,
  - D: Funktionsfähigkeit;
3. minimal muss 1 Hauptziel aus einer Zielkategorie gewählt werden. Für jede Hauptzielka-

\*\* Funktions- und Aktivitätsebene gemäss ICF-Modell der WHO [2].

\*\*\* Die verschiedenen Methoden der Zielsetzungsmessung werden in der ausführlichen Literaturübersicht von Hurn diskutiert [4].

- 1 Stoll T, et al. Sind stationäre Rehabilitation oder ambulante Physiotherapie bei Patienten mit muskuloskeletalen Problemen wirkungsvoll und landen Patienten auf dem richtigen Behandlungspfad? Schweiz Rundsch Med Prax. 2002; 91(45):1900-8.
- 2 WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organisation ICF Full Version, December 2001 ed: WHO, 2001.
- 3 Sanchez CE, Ogilvy CS, Carter BS. Outcomes studies in cerebrovascular neurosurgery. Neurosurg Focus. 2007;22(3):E11.
- 4 Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. Clin Rehabil. 2006;20(9):756-72.
- 5 Gerdes N. Rehabilitationseffekte bei «zielorientierter Ergebnismessung». Ergebnisse der IHRES-ZOE-Studie 1996/97. Deutsche Rentenversicherung. 1998;(3-4):217-38.
- 6 Zwingmann C. Zielorientierte Ergebnismessung (ZOE) mit dem IHRES-Patientenfragebogen: eine kritische Zwischenbilanz. Rehabilitation. 2003;42:226-35.
- 7 Kiresuk TJ, Sherman RE. Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. Community Ment Health. 1968;4:443-53.
- 8 Rentsch HP, Bucher P. ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Idstein: Schulz-Kirchner. 2005.

tegorie sind die möglichen Hauptziele vorformuliert (Tab. 1). Falls relevant, können je Patient auch Ziele aus mehreren Zielkategorien dokumentiert werden, aber je Zielkategorie nur ein Hauptziel.

Die Hauptziele müssen mindestens bei Eintritt und Austritt formuliert werden und können während des Rehabilitationsaufenthalts geändert werden;

4. jedem Hauptziel können mehrere Unterziele zugeordnet werden, minimal aber mindestens eines. Die Themen der Unterziele werden entlang der ersten Ebene der ICF-Klassifikation formuliert. Sie werden im Freitext vom medizinischen/therapeutischen Personal entsprechend den individuellen Begebenheiten erfasst und dem entsprechenden ICF-basierten Unterzielthema gemäss Tabelle 1 zugeordnet. Die Unterziele sollen dem Erreichen der entsprechenden Hauptziele dienen.

Im Hinblick auf das Erreichen des Hauptziels stellen die *Unterziele die Ansatzpunkte der Interventionen* dar. Damit besteht eine klare Hierarchie zwischen Zielkategorie, Haupt- und Unterzielen, die im interdisziplinären Team abgesprochen werden soll.

Der Zielerreichungsgrad wird pro Haupt- und Unterziel mit einer einfachen Skala «nicht erreicht – teilweise erreicht – erreicht» dokumentiert. Damit zeigt diese Dokumentation, welche Massnahmen bei Nichterreichen (oder teilweisem Erreichen) der Ziele- und Unterziele getroffen worden sind. Die Dokumentation des Zielsetzungsprozesses wird mit folgenden Patientencharakteristiken vervollständigt:

1. Komorbidität;
2. ätiologische Zuordnung der neurologischen Krankheitsbilder.

Diese Daten dienen dazu, die Ähnlichkeit von Kliniken bezüglich Case-mix abzuschätzen.

Da der Zielsetzungsprozess und die Zielerreichung von verschiedenen Faktoren abhängen, werden folgende weiteren Faktoren erfasst:

1. FIM (Functional Independence Measure) oder EBI (Erweiterter Barthel-Index) bei Eintritt\*\*\*\*;
2. Kontextfaktoren;
3. Alter;
4. Wohnsituation vor Eintritt.

\*\*\*\* Die Erfassung des FIM oder EBI bei Eintritt dient zur Vervollständigung der für den Case-mix relevanten Faktoren.

Für die Gewährleistung einer *einheitlichen Dokumentation* während der Pilotphase wurde RehabNET®-MAS, ein Assessmentsystem der Firma RehabNET gewählt. Die Entwicklungskosten, die Kosten der Kliniken für das Assessmentssystem sowie die Projektmanagementkosten werden während der Pilotphase gemeinsam von den sich beteiligenden Kostenträgern (Versicherer und Kantone) und der KIQ getragen. Die anfallenden klinikinternen Kosten gehen zu Lasten der Kliniken.

Die durch das Assessmentssystem gewährte Einheitlichkeit schafft die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich die Experten im Rahmen der Gesamtanalyse über die verschiedenen Ansatzpunkte, wie und welche Ziele erreicht wurden, wirkungsvoll austauschen können. Die eingebrachten Vorschläge sollen letztlich dazu dienen, ein ausgereifteres Konzept für die national koordinierte, gesamtschweizerische Einführung in allen Rehabilitationskliniken mit neurologischem Leistungsangebot anbieten zu können.

### Schlussfolgerung

Mit dem innovativen Konzept «Dokumentation des Zielsetzungsprozesses» in Rehabilitationskliniken mit neurologischem Leistungsangebot, das dem Pilotprojekt der KIQ zugrunde liegt, ist der erste Schritt zu einem nationalen Konsens erarbeitet worden, der den Fachexperten der neurologischen Rehabilitation, den individuellen Bedürfnissen der Patienten und den Kostenträgern gerecht wird.

Hierdurch werden Anreize geschaffen, sowohl den internen Zielsetzungsprozess in den Kliniken kontinuierlich zu verbessern als auch den Versicherern gegenüber dokumentierte Ergebnisqualität im Zielsetzungsprozess darzulegen.

Im Gegensatz zum Projekt in der neurologischen Rehabilitation wurde der Zielsetzungsprozess im Bereich muskuloskeletale Rehabilitation nicht integriert, um in beiden Projekten unterschiedliche Erfahrungen sammeln zu können. Am Ende der Pilotphase kann damit eine Evaluation der jeweils erreichten Ergebnisse vorgenommen werden, um unter anderem eine Entscheidungsgrundlage dafür zu erhalten, inwiefern eine Kombination der beiden Ansätze sinnvoll ist und inwiefern nicht.

**Tabelle 1**  
Zielkategorien.

Zielkategorien	A Wohnen	B Soziokulturelles Leben	C Arbeit	D Funktionsfähigkeit
Hauptziele	<p>A1 Integration in eine Pflegeinstitution</p> <p>A2 Betreutes Wohnen in Institution</p> <p>A3 Wohnen zuhause mit Unterstützung durch im gleichen Haushalt lebende Bezugspersonen (mit oder ohne externe Unterstützung)</p> <p>A4 Selbständiges Wohnen mit externer Unterstützung</p> <p>A5 Selbständiges Wohnen (inkl. aller Aktivitäten, die auf die eigene Person ausgerichtet sind)</p> <p>A6 Selbständiges Wohnen mit zusätzlichen Aufgaben (alles, was nicht auf die eigene Person gerichtet ist) inkl. Haushalt</p>	<p>B1 Unterstützte Teilnahme am soziokulturellen Leben ausserhalb des Hauses</p> <p>B2 Selbständige Teilnahme am soziokulturellen Leben ausserhalb des Hauses</p> <p>C5 Volle ursprüngliche Tätigkeit</p> <p>C6 unbezahlte Arbeit (inkl. Teilzeitarbeit)</p>	<p>C1 Beschäftigung/Nischenarbeit in geschütztem Rahmen</p> <p>C2 Berufliche Umorientierung</p> <p>C3 Berufliche Umschulung</p> <p>C4 Teilzeitarbeit in der Tätigkeit</p>	<p>D1 Funktionale Ziele</p>
Unterziele (entsprechen bei A-C den ICF-Domänen der ICF-Komponente «Aktivität und Partizipation», bei D der Komponente «Körperfunktion»)	<p>Lernen und Wissensanwendung</p> <p>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</p> <p>Kommunikation</p> <p>Mobilität</p> <p>Selbstversorgung</p> <p>Häusliches Leben</p> <p>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</p> <p>Bedeutende Lebensbereiche</p> <p>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</p> <p>Produkte und Technologien</p> <p>Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt</p> <p>Unterstützung und Beziehungen</p> <p>Einstellungen</p> <p>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze</p>	<p>Lernen und Wissensanwendung</p> <p>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</p> <p>Kommunikation</p> <p>Mobilität</p> <p>Selbstversorgung</p> <p>Häusliches Leben</p> <p>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</p> <p>Bedeutende Lebensbereiche</p> <p>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</p> <p>Produkte und Technologien</p> <p>Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt</p> <p>Unterstützung und Beziehungen</p> <p>Einstellungen</p> <p>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze</p>	<p>Lernen und Wissensanwendung</p> <p>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</p> <p>Kommunikation</p> <p>Mobilität</p> <p>Selbstversorgung</p> <p>Häusliches Leben</p> <p>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</p> <p>Bedeutende Lebensbereiche</p> <p>Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben</p> <p>Produkte und Technologien</p> <p>Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt</p> <p>Unterstützung und Beziehungen</p> <p>Einstellungen</p> <p>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze</p>	<p>Mentale Funktionen</p> <p>Sinnesfunktion und Schmerz</p> <p>Stimm- und Sprechfunktion</p> <p>Funktion des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems</p> <p>Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems</p> <p>Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems</p> <p>Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen</p> <p>Funktion der Haut und der Hautanhangsgebilde</p> <p>Produkte und Technologien</p> <p>Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt</p> <p>Unterstützung und Beziehungen</p> <p>Einstellungen</p> <p>Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze</p>
Dazu bei allen Zielkategorien (A-D) Einschätzung der ICF-Komponente «Umweltfaktoren»				