

Die Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Bund

und ihre Bedeutung für die stationäre Sprachtherapie

Holger Grötzbach

ZUSAMMENFASSUNG. Die Deutsche Rentenversicherung Bund hat im Rahmen der Qualitätssicherung eine Reihe von Indikatoren erstellt, mit denen sie die Güte medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Leistungen in der stationären Rehabilitation regelmäßig evaluiert. Von den Indikatoren sind vor allem drei für die Sprachtherapie wichtig: Während in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen das sprachtherapeutische Indikations- und Methodenspektrum definiert wird, geht es im Reha-Therapiestandard „Schlaganfall“ um Vorgaben zur Mindesttherapiefrequenz bei Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen als Folge eines Apoplex. Im Peer-Review-Verfahren liegt der Fokus schließlich auf einer schlüssigen Therapiedokumentation. Die drei Indikatoren stellen die stationäre Sprachtherapie zwar vor Herausforderungen, sie bieten jedoch einen Rahmen, den es für verbesserte stationäre und ambulante Therapiebedingungen zu nutzen gilt.

Schlüsselwörter: Qualitätssicherung – Zertifizierung – strukturierter Qualitätsdialog – Klassifikation therapeutischer Leistungen – Reha-Therapiestandard – Peer-Review

Holger Grötzbach (M.A.) studierte Linguistik, Psychologie und Philosophie in Bonn und Berlin mit den Schwerpunkten Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Er ist seit über 20 Jahren Leiter der Abteilung Sprachtherapie der Asklepios Klinik Schaufling. Seine Arbeitsschwerpunkte sind neurologisch bedingte Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen.



Einleitung

Die Einführung qualitätssichernder Maßnahmen in die Medizin geht auf eine Initiative der Weltgesundheitsorganisation zurück, die 1984 ihre Mitgliedsstaaten aufforderte, Kriterien für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten zu entwickeln (Eicher 2009). Diese Forderung wurde in Deutschland erstmals 1989 umgesetzt. Seitdem ist die Qualitätssicherung (QS) für alle verpflichtend, die medizinisch-therapeutische Leistungen erbringen (Brand 2005). Sie gilt damit auch für die Sprachtherapie unabhängig davon, ob Logopäden stationär, teilstationär oder ambulant arbeiten.

Der Gesetzgeber erwartet, dass „Maßnahmen (...) zur Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen, [von den Heilmittelerbringern geregelt werden]“ (§ 125 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V). Er fordert außerdem, dass „durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert [wird]“ (§ 20 Abs. 2 Sozialgesetzbuch IX).

Die QS ist jedoch nicht nur gesetzlich vorgeschrieben, sondern sie stellt auch eine freiwillige Selbstverpflichtung der Logopäden dar. Im Leitbild Logopädie heißt es dazu, dass „Lo-

gopädinnen und Logopäden (...) den Stand ihres Fachwissens und die Ergebnisse ihrer beruflichen Tätigkeit [kontinuierlich reflektieren]“ (Rausch 2005).

Trotz der gesetzlichen Vorgaben und der freiwilligen Selbstverpflichtung hat eine fehlende Umsetzung der QS in ambulanten Praxen (bislang) kaum nachteilige Folgen. Für den stationären Bereich gilt das allerdings nicht. So droht den Kliniken, die sich an der QS nicht beteiligen, eine Kündigung des Versorgungsvertrags mit der Konsequenz, dass ihnen keine Patienten mehr zugewiesen werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2009). Der Nachweis darüber, dass die Kliniken (erfolgreich) an der QS teilnehmen, wird im Rahmen von Zertifizierungen erbracht.

Qualitätssicherung und Zertifizierung

Da mit der Qualitätssicherung alle Prozesse erfasst werden sollen, in die medizinisch-therapeutisches Wissen eingeht (vgl. § 125 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V), ist sie mehrdimensional aufgebaut (Beushausen 2016, Beushausen & Grötzbach 2018, Lüthi et al. 2010). Dabei wird typischerweise zwischen den drei Qualitätsdimensionen

- Strukturqualität,
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität

unterschieden. Während sich die Strukturqualität auf die räumlichen und baulichen Gegebenheiten einer Einrichtung bezieht, beschreibt die Prozessqualität, wie Therapien geplant, durchgeführt und dokumentiert werden. In der Ergebnisqualität liegt der Fokus auf der Effektivität und Effizienz der verwendeten Therapiemethoden (Grötzbach 2013). Weitere Inhalte der drei Qualitätsdimensionen sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Für die drei Qualitätsdimensionen werden von den Kostenträgern (z.B. Gesetzliche Krankenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berufsgenossenschaft) Basisanforderungen erstellt, die von den Kliniken zu erfüllen sind. Zu ihnen gehört z.B., dass das Behandlungskonzept der Rehabilitationskliniken einen Bezug zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, DIMDI 2005) enthalten muss (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2009). Die Kliniken sind verpflichtet, die Umsetzung der Basisanforderungen in einer Zertifizierung nachzuweisen, die in mehreren Schritten abläuft. Im ersten Schritt belegt eine Klinik in einem Selbstbewertungsbericht mithilfe von

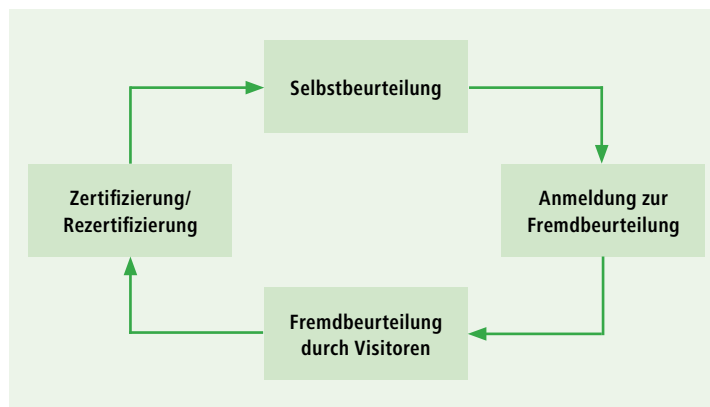
Dokumenten und Kennzahlen, in welchem Ausmaß die Anforderungen der QS realisiert worden sind. Der Selbstbewertungsbericht wird im zweiten Schritt an eine Zertifizierungsgesellschaft zur Fremdbeurteilung geschickt. Dazu wird der Selbstbewertungsbericht zunächst kritisch gelesen. Anschließend reisen zwei bis drei Visitoren in die Klinik, um sich in zwei oder drei Tagen vor Ort einen Eindruck über die Umsetzung der Basisanforderungen zu verschaffen.

Die Visitoren führen zu diesem Zweck vor allem Gespräche mit den Klinikmitarbeitern (externe Audits), um die Angaben des Selbstbewertungsberichts zu überprüfen. Als Ergebnis ihres Besuchs schreiben die Visitoren einen Bericht, in dem sie die Stärken und Schwächen der besuchten Klinik aufführen. Wenn der Bericht bestätigt, dass die Klinik

die Anforderungen erfüllt, erhält sie im letzten Schritt ihre Zertifizierung. Da das Zertifikat nur drei Jahre gilt, muss vor Ablauf der Frist eine Rezertifizierung durchgeführt werden. Sie besteht aus den gleichen Schritten wie die Erstzertifizierung und ist wiederum drei Jahre gültig. Der zyklische Ablauf des Zertifizierungsverfahrens ist in Abbildung 1 dargestellt.

Obwohl das Zertifizierungsverfahren nur für die Kliniken obligatorisch ist, bemühen sich in letzter Zeit auch Hausarztpraxen und Berufsfachschulen für Logopädie meist erfolgreich darum, zertifiziert zu

■ **Abb. 1: Zyklischer Ablauf des Zertifizierungsverfahrens (nach Beushausen & Grötzbach 2018)**



■ **Tab. 1: Beschreibung und Inhalte der drei Qualitätsdimensionen (nach Wehmeyer & Grötzbach 2010)**

Dimension	beschreibt	Beispiele
Strukturqualität	die Qualifikation der Therapeuten, ihr Arbeitsumfeld und die Infrastruktur einer Klinik	<ul style="list-style-type: none"> ● Anzahl und Qualifikation der Therapeuten ● Klinikleitbild und Rehabilitationskonzept ● Indikationsspektrum der jeweiligen Klinik ● apparative und diagnostische Ausstattung ● räumliche und bauliche Gegebenheiten
Prozessqualität	die Güte der ablaufenden Therapieprozesse	<ul style="list-style-type: none"> ● Art und Anzahl verordneter und erbrachter therapeutische Leistungen ● Dauer von Einzel- und Gruppentherapien ● zeitliche Abfolge der Therapien ● therapeutischer Zielsetzungsprozess ● Güte der Therapiedokumentation
Ergebnisqualität	den Leistungsstand bei Therapieende	<ul style="list-style-type: none"> ● angestrebte und erreichte Therapieziele ● Effizienz der Therapiemethoden ● Therapierisiken ● Patientenzufriedenheit mit dem Therapieergebnis

■ **Tab. 2: Qualitätssicherungs-Instrumente der Deutschen Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation**

Dimension	Instrument	Erfasst bzw. informiert über
Strukturqualität	Strukturerhebung	Personelle, technische, räumliche Struktur sowie interne Kommunikation
	Rehabilitandenstruktur	Soziodemografische und krankheitsbezogene Merkmale der Rehabilitanden
Prozessqualität	Reha-Therapiestandards (RTS)	Evidenzbasierte Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung
	Therapeutische Versorgung (KTL)	Informationen über Leistungsmenge, -dauer und -verteilung
	Peer-Review	Qualität der Entlassungsberichte
Ergebnisqualität	Rehabilitandenbefragung	Rehabilitandenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg
	Sozialmedizinischer Verlauf	Sozialmedizinischer Status zwei Jahre nach Ende der Reha

werden. Damit können inzwischen einige Hausarztpraxen und eine Reihe von Berufsfachschulen nachweisen, dass sie Qualitätsvorgaben erfüllen.

Es gibt jedoch nur sehr wenige entsprechend zertifizierte Praxen für Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. So ergab eine Umfrage, dass „Ende 2007 lediglich ca. 2,5% aller in Verbänden organisierten Praxen ein Qualitätsmanagement installiert hatten und nur 0,3% aller Praxen zertifiziert waren“ (Grosstück 2008, 87).

Wenn sich diese Zahl in den vergangenen Jahren nicht wesentlich erhöht hat, dann spielt die QS in den ambulanten Praxen (bislang) nur eine untergeordnete Rolle. Die Gründe dafür dürften zum einen in der Freiwilligkeit der Zertifizierung und zum anderen in dem hohen zeitlichen Aufwand für die Erstellung des Selbstbewertungsberichts liegen. Schließlich wird auch die Gebühr für die Zertifizierungsgesellschaft eine nicht unerhebliche Rolle spielen, da sie einen mittleren vierstelligen Betrag ausmacht.

Das Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung Bund

Die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV) mit ihrem Sitz in Berlin hat einige QS-Instrumente für die medizinische Rehabilitation entwickelt, die in Tabelle 2 zu sehen sind. Mithilfe der Instrumente werden von der DRV kontinuierlich Daten erhoben und nach einer statistischen Verarbeitung regelmäßig an die Kliniken zurückgemeldet.

Ein Beispiel für dieses Vorgehen ist die Rehabilitandenbefragung, mit der die Zufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg ermittelt werden (Tabelle 2 Ergebnisqualität). Die DRV wählt dazu nach dem Zufallsprinzip ca. 20 Patienten pro Klinik und Entlassungsmonat aus, um ihnen acht bis zwölf Wochen

nach dem Ende ihrer Rehabilitation einen Fragebogen zuzuschicken (Klosterhuis 2011). In dem Fragebogen wird auf viele Aspekte der medizinisch-therapeutischen Versorgung eingegangen. Die Patienten haben die Möglichkeit, ihre Behandlungszufriedenheit von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ und ihren subjektiven Behandlungserfolg von „100% gebessert“ bis „0% gebessert“ einzuschätzen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017).

Die Befragungsergebnisse werden von der DRV in jährlichen Abständen an die Kliniken weitergegeben. Damit ist die Erwartung verbunden, dass eine Klinik die Ursache(n) für eventuell schlechte Ergebnisse identifiziert und beseitigt.

Die DRV nutzt die erhobenen Daten auch für ein neues Verfahren, bei dem es sich um den „strukturierten Qualitätsdialog“ (SQD) handelt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017). Er wurde am 1.1.2018 mit dem Ziel eingeführt, „Handlungsfelder mit Optimierungspotenzial, die einen Qualitätsverbesserungsprozess mit einer Einrichtung auslösen können, [zu identifizieren]“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017, 4). Dem SQD liegen die Ergebnisse der fünf Qualitätsindikatoren

- Patientenzufriedenheit,
- Behandlungserfolg,
- therapeutische Versorgung (KTL),
- Reha-Therapiestandard (RTS) und
- Peer-Review

zugrunde. Um die Ergebnisse für die QS verwenden zu können, werden sie in Qualitätspunkte umgewandelt. Die Bandbreite reicht dabei pro Indikator von minimal 0 Punkte bis maximal 100 Punkte. Ein Beispiel für die Umwandlung der Ergebnisse in Qualitätspunkte ist für den Indikator „Patientenzufriedenheit“ in Tabelle 3 zu sehen.

Ergibt die Analyse, dass das Ergebnis für einen der fünf Indikatoren in einer Klinik unterhalb des Schwellenwerts von 50 Qualitätspunkten liegt, muss der SQD durchgeführt werden (Deutsche Rentenversicherung Bund 2017, 12). In dem Dialog haben der Chefarzt und der Geschäftsführer der Klinik der DRV die Gründe darzulegen, die zu dem schlechten Ergebnis geführt haben. Außerdem müssen sie Maßnahmen vorstellen, mit denen die Defizite innerhalb der nächsten sechs Monate verbessert werden sollen.

Wenn sich nach Ablauf des halben Jahres in einer erneuten Prüfung durch die DRV keine Punktezunahme oberhalb der 50%-Grenze

zeigt, wird ein zweiter SQD wiederum mit dem Ziel durchgeführt, die schlechten Ergebnisse zu verbessern. Sollte dies nach weiteren sechs Monaten nicht gelingen, wird der Versorgungsvertrag von der DRV gekündigt. Der SQD *soll* auch dann stattfinden, wenn in einer Klinik das Ergebnis für zwei der fünf Qualitätsindikatoren im Vergleich zu allen anderen Kliniken mit derselben Indikation (z.B. alle neurologischen Rehabilitationskliniken) zu den schlechtesten 10% gehört. Außerdem *kann* der SQD von der DRV ausgelöst werden, wenn es zu

- einer Häufung von Patientenbeschwerden oder
- extrem langen Laufzeiten für die Versendung der ärztlichen Entlassungsberichte an die DRV

kommt. Die Qualitätspunkte bilden jedoch nicht nur die Basis für den SQD, sondern auch für ein Benchmarking. Dazu wird von der DRV eine Rangreihenfolge erstellt, bei der die Kliniken mit vielen Qualitätspunkten die oberen Plätze und diejenigen mit wenigen Punkten die unteren Plätze einnehmen.

Über die Ergebnisse des Benchmarkings werden die Rehabilitationskliniken in anonymisierter Form ebenfalls in regelmäßigen Abständen informiert. Damit weiß eine bestimmte Klinik zwar, welchen Platz sie in der Rangreihenfolge der DRV einnimmt, ihr sind die Namen der anderen Kliniken, die möglicherweise höhere oder tiefere Plätze einnehmen, jedoch nicht bekannt.

Bedeutung der Qualitätssicherung für die Sprachtherapie

Da die Qualitätssicherung berufsübergreifend konzipiert ist, richtet sie sich an alle, die medizinische, pflegerische oder therapeutische Leistungen erbringen. Sie gilt damit auch für die Sprachtherapie, für die einige Punkte von besonderer Bedeutung sind. Zu ihnen gehören:

1. Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)

Nach den Vorgaben der Klassifikation therapeutischer Leistungen sind in der Sprachtherapie sowohl Einzel- als auch Gruppenbehandlungen möglich (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a, 133-142). Mit ihnen können Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, der Kommuni-

kation und des Hörens therapiert werden. Zusätzlich besteht seit 2016 mit der „fazioralen Therapie“ die Möglichkeit, eine „Verbesserung bzw. Wiederherstellung der sensomotorischen Funktionen im Gesichts- und Mundraum, [eine] Kompensation von Funktionseinschränkungen [und eine] Verbesserung des Schluck- und Kauvorgangs“ zu erreichen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a, 136). Ergänzend ist bei den Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen auch der Einsatz computerbasierter Verfahren „mit therapeutischer Betreuung“ möglich.

Mit diesem Indikations- und Methodenspektrum öffnet sich für die Sprachtherapie ein weites Feld. Es reicht von der Verwendung evidenzbasierter Therapieverfahren, wie z.B. der „Constraint Induced Aphasia Therapy“ (Baumgärtner 2017), über den Einsatz von PC-Programmen bis hin zu individuellen Therapieansätzen. In der Klassifikation fehlen jedoch die Eigenübungsaufgaben als Mittel, um therapeutische Inhalte zu vertiefen und um die Therapieintensität zu erhöhen. Allerdings ist über die Effektivität von Eigenübungsaufgaben bislang wenig bekannt.

2. Reha-Therapiestandard (RTS)

Von den zurzeit existierenden Reha-Therapiestandards ist nur der Standard „Schlaganfall Phase D“ für die Sprachtherapie relevant (Beushausen & Grötzbach 2017; Grötzbach 2012, 2017, 2018; Grötzbach & Beushausen 2017), da er im evidenzbasierten Therapiemodul 05 Angaben über die Mindesttherapiefrequenz für die Behandlung von kommunikativen Störungen und Schluckstörungen als Folge eines Schlaganfalls enthält (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016, Schönle & Lorek 2011).

Der Reha-Therapiestandard ist kostenlos auf der Homepage der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Pfad „Infos für Experten“, „Reha-Therapiestandards“ und dann „Indikationen“ einsehbar (Stand: 11.4.2018). Nach dem Standard sind minimal 300 Minuten Therapie pro Woche für die Aphasien, Dysarthrien und Dysphagien für mindestens 10% aller Patienten durchzuführen, die in der jeweiligen Klinik behandelt werden.

Diese Vorgabe stellt für die sprachtherapeutischen Abteilungen eine Herausforderung dar, da sich die personelle Situation mit der Einführung des Reha-Therapiestandards nicht verändert hat. Hinzu kommt, dass es keinen Sinn

■ Tab. 3: Umrechnung der Zufriedenheitsangaben in Qualitätspunkte (DRV, 2017)

Zufriedenheitswert	1	1,1	1,2	1,3	1,4	...	2	2,1	2,2	...	4,7	4,8	4,9	5
Qualitätspunkte	100	97,5	95,0	92,5	90,0	...	75,0	72,5	70,0	...	7,5	5,0	2,5	0

macht, die 300-minütige Therapie nur den DRV-Patienten anzubieten. Denn wenn die als effektiv geltende hohe Therapiefrequenz positive Effekte hat (Bhogal et al. 2003), dann sollte sie auch denjenigen Patienten zur Verfügung stehen, die zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Berufsgenossenschaft Sprachtherapie erhalten.

Die personelle Herausforderung würde dadurch noch steigen: Wenn in einer Klinik insgesamt 1 000 Patienten pro Jahr behandelt werden, müsste die hochfrequente Sprachtherapie bei 100 Patienten pro Jahr durchgeführt werden. Dies entspricht 8 Patienten pro Monat, denen in der Summe 160 Therapiestunden im Monat (8 Patienten x 5 Stunden Therapie pro Woche x 4 Wochen) zur Verfügung gestellt werden müssten. Damit ist eine volle Stelle für die Versorgung von 10% der Patienten zu verplanen. Ohne die dafür notwendigen Personalressourcen wird sich das nur schwer umsetzen lassen.

3. Peer-Review

Das Ziel des Peer-Reviews ist es, die Prozessqualität einer Rehabilitationsklinik zu evaluieren, indem die Entlassungsberichte der Klinik einer kritischen Beurteilung unterzogen werden (Tabelle 1). Dazu erhalten Chefärzte mit langjähriger Berufserfahrung als Peers (deutsch: Ebenbürtige, Gleichrangige) zufällig ausgewählte, anonymisierte Entlassungsberichte aus anderen Kliniken. Sie haben die Aufgabe, u.a. die Qualität der Anamnese, der Diagnostik, der Reha-Ziele, des Reha-Verlaufs und des Reha-Ergebnisses zu bewerten (Beushausen & Grötzbach, 2018). Dabei greifen sie auf die Anforderungen zurück, die in der Broschüre „Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014) enthalten sind.

Ihre Beurteilungen hinsichtlich des (therapeutischen) Zielsetzungsprozesses basieren auf den Angaben in der Broschüre „Arbeitsbuch Reha-Ziele“ (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015b). Die beiden Broschüren können kostenlos über die Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Ruhrstraße 2, 10709 Berlin bezogen werden (Stand: 12.4.2018).

Das Peer-Review-Verfahren bedeutet für die Sprachtherapie, Dokumentationen mit der Gliederung in subjektive Angaben, objektive Befunde, (messbare) Therapieziele, Therapieverlauf und -ergebnis zu erstellen. Die Berichte sollten schlüssig sowie fachlich und orthografisch korrekt sein. Sie sollten der DRV außerdem zeitnah, d.h. maximal 14 Tage nach dem Ende einer Rehabilitationsmaßnahme, vorliegen. Wie ein Blick in sprachtherapeutische Dokumentationen

zeigt, werden die Anforderungen häufig nur teilweise umgesetzt. Ein Beispiel dafür ist die folgende Dokumentation:

Anonymisierter sprachtherapeutischer Entlassungsbericht

Kommunikation: Es besteht eine schwere bis mittelschwere Aphasie, die noch nicht diagnostiziert werden kann. Eine Unterhaltung über den Alltag ist nur mit ausgeprägter Hilfe möglich, meist gelingt es Frau X nicht, Gedanken oder Wünsche zu äußern. Es bestehen Wortfindungsstörungen und eine ausgeprägte Echolalie.

Ziele/Schwerpunkte: Verbale Verständigung über Alltag und Grundbedürfnisse.

Verlauf/Entlassungsstatus: Frau X ist eine wache, freundlich zugewandte Patientin, die meist zu Scherzen aufgelegt ist. Ihre sprachlichen Fehler nimmt sie meist mit Humor. Sie war ebenso aufgeschlossen anderen Patienten gegenüber und hat sich mit Freude mit unter anderem aphasischen Patienten ihren Möglichkeiten entsprechend unterhalten.

Empfehlung: Sprachtherapie zur Verbesserung der Verständigung im Alltag, vor allem über Bedürfnisse und Wünsche.

Dieser Entlassungsbericht würde im Peer Review die Bewertung „deutliche Mängel“ erhalten. Die Gründe dafür sind, dass

- ein messbares und damit überprüfbares Therapieziel fehlt,
- der Therapieverlauf und das Therapieergebnis unklar bleiben und
- die Verwendung pseudoquantifizierender Begriffe, wie z.B. „schwere bis mittelschwere Aphasie“ oder „ausgeprägte Echolalie“, ausschließlich subjektive Einschätzungen widerspiegeln, die einer objektiven Prüfung nicht standhalten müssen.

Da es in Rehabilitationskliniken üblich ist, Mitarbeitern Dokumentationszeiten zur Verfügung zu stellen, kann nicht argumentiert werden, dass eventuelle Dokumentationsmängel auf fehlende Zeitressourcen zurückzuführen sind. Das Argument der fehlenden Zeitressource ist ohnehin nicht überzeugend, denn „Qualitätssicherung in der Logopädie/Sprachtherapie [bedeutet] die (Selbst-)Verpflichtung jedes therapeutisch Tätigen zu einem hohen professionellen Standard und der Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln“ (Beushausen 2016, 65). Zur Übernahme der Verantwortung gehören sicherlich auch fachlich einwandfreie Dokumentationen, die zum Renommee der Sprachtherapie wesentlich beitragen.

Schluss

Obwohl die QS mit Herausforderungen verbunden ist, bietet sie der stationären Sprachtherapie einige Vorteile. Zu ihnen zählt insbesondere die hochfrequente Therapie für Patienten mit einer Sprach-, Sprech- und Schluckstörung als Folge eines Schlaganfalls. Eine vergleichbare Regelung für den ambulanten Bereich existiert nicht: Im aktuellen Heilmittelkatalog (2017) fehlt (immer noch) die Möglichkeit, eine hochfrequente Therapie als Regelfall zu verordnen.

Dies steht im Widerspruch zu dem evidenzbasierten Nachweis, dass sich mit einer hohen Frequenz selbst bei chronischen Aphasien noch signifikante Fortschritte erreichen lassen (Grötzbach 2011). Es mag zwar richtig sein, dass die Übernahme wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis dauert (Code & Petheram, 2011), dennoch sind identische Regelungen für die stationäre und ambulante Versorgung neurologischer Patienten anzustreben.

In der stationären Rehabilitation sind außerdem Versorgungsstrukturen zu schaffen, die unabhängig vom Kostenträger sind. Es ist nicht nachvollziehbar, dass nur die Patienten der DRV, nicht jedoch die Patienten der anderen Kostenträger von der hohen Therapiefrequenz profitieren. Eine Differenzierung der Frequenz nach Kostenträgern ist weder aus ethischen noch aus evidenzbasierten Gründen gerechtfertigt.

Die Einführung einheitlicher Versorgungsstrukturen kann es allerdings nicht zum Nulltarif geben: Die Stellenpläne in der Sprachtherapie müssen so angepasst werden, dass die Durchführung hochfrequenter Therapien möglich ist. Eine Stellenerweiterung wird auch benötigt, um die Mindestquote von 10% aller Patienten zu erhöhen. Da diese Quote nicht auf wissenschaftlichen Eviden-

zen beruht, sollte sie entweder wegfallen oder deutlich angehoben werden.

Eine weitere Konsequenz der QS besteht aus der Verpflichtung, Standards einzuhalten. Dazu gehört nicht nur, qualitativ hochwertige Dokumentationen zu erstellen, sondern auch, die Inhalte medizinischer Leitlinien zu kennen. Wie ein Blick in die Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (www.awmf.org) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (www.dgn.org) zeigt, existieren derzeit vier Leitlinien, die sich mit der Diagnose und Therapie der Aphasie, Dysarthrie und Dysphagie beschäftigen (Tabelle 4).

Es sollte zur Routine gehören, insbesondere diejenigen diagnostischen und therapeutischen Methoden durchzuführen, die in den Leitlinien mit einer „starken Empfehlung“ gekennzeichnet sind. Damit wäre sichergestellt, dass vor allem Methoden zum Einsatz kommen, für die evidenzbasierte Effektivitätsnachweise vorliegen. Da Leitlinien in der Regel fünf Jahre gültig sind, reicht es, wenn die Leitlinienregister jährlich nach neuen oder aktualisierten Leitlinien durchsucht werden (Beushausen & Grötzbach 2018).

Trotz der Herausforderungen, die die QS der DRV für die stationäre Sprachtherapie bedeutet, stellt sie einen guten Rahmen dar: Denn sie sorgt zum einen für eine Transparenz, da sich die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zwischen einer qualitativ hochwertigen und einer qualitativ weniger hochwertigen Rehabilitation nachvollziehbar unterscheiden. Zum anderen zwingt sie dazu, das tägliche Handeln zu reflektieren, um im Bedarfsfall die Güte der drei Qualitätsdimensionen (Tabelle 1) zu verbessern. Schließlich stimmen die Vorgaben der QS mit den Intentionen der (Sprach)-Therapeuten überein, effiziente und effektive Therapien anzubieten.

■ Tab. 4: Sprachtherapeutisch relevante Leitlinien in der Neurologie (Stand: 19.4.2018)

Leitlinie	Entwicklungsstufe	Entwickelt von	Stand	Gültig bis
Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall	S1	DGN	09/2012	09/2017
Neurogene Sprech- und Stimmstörungen (Dysarthrie/Dysarthrophonie)	S1	DGN	09/2012	09/2017
Kommunikationsstörungen bei neurogenen Sprech- und Stimmstörungen im Erwachsenenalter, Funktionsdiagnostik und Therapie	S1	DGPP	09/2014	09/2019
Neurogene Dysphagie	S1	DGN	08/2014	12/2016

DGN = Deutsche Gesellschaft für Neurologie

DGPP = Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

LITERATUR

- Baumgärtner, A. (2017). Intensität in der Aphasietherapie. In: Grötzbach, H. (Hrsg.), *Intensität in der Sprachtherapie* (41-68). Idstein: Schulz-Kirchner
- Beushausen, U. (2016). Grundlagen und Merkmale der Qualitätssicherung. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompendium der akademischen Sprachtherapie. Band 1. Sprachtherapeutische Handlungskompetenzen* (65-76). Stuttgart: Kohlhammer
- Beushausen, U. & Grötzbach, H. (2018). *Evidenzbasierte Sprachtherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Bhogal, S.K., Teasell, R.W. & Speechley, M.R. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke* 34, 987-993
- Brand, T. (2005). Qualitätsmanagement in der Rehabilitation. In: Wallesch, C. (Hrsg.), *Neurologie: Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis* (1247-1254). München: Urban & Fischer
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2009). *Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX*. Frankfurt (Main): Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
- Code, C. & Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal of Speech and Language Pathology* 13 (1), 3-10
- DIMDI (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a). *Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin: Bock
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b). *Arbeitsbuch Reha-Ziele*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016). *Reha-Therapiestandard Schlaganfall – Phase D*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017). *Strukturierter Qualitätsdialog*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, Bereich 0430 – Reha Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
- Eicher, I. (2009). *Sprachtherapie planen, durchführen, evaluieren*. München: Reinhardt
- Grosstück, K. (2008). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung in Heilmittelpraxen. Das EFQM-Modell für Excellence – ein geeignetes Qualitätsmanagementsystem für Heilmittelpraxen – dargestellt am Beispiel einer Logopädie-Praxis*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Grötzbach, H. (2011). Leitlinienorientierte Aphasietherapie – Widerspruch zum Heilmittel-Katalog. In: Arbeitsgemeinschaft Qualitätsbericht Logopädie in Baden-Württemberg (Hrsg.), *Qualitätsbericht 2011* (22-25). Raisdorf: Buchner

- Grötzbach, H. (2012). Wiederherstellung der Gesundheit oder Teilhabe? *Forum Logopädie* 26 (5), 2-7
- Grötzbach, H. (2013). Evidenzbasierte Aphasietherapie: Was ist erreicht, was ist noch zu tun? *SAL-Bulletin* 150, 5-14
- Grötzbach, H. (2017). Intensität in der Aphasietherapie. *Neurologie & Rehabilitation* 23 (1), 3-8
- Grötzbach, H. (2018). Evaluationsstudien bei der Therapie von Aphasien. In: Grohnfeldt, M. (Hrsg.), *Kompodium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie. Band 4: Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxie, Dysphagien, Dysphonien* (19-29). Stuttgart: Kohlhammer
- Grötzbach, H. & Beushausen, U. (2017). Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen. In: Grötzbach, H. (Hrsg.), *Intensität in der Sprachtherapie* (9-39). Idstein: Schulz-Kirchner
- Heilmittelkatalog (2017). *Heilmittel der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie*. Ludwigsburg: IntelliMed
- Klosterhuis, H. (2011). Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation* 17 (3), 152-156
- Lüthi, H., Blanco, J. & Mäder, M. (2010). Dokumentation, Messung und Qualitätsmanagement. In: Frommelt, P. & Lösslein, H. (Hrsg.), *Neuro-Rehabilitation* (771-788). Berlin: Springer
- Rausch (2005). Leitbild Logopädin/Logopäde: aus Chancen Tatsachen machen. *Forum Logopädie* 19(6), 37
- Schönle, P.W. & Lorek, L.M. (2011). Entwicklung der Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung für die Rehabilitation von Patienten mit Schlaganfall in der Phase D. *Neurologie & Rehabilitation* 17 (3), 125-140
- Sozialgesetzbuch V (1988). Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (25.04.2018)
- Sozialgesetzbuch IX (2001). Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 19.6.2001, BGBl. I S. 1046, 1047), zuletzt geändert durch Artikel 3 Absatz 12 des Gesetzes vom 26. Juli 2015 (BGBl. I S. 1824). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/ (25.04.2018)

SUMMARY. The quality assurance program of the German Pension Fund and its importance for in-patient speech-language therapy

On the basis of quality assurance some indicators were developed by the German Pension Fund in order to evaluate regularly the quality of medical, care giving and therapeutical services for inpatient rehabilitation. Three of these indicators are especially important for speech language therapy: While in the Classification of Therapeutical Services the range of indications and therapeutical methods are defined, the Rehabilitation Standard „Stroke“ consists of guidelines concerning the minimal therapeutical frequency for treating speech, language, voice and swallowing disorders as a consequence of a stroke. Finally, in the Peer-Review-Procedure emphasis is laid on a logical therapeutical documentation. Although the three indicators lead to some challenges for inpatient speech language therapy they represent a framework which should be used for improved inpatient and outpatient therapeutical conditions.

KEY WORDS: quality assurance – certification – structured quality dialogue – classification of therapeutical services – rehabilitation standard – peer-review

DOI dieses Beitrag (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2018-53020180505

Autor

Holger Grötzbach
 Asklepios Klinik Schauffling
 Hausstein 2
 D-94571 Schauffling
h.groetzbach@asklepios.com