

**Präsentationsveranstaltung der Kompetenz-Centren der Medizinischen Dienste
am 24. April 2007**

**Workshop I „Qualitätssicherung bei Einführung innovativer
Behandlungsformen“**

Mobile Rehabilitation

Norbert Lübke, Kompetenz-Centrum Geriatrie

ABSTRACT

Qualitätssicherung (QS) setzt die Definition eines Zieles voraus, auf Basis dessen im Ist/Soll-Vergleich der Umfang der Zielerreichung als Maß der erbrachten Qualität bestimmt werden kann. Bei „neuen“ Versorgungsformen stellt sich im Hinblick auf die potenzielle Zielerreichung zunächst die Frage der Evidenz, die sich in die Effektivität und die Effizienz der Maßnahme, letztere nochmals unter Studienbedingungen und realen Versorgungsverhältnissen sowie ggf. unter Einbezug von Wirtschaftlichkeitsaspekten unterteilen lässt. Wird die Evidenz für ausreichend gehalten, greifen zur QS die klassischen Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, was nicht über die grundsätzliche Priorität der Ergebnisse gegenüber Struktur und Prozessen hinwegtäuschen sollte. Als zusätzlicher Faktor sei auf die Indikationsqualität hingewiesen, die sich nur bedingt der Prozessqualität unterordnen lässt und in der sozialmedizinischen Begutachtung angesichts immer unbeschränkterer medizinisch-therapeutischer Möglichkeiten zunehmende Bedeutung gewinnt.

Diese Aspekte von QS werden im Sinne einer aktuellen Standortbestimmung auf die „neue“ Versorgungsform Mobile Rehabilitation (MoRe) angewendet und auf hieraus abzuleitende Erkenntnisse untersucht. Auf Basis einer kurzen historischen Zusammenfassung der keineswegs kurzen „Geschichte“ der MoRe im deutschen Gesundheitssystem wird deutlich gemacht:

- Versorgungsforschung erfordert klare Fragestellungen und damit klare Zielformulierungen. Dies bedeutet aber - auch unter Evidenzaspekten - nicht, dass „alles erforscht“ werden muss.
- Aus den Fragestellungen ergeben sich zwingend entsprechende methodische Designs zu ihrer wissenschaftlich befriedigenden Beantwortung. Unzureichende Designs fördern keine Evidenz. Alternativ ist zu entscheiden, ob die Fragestellung im o.g. Sinne für weitere Versorgungsentscheidungen wirklich erforscht werden muss.
- Es besteht auf Basis der bisherigen Modelle zu Mobiler Rehabilitation und deren Evaluation viel – auch wertvolle - Praxiserfahrung, aber wenig systematische Methodenevidenz. Die Frage nach dem objektiven Bedarf dieser neuen Versorgungsform v.a. in Abgrenzung zu etablierten Erbringungsformen rehabilitativer Leistungen stützt sich immer noch weitgehend auf (begründete) Hypothesen.
- Ein solches Vorgehen birgt als typische Gefahr, dass die Versorgungsrealität implementierter Modellprojekte und politische Vorgaben den wissenschaftlichen Erkenntnisprozess überholen und ersetzen.
- Dann verbleibt die Festlegung klassischer Qualitätskriterien oft als einziges Steuerungsinstrument - mit entsprechender Gefahr missbräuchlicher Verwendung und klassischem Überwiegen von Struktur- und Prozess- gegenüber immer noch schwer zu operationalisierenden Ergebniskriterien.

- Die Formulierung eingrenzender Indikationskriterien wird nach Etablierung einer neuen Behandlungsform in die Regelversorgung ohne entsprechende Evidenz kaum durchzusetzen sein.

Wir stehen vor einer solchen regelhaften Einführung der mobilen Rehabilitation. Mit den Rahmenempfehlungen zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation ist es gelungen, im Vorfeld eine Patientengruppe zu beschreiben, für die von einer Unterversorgung im bisherigen Versorgungsangebot auszugehen ist, und für deren mobile Rehabilitation klassische Qualitätskriterien zu formulieren. Hierbei wurde die Definition der in Betracht kommenden Personengruppe so eng gefasst, dass aus ethischen Gründen faktisch kaum noch Möglichkeiten für eine Überprüfung im Rahmen kontrollierter Studien bestehen. Andere potenzielle Chancen dieser neuen Versorgungsform (Verbesserung der Effizienz der Rehabilitation und Steigerung der Nachhaltigkeit, eventuelle Kostenersparnisse z.B. durch Nutzung vorhandener Pflegeressourcen und realitätsbezogene Eingrenzung der Rehabilitationsziele u.U. auch für nichtgeriatrische Patienten etc.) blieben bisher ausgeklammert. Hier besteht klassischer Versorgungsforschungsbedarf, der rasch, mit klaren Fragestellungen und adäquaten Designs gedeckt werden sollte, bevor sich die Praxis realer Versorgung ihre eigenen Indikationen schafft.