



**Mehr Spielräume, bessere Vergleichbarkeit, aber wo bleibt der Wettbewerb?**

## Prozessleitlinien und

# ihre Konsequenzen für die Reha

*Künftig sollen mehr als die Hälfte aller Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung nach sogenannten Prozessleitlinien behandelt werden. Der Autor beschreibt die Methode sowie die Konsequenzen für Rehabilitationseinrichtungen.*

**A**nfang 2005 hat die ehemalige BfA die „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“ veröffentlicht. Zusätzlich sollen Leitlinien für weitere Indikationen erarbeitet werden, sodass in Zukunft über 50 Prozent aller Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung danach behandelt werden. Sie werden unter dem Begriff „Prozessleitlinien“ zusammengefasst. Sehr viele ambulante und stationäre Rehabilitationsabteilungen sind davon betroffen. Die Prozessleitlinien der Rentenversicherungsträger unterscheiden sich deutlich von bisherigen Behandlungsleitlinien. Sie sind immer für eine Gruppe von Rehabilitanden in einer Reha-Einrichtung gültig und beschreiben nicht nur die Versorgung eines einzelnen Patienten.

1998 hat die BfA (jetzt Deutsche Rentenversicherung Bund) ein Leitlinienprojekt für somatische Indikationen initiiert. Dieses wurde vor einigen Jahren durch den VDR ergänzt. Das Ziel ist die Standardisierung von Rehabilitationsbehandlungen. Die Einführung von Prozessleitlinien dient

- der „qualitätsgesicherten Rehabilitation“. Inhaltliche Diskrepanzen zwischen den Reha-Einrichtungen sollen bereinigt werden.
- der erheblichen Vereinfachung von Wissensmanagement. Das medizinische Wissen ist in den letzten Jahrzehnten enorm angewachsen und kann von den Praktikern in den Reha-Einrichtungen kaum bewältigt werden.
- der hohen Evidenz in der Behandlung. Unter Evidenz Basierter Medizin (EBM) versteht man den bewussten expliziten und abwägenden Gebrauch des gegenwärtig verfügbaren Wissens. Nicht nur die Kenntnis von medizinischen Studien reicht dazu aus, sondern diese müssen auch noch auf ihre Aussagekraft zu speziellen Behandlungskonstellationen geprüft werden.
- dem gesetzlichen Auftrag an die Rehabilitation, der sich aus dem neuen SGB IX ergibt. Dieser wird von den Reha-Einrichtungen zu wenig beachtet. Kurative Therapieziele stehen oft im Vordergrund.

Die Koppelung an die Instrumente der externen Qualitätssicherung wird diese neuen Prozessleitlinien sehr wirkungsvoll machen. Aus dem „die richtigen Dinge tun“ (Evidenzbeachtung) wird ein „die richtigen Dinge richtig tun“ (Koppelung an die Externe Qualitätssicherung). Die Instrumente, die der Rentenversiche-

rung zur Verfügung stehen werden noch dargestellt. Hervorzuheben ist, dass es sich dabei um Routine-Instrumente handelt, die schon zur Verfügung stehen und nicht noch entwickelt werden müssen.

Die ersten Prozessleitlinien für Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation wurden seit 2005 publiziert:

- „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“



Dr. med. Thomas Lutzmann  
Qualitätsmanagementbeauftragter  
Wicker-Kliniken  
Bad Wildungen

- „Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen“
- „Leitlinie zur medizinischen Rehabilitation für Patienten im erwerbsfähigen Alter nach lumbaler Bandscheibenoperation (S2)“ (orientiert sich nur teilweise an der hier dargestellten Systematik)

Folgende Leitlinien sind zurzeit in Arbeit:

- „Diabetes mellitus Typ 2“,
- „Schlaganfall“,

- „Brustkrebs“ und
- „Alkoholabhängigkeit“,
- „Psychosomatik mit Angststörung und Depression“.

Die Erarbeitung der Prozessleitlinien wird durch anerkannte wissenschaftliche Einrichtungen im Bereich der Reha-Forschung durchgeführt. Die Entwicklung vollzieht sich nach einem einheitlichen Schema. Nach einer Literaturrecherche von wissenschaftlichen Studien und deren Prüfung auf Evidenz, wird die Versorgungsrealität in Deutschland anhand von KTL-Daten untersucht. Therapien, die sich aus der Versorgungspraxis oder aufgrund von Trägeraufgaben ergeben, werden ebenfalls einbezogen, solange sie nicht nachweislich unwirksam oder schädlich sind (z.B. Sozialberatung, berufsorientierte Rehabilitation, Motivation/Schulungen). Danach werden auf Grundlage der wissenschaftlichen Untersuchungen sogenannte „Evidenzbasierte Therapie-Module (ETM)“ definiert, die Aussagen über die notwendigen Therapiebestandteile (KTL-Ziffern) enthalten.

Der zeitliche Umfang einzelner Therapie-Module wird durch Expertenrunden im Konsensus erarbeitet. Durch diese Konsensus-Bildung verringert sich die Evidenz und ein möglicher systematischer Experten-Einfluss (Experten-BIAS) tritt auf. Genau dieser Effekt ist bei der jetzt veröffentlichten Leitlinie „Koronare Herzkrankheit“ eingetreten und soll geändert werden. Die von den Experten geforderten Leistungsmengen waren sehr hoch angesetzt worden und sind insgesamt kaum umsetzbar. Aber ohne die Festlegung von Leistungsmengen wäre die Erstellung von Leitlinien in der Rehabilitation zurzeit nicht möglich. Die Vorgaben wären zu unscharf, um sie dann in der praktischen Umsetzung messen zu können. Der letzte Schritt der Leitlinienentwicklung ist die Publikation und Evaluation. Abbildung 1 zeigt das Beispiel eines ETM (Evidenzbasiertes Therapiemodul).

### Besonderheiten der Prozessleitlinien

Die Entscheidung, ob ein Patient leitliniengemäß behandelt werden muss, erfolgt über die Hauptdiagnose nach ICD 10. Die Reha-Einrichtung legt im Rahmen der Hauptdiag-

nose gleichzeitig die Leitliniengültigkeit fest. Dies könnte in einzelnen Fällen Anlass zu Manipulationen geben (Änderung der Hauptdiagnose bei Nichterfüllung der Leitlinien-Anforderungen).

Die Evidenz-Basierten Therapiemodule (ETM) sind die Grundlage leitliniengerechter Rehabilitation. Sie verfolgen einen multidisziplinären und multiprofessionellen Ansatz. Nicht die Versorgung eines einzelnen Rehabilitanden wird vorgegeben, sondern es wird der Rahmen für die Versorgung einer Gruppe von Rehabilitanden festgelegt. Dies unterscheidet die Prozessleitlinien grundsätzlich von den anderen Leitlinien. Und es schafft Spielräume und befreit die Leitlinie von dem möglichen Vorwurf der „Kochbuch-Medizin“. Eine erste Analyse zu der KHK-Leitlinie zeigte, dass die Akzeptanz bei den Anwendern in den Einrichtungen erstaunlich hoch ist.

Ein wesentliches neues Element ist die Festlegung des „Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Patienten“. Darunter versteht man den geschätzten Bedarf. Der Mindestanteil wird für jedes Therapiemodul (ETM) einzeln festgelegt und be-

schreibt den Anteil von Rehabilitanden, die Leistungen aus dem jeweiligen Modul erhalten sollen. Dabei wird eine Leistungsmenge, wie Stunden pro Woche, definiert. Sie ist somit ein Qualitätsindikator, mit dem die DRV das leitliniengerechte Behandeln erfassen und beurteilen kann. Die Leistungen werden in der Leistungsmenge und der Art (über die KTL-Systematik) für jedes Therapiemodul separat beschrieben. Leistungsumfang, Mindestanteil und die hinterlegten KTL-Leistungen unterscheiden sich von Modul zu Modul. Eine Darstellung findet sich in der Abbildung 2, Seite 874.

In der „Leitlinie für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen“ finden sich auch sogenannte „Zusätzliche Therapiemodule (ZTM)“. Es handelt sich um Therapien, die in Zukunft bei der Bewertung gar nicht mehr berücksichtigt werden. Da es sich um durchweg balneophysikalische Leistungen handelt, wird es vermutlich hier zu einem großen Umbruch der Konzepte, der Ausstattung, dem Mitarbeiterstamm und der Leistungen kommen.

### Konsequenzen für die Reha-Einrichtungen

Die Deutsche Rentenversicherung kann ►

Abb. 1

Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM)			
<b>ETM 3</b>	<b>Sport und Bewegungsspiele</b>		
<b>Therapeutische Inhalte</b>	Sport, Sport- und Bewegungsspiele		
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<b>Dauer pro Woche:</b>	mind. 1 Std. 30 Min.	
	<b>Häufigkeit pro Woche:</b>	mind. 3 x	
	<b>Einzel-, Gruppentherapie:</b>	vorwiegend in der Gruppe	
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden (Normative Inzidenz)</b>	80%		
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	I11	Gezieltes Training für Behinderte, Gruppe	45 Min.
	I11.10	Behindertensport, Gruppe	45 Min.
	I11.30	Behindertenschwimmen, Gruppe	45 Min.
	I11.99	Training für Behinderte, Gruppe	45 Min.
	I12	Gezieltes Training für Behinderte, Gruppe	30 Min.
	I12.10	Behindertensport, Gruppe	30 Min.
	I12.30	Behindertenschwimmen, Gruppe	30 Min.
	I12.99	Training für Behinderte, Gruppe	30 Min.

Abb. 1: Beispiel eines ETM (Evidenzbasiertes Therapiemodul) aus der „Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit“

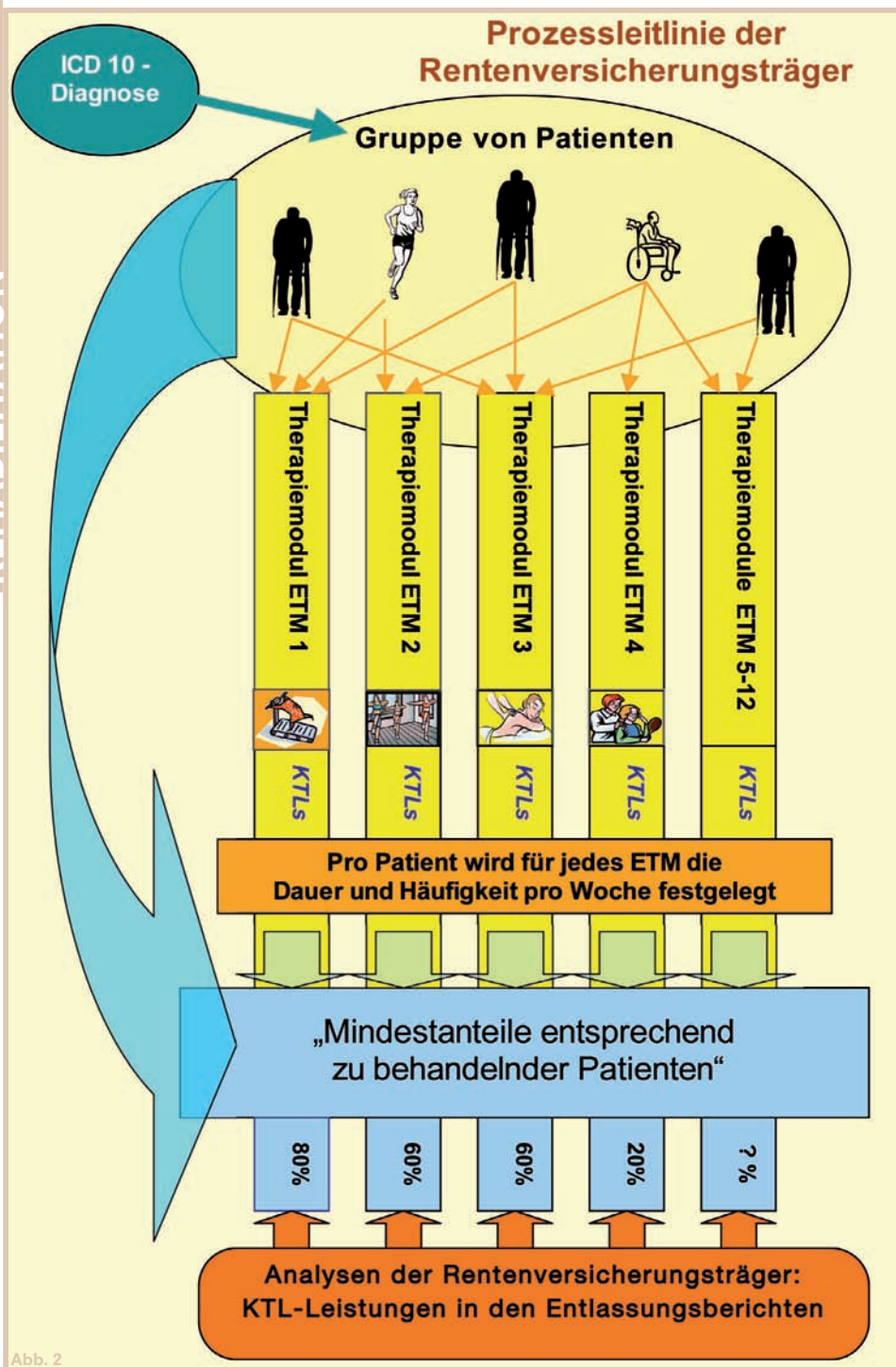


Abb. 2

**Abb. 2: Übersicht zu den „Mindestanteilen entsprechend zu behandelnder Patienten“**

über die KTL-Daten genau prüfen, welche Evidenz-Basierten Therapie-Module (ETM) von einer Reha-Einrichtung in welchem Umfang erfüllt werden. Diese Kontrollmöglichkeiten machen den Charme für die Kostenträger aus. Brisanz erhält die Thematik dadurch, dass die Leitlinien-Umsetzung mittelfristig in das neue „Rehabilitations-Bewertungssystem“ der DRV Bund Bundesträger einfließen soll. Dabei ist eine Belegungssteuerung auch über die Qualität geplant.

Aber nicht nur mit der Belegungssteuerung verfügen die Rentenversicherungsträger über eine ganze

Reihe von effektiven Instrumenten, um die Umsetzung in den Reha-Einrichtungen zu fördern und zu fordern. Beispielhaft seien Personalstandsmeldungen, Visitationen und Peer-Review-Verfahren genannt. Zu vermuten ist, dass neben den Rentenversicherungsträgern auch andere Interessenspartner das Thema der Prozessleitlinien aufgreifen werden, wie Krankenkassen, MDK, Beihilfestellen und Private Krankenversicherungen. Patienten und Angehörige erhalten die Informationen aus dem Internet und werden die Leitlinien in der Behandlung einfordern.

## Maßnahmen in den Reha-Einrichtungen

Für die Reha-Einrichtungen liegt es deshalb nahe, sich frühzeitig mit dem Thema der Prozessleitlinien zu beschäftigen. Aus der jetzigen Entwicklungsarbeit der Leitlinien lassen sich schon Tendenzen erkennen. Wenn man ein altes Motto variieren möchte, könnte man es auf die Formel bringen „Morgens Tango, weniger Fango“. Trainingstherapie zur Steigerung von Ausdauer, aber auch Entspannung, Sozialberatung, Psychologische Beratung, Schulungen und Ernährung werden einen hohen Stellenwert erhalten. Ebenfalls werden im Rahmen der „Berufsorientierten Rehabilitation“ Ergotherapie mit arbeitsspezifischen Belastungserprobungen weiter an Bedeutung gewinnen. Spätestens wenn die Reha-Einrichtungen die Prozessleitlinien mit Analysen der aktuell erbrachten Leistungen vom Rentenversicherungsträger erhalten, müssen sie sich intensiv mit dem Abgleich von erbrachter Leistung zu geforderter Leistung beschäftigen.

Die häufigsten Gründe für Abweichungen sind nach den bisherigen Ergebnissen die mangelnde Erfassung und Kodierung der therapeutischen Leistungen und die nicht prozessleitlinienkonforme KTL-Zuordnung. Damit haben diese Ergebnisse Ähnlichkeiten mit der Einführung der DRG in den Kliniken und dem Kodieren von Diagnosen und Prozeduren.

Für die zügige Umsetzung in den Reha-Einrichtungen sind etablierte Managementstrukturen notwendig. Die Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement müssen ergänzt werden. Aktuell geschieht dies bei der Überarbeitung des Auditleitfadens 4.0 der DEGEMED. Spezielle Fragen zur Leitlinien-Umsetzung werden in den Katalog eingefügt, um die Kliniken auf die neuen Anforderungen vorzubereiten.

Die ersten Analysen der Deutschen Rentenversicherung haben gezeigt, dass der erforderliche Wandel im Bereich der kardiologischen Rehabilitation eingetreten ist.

## Bedeutung des Controlling wächst

Das Controlling gewinnt in Zukunft eine große Bedeutung und Analyse-Möglichkeiten müssen vorhanden sein. Dafür ist eine gute Software ►

Neu! • Neu! • Neu! • Neu! • Neu!



ku-Sonderheft

### **Deutsche Kodierrichtlinien 2007 mit Kommentierung durch den MDK**

Die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren wurden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erneut überarbeitet. Das Heft enthält den vollständigen Text in der vom InEK autorisierten Fassung für das Jahr 2007. In das ku-Sonderheft sind zusätzlich die Kommentierungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eingearbeitet. Es ist somit eine wertvolle Arbeitshilfe für Klinikärzte und Kodierfachkräfte, für die beim Kodieren von Diagnosen und Prozeduren die Sichtweise der MDK-Gutachter sehr hilfreich ist.

#### **Deutsche Kodierrichtlinien 2007**

Oktober 2006, DIN A4, ca. 192 Seiten

ISBN 3-938610-37-9, Einzelpreis: 10,80 Euro

#### **Günstige Staffelpreise:**

**ab 30 Exemplaren: 9,80 Euro**

**ab 50 Exemplaren: 9,20 Euro**

ku-Sonderheft

### **G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007**

Das deutsche DRG-System lernt weiter – auch in diesem Jahr wurden die Fallpauschalenkataloge weiter entwickelt, um das Leistungsgeschehen in deutschen Krankenhäusern noch genauer abzubilden.

Das ku-Sonderheft enthält die aktuellen Fallpauschalenkataloge in der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) autorisierten Fassung und im nutzerfreundlichen DIN A 4-Heftformat.

#### **G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007**

Oktober 2006, DIN A4, ca. 120 Seiten

ISBN 3-938610-38-7, Einzelpreis: 4,95 Euro

#### **Günstige Staffelpreise:**

**ab 30 Exemplaren: 4,55 Euro**

**ab 50 Exemplaren: 4,25 Euro**



Fax-Antwort 0 92 21/9 49-3 77

Ich bestelle  Exemplar/e ku-Sonderheft **Deutsche Kodierrichtlinien 2007**  
 Exemplar/e ku-Sonderheft **G-DRG-Fallpauschalenkatalog 2007**

Adresse

.....  
.....  
.....

Datum

Unterschrift

ku 10/06

**Baumann**  
Fachverlage

www.ku-online.de

nötig. Im Controlling werden dabei zwei Aspekte unterschieden:

### Der Controllingprozess während der einzelnen Rehabilitation

Während der laufenden Reha-Maßnahme müssen die Leitlinien-Patienten über die zugrunde liegenden Hauptdiagnosen identifiziert und den behandelnden Ärzten mitgeteilt werden. Schon in der Therapieplanung wird geprüft, ob ein Patient ausreichende Behandlungen erhält, um die Anforderungen einzelner Evidenzbasierter Therapiemodule zu erfüllen. Durchgeführte Leistungen (KTL-Daten) werden kurzfristig erfasst und zusätzlich auf Leistungserbringung kontrolliert. Umgekehrt sollte das System auch in der Lage sein, bei „zuviel“ erbrachter Leistung Obergrenzen zu erkennen und den behandelnden Ärzten Hinweise zu geben (Leistungsbudgets).

### Controlling des „Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Patienten“

Kontinuierlich muss eine Reha-Einrichtung prüfen, ob ihre Patienten leitliniengerecht behandelt werden. Dabei werden für die Gruppe der Leitlinien-Patienten die „Mindestanteile entsprechend zu behandelnder Patienten“ auf Leistungsmenge und -umfang geprüft.

### Chancen

Die Prozessleitlinien der Rentenversicherungsträger bieten die Möglichkeit, Leistungen, die die Reha-Einrichtung erbringt, zu ordnen und zu definierten Leistungspaketen zu schnüren. Sub-Gruppen von Rehabilitanden erhalten gleiche oder ähnliche Leistungspakete, die im Rehabilitationskonzept definiert werden. Damit

kann auch die Kostenrechnung in den Rehabilitationseinrichtungen einen wichtigen Impuls erhalten. Sowohl die Kostenplanung als auch der Vergleich im Rahmen von Benchmarking mit anderen Reha-Einrichtungen würde dadurch erleichtert werden.

### Fazit

Die Einführung von Prozessleitlinien der Rentenversicherungsträger wird zu deutlichen Änderungen der Behandlung in stationären und ambulanten Reha-Einrichtungen führen. Für die Reha-Einrichtungen beinhalten die Leitlinien nicht nur neue Aufgaben, sondern auch Chancen. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kann damit auf einem hohen Evidenzbasierten Niveau gearbeitet werden, wie es bisher in keinem anderen medizinischen Versorgungsbereich in Deutschland geschieht.

In den Wicker-Kliniken verstehen wir die notwendigen Umstrukturierungen auch als Chance, interne Strukturen, Konzepte, Prozesse und das Controlling neu zu gestalten. Das ermöglicht es, auch bisher ungelöste Aufgaben zu bewältigen, wie etwa die Vereinheitlichung der Kostenträgerrechnung und perspektivisch auch Fragen der Vergütung von medizinischen Rehabilitationsleistungen. Wie bei zunehmender Vereinheitlichung von Behandlungsmaßnahmen eine einzelne Reha-Einrichtung bei bestehendem Kostendruck ihr spezifisches „Profil“ darstellen kann, wird dann zu einer neuen Herausforderung. ■

**Dr. med. Thomas Lutzmann**  
**Wicker-Kliniken**  
**Qualitätsmanagementbeauftragter**  
**Brunnenallee 29**  
**34537 Bad Wildungen**  
**lutzmann@wicker.de**

*Literatur beim Verfasser*

# Checkliste

## Kompetenz der Reha-Einrichtung

- Ist ein Verantwortlicher in der Einrichtung für die Prozessleitlinien-Betreuung benannt? (Qualifikation: Mitarbeiter aus der Pflege, Verwaltung oder ärztlichem Bereich, evtl. Dokumentationsassistent)
- Verfügt der Leitlinien-Beauftragte über Kompetenzen und Ressourcen zur Steuerung der Abläufe und berichtet er an die Einrichtungsleitung?
- Liegen schriftliche Regelungen für den Umgang mit Leitlinienpatienten vor?
- Sind notwendige Strukturen in der Reha-Einrichtung vorhanden? (Qualitätsmanagement, Projektmanagement, Arbeitsgruppe zur Prozessleitlinienseinführung?)

## Erfassung von Leistungen (KTL)

- Werden die KTL-Leistungen vollständig und richtig erfasst?
- Ist der Prozess von der Kodierung bis zur Zusammenstellung für den Entlassungsbericht analysiert (z.B. als schriftliche Regelung im QM-Handbuch)?
- Sind die Zuständigkeiten der Diagnosen- und KTL-Erfassung eindeutig und transparent geregelt?
- Wird stets der aktuelle KTL-Katalog eingesetzt? (neuer Katalog ab 2007)
- Wird die Nichtteilnahme der Patienten an KTL-pflichtigen Leistungen korrekt erfasst?
- Werden die KTL-Leistungen vor dem Versand des Entlassungsberichtes geprüft (Vier-Augen-Prinzip)?

# für die Einführung von Prozessleitlinien

- Wie wird mit Kodierfehlern umgegangen?
- Werden geplante, aber nicht durchgeführte Leistungen richtigerweise nicht kodiert?
- Werden die KTL-Leistungen regelmäßig auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Plausibilität kontrolliert?
- Erfolgt ein Abgleich eigener Analysen mit den Analysen von KTL-Leistungen der Rentenversicherungsträger? Sind die Angaben zu den KTL-Leistungen plausibel?
- Stimmen Angaben in der Patientenbefragung der Rentenversicherungsträger zu speziellen therapeutischen Leistungen mit der eigenen Erfassung überein?
- Werden die ETM-relevanten KTL-Ziffern kodiert? Können nicht-relevante Ziffern in ihrer Kodierung geändert werden, wenn dies inhaltlich zulässig ist?
- Werden die Möglichkeiten, dass verschiedene Berufsgruppen die gleichen KTL-Leistungen erbringen und kodieren können, ausreichend berücksichtigt?

## Organisation der Reha-Einrichtung

- Liegen Analysen der DRV zur Erfüllung von Prozessleitlinien vor?
- Welche Auswirkungen haben die Prozessleitlinien der Rentenversicherungsträger auf die Organisation der Reha-Einrichtung?
- Ist eine Änderung der Konzepte notwendig (Einrichtungskonzept, Rehabilitationskonzept)?
- Enthalten die Rehabilitationskonzept Angaben zu den Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) und deren einrichtungsspezifischen Indikationsstellungen?
- Werden Leistungen in „Zusätzlichen Therapiemodulen (ZTM)“ erbracht und lassen sich diese reduzieren?
- Existiert eine Zielplanung von Leistungen und hinterlegten KTL-Mengen? Sind Leitungsmitglieder in die Planung eingebunden?
- Ist die zukünftige Leistungserbringung mit den momentanen Servicezeiten möglich oder müssen diese verändert werden?
- Welche Informationen und Schulungen benötigen die Mitarbeiter,

die von den Prozessleitlinien betroffen sind (Schulung über Inhalte und Methodik der Leitlinien)?

- Wie sind die Auswirkungen auf die „Nicht-Leitlinien-Patienten“? Kommt es zu einer Einschränkung der zur Verfügung stehenden Ressourcen in den jeweiligen therapeutischen Abteilungen?
- Kommt es zu einer Angleichung der Behandlungen in einer Abteilung bei unterschiedlichen Diagnosen? (Unterschiedliche Therapien für Leitlinien- und Nicht-Leitlinien-Patienten können wahrscheinlich nicht mehr vorgehalten werden).
- Wie gewährleistet die Reha-Einrichtung die Umsetzung von unterschiedlichen Rehabilitationszielen? (z.B. durch Kostenträger-Anforderungen: wie Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Vermeidung von Pflege)?
- Welche weiteren Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und des Rehabilitationsbewertungssystems liegen vor?
- Müssen Umstrukturierungen im Bereich der Strukturqualität (Personal, Ausstattung, Qualifikation) vorgenommen werden?

## Controlling

a) Der Controllingprozess während der einzelnen Rehabilitation:

- Werden die Leitlinien-Patienten über die Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen identifiziert?
- Erfolgt eine Mitteilung an die behandelnden Ärzte?
- Wird schon in der Therapieplanung der zeitliche Umfang der einzelnen verordneten Therapiemodule (ETM) erfasst und die Anforderungen der Prozessleitlinien berücksichtigt?
- Bestehen Korrekturmöglichkeiten in der Therapieplanung und werden dabei die Anforderungen der einzelnen Module berücksichtigt?
- Werden die durchgeführten Leistungen (KTL-Daten) kurzfristig erfasst und zusätzlich auf die Erfüllung einzelner Therapiemodule geprüft?
- Enthält das Therapie-Planungssystem auch Angaben für „Obergrenzen“ von zu verordnenden Leistungen (Leistungsbudgets)?

b) Controlling des „Mindestanteils entsprechend zu behandelnder Patienten“

- Wird in definierten regelmäßigen Abständen geprüft, ob die Reha-Einrichtung ihre Patienten leitliniengerecht behandelt (Prüfung des Mindestanteils der entsprechend zu behandelnden Patienten)?
- Werden diese Analysen ausgewertet und fließen sie in die Planung ein?

## EDV

- Wird eine einheitliche Software zur Analyse der Daten und Darstellung von Prozessen verwendet?
- Wie ist die Ausstattung der Reha-Einrichtung mit EDV und PCs?
- Stehen Analyseprogramme für die Auswertung zur Verfügung?
- Können Analysen zu Haupt- und Nebendiagnosen durchgeführt werden?
- Leistet die Software Plausibilitätsprüfungen hinsichtlich richtiger Hauptdiagnosen?

## Kontinuierliche Weiterentwicklung

- Existiert ein Leitlinien-spezifisches Berichtswesen?
- Wird nach der Umsetzungsphase die Zielerreichung geprüft (Evaluation)?
- Werden Maßnahmen aus diesen Ergebnissen abgeleitet?
- Werden die betroffenen Mitarbeiter über die Ergebnisse informiert?
- Existiert ein Benchmark mit anderen Rehabilitationseinrichtungen?
- Besteht eine Kostenträgerrechnung oder ist diese in Vorbereitung?
- Wie kann die Reha-Einrichtung trotz der Vereinheitlichung in Zukunft ihre „spezifische Behandlung“ kenntlich machen und den Rehabilitanden und anderen Kunden präsentieren?