

Dr. Here Klosterhuis, Janett Zander, Barbara Naumann

Rehabilitation der Rentenversicherung: Inanspruchnahme und Qualitätssicherung

Steigende Antrags- und Bewilligungszahlen – ein erkennbarer Trend in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der deutschen Rentenversicherung (RV). Reha-Leistungen, die seit langem zu ihrer Kernkompetenz gehören, sind ihr gesetzlicher Auftrag. Die RV erhebt umfassende Statistiken, die beispielsweise Aussagen über die Inanspruchnahme von Leistungsarten im Verlauf der letzten Jahre und die Zufriedenheit der Betroffenen ermöglichen. Im Folgenden erhalten Sie einen Einblick in einen Bereich, mit dem jedes Jahr mehr als eine Million Deutsche konfrontiert sind.

Versicherte, denen eine Erwerbsminderung droht bzw. bei denen diese bereits eingetreten ist, erhalten von der RV qualitativ hochstehende Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation. Dabei ist der Erhalt einer solchen Leistung unabhängig von der Höhe des Einkommens [1]. In den letzten Jahren hat die Reha-Inanspruchnahme stetig zugenommen. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Versorgungsstandards wird durch eine umfassende und differenzierte Reha-Qualitätssicherung sichergestellt. Die RV hat dafür ein Programm mit mehreren Instrumenten und Verfahren entwickelt und in die Routine überführt. Damit wird die Qualität der Rehabilitation aus unterschiedlicher Sicht abgebildet und bewertet [2].

Medizinische Rehabilitation

Die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation ist zum einen abhängig vom Gesundheitszustand der Versicherten, den Funktionseinschränkungen und ihren Aus-

wirkungen auf die Erwerbsfähigkeit. Aber auch die bereits wahrgenommenen kurativen Behandlungen und das Wissen des Versicherten und der behandelnden Ärzte um die spezifischen Zugangswege zu diesem Versorgungsangebot spielen eine Rolle. Weiterhin können soziale Faktoren, wie Schichtzugehörigkeit, Beruf, Arbeitsplatzsituation und soziales Umfeld für eine Inanspruchnahme der Rehabilitation mehr oder weniger förderlich sein. Nicht zuletzt sind gesetzliche Vorgaben wie beispielsweise Eigenbeteiligung (Zuzahlung, Urlaubsanspruch) von Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund sind die aktuellen Reha-Antragsentwicklungen zu interpretieren (Abb. 1). Seit dem Jahr 2000 bis etwa 2005 sind Anträge und Bewilligungen der medizinischen Rehabilitation auf relativ konstantem Niveau geblieben. Seitdem sind steigende Zahlen zu verzeichnen. Im Jahr 2008 wurden knapp 1,6 Millionen Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt und gut eine Million Bewilligungen ausgesprochen [3]. Die steigenden Antragszahlen sind nicht auf demografische Effekte, wie

steigende Versichertenzahlen zurückzuführen. Ob dieser Trend auch in der aktuellen konjunkturellen Situation anhält, bleibt abzuwarten.

Innerhalb der medizinischen Rehabilitation ist der stetig steigende Anteil von Anschlussrehabilitationen hervorzuheben, das sind Reha-Leistungen, die sich unmittelbar an eine klinische Akutversorgung anschließen. Ihr Anteil liegt mittlerweile bei knapp 30 Prozent. Außerdem hat in den letzten Jahren die Bedeutung der ambulanten Rehabilitationsform stark zugenommen, insbesondere bei orthopädischen Erkrankungen. Während der Anteil der ambulanten Rehabilitation an allen medizinischen Reha-Leistungen bei gut zehn Prozent liegt, macht ihre quantitative Bedeutung in einzelnen Ballungsräumen bereits ein Drittel aus [4, 5].

Das Indikationsspektrum der medizinischen Rehabilitation der RV (Abb. 2), ist von einem Schwerpunkt der orthopädischen Erkrankungen gekennzeichnet. Knapp 40 Prozent der Rehabilitanden sind dieser Krankheitsgruppe zuzuordnen, wichtige Diagnosen sind dabei chronische Rückenschmerzen aber auch Arthrosen der Hüften und Knie. Neben psychosomatischen und psychiatrischen Erkrankungen stehen Abhängigkeitserkrankungen für jeden fünften Rehabilitanden im Vordergrund. Bei den Krebserkrankungen dominieren Brustkrebs und Krebserkrankungen der Verdauungsorgane. Im zeitlichen Verlauf (2002-2008) ist die Indikationsentwicklung von einem leichten Rückgang der kardiologischen und pneumologischen Erkrankungen bei einer zahlenmäßigen

Dr. med. Dipl. Soz.wiss. Here Klosterhuis ist Leiter des Bereichs 0430 – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dipl. Pflege- und Gesundheitswissenschaftlerin Janett Zander (vorne) und Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA) Barbara Naumann sind Mitarbeiterinnen dieses Bereichs.



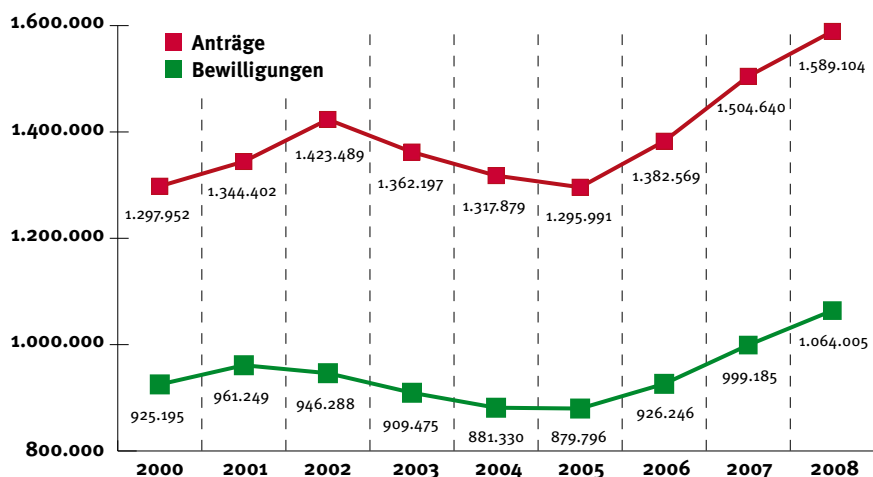


Abb. 1: Reha-Anträge und -Bewilligungen, Deutsche Rentenversicherung, 2000–2008
Quelle: ISRV



Zunahme, insbesondere der onkologischen und psychischen Erkrankungen, gekennzeichnet. Die steigende Fallzahl zeichnet sich bei den orthopädischen Erkrankungen seit dem Jahr 2006 ab.

Reha-Qualitätssicherung

Die Rehabilitandenbefragung

Die RV ist seit Beginn der flächendeckenden Reha-Qualitätssicherung im Jahr 1994 bestrebt, die Patientenorientierung in die Qualitätssicherung einzubeziehen. Das spiegelt sich in der Durchführung von regelmäßigen Rehabilitandenbefragungen seit über zehn Jahren wider [6]. Mittels der Rehabilitandenbefragung wird nicht nur die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot, sondern auch der Erfolg der Rehabilitation aus Patientensicht als weiteres wesentliches Qualitätsmerkmal erfragt. Dabei wird die Erkenntnis genutzt, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit entscheidende Faktoren der Motivation und der Prognose hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach Rehabilitation sind.

Im Rahmen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms führt die RV monatliche Stichprobenerhebungen durch. Unterschieden werden die somatischen Indikationen (Kardiologie, Orthopädie, Onkologie etc.) sowie der Bereich Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen, d.h. es werden zwei unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Acht bis zwölf Wochen nach Entlassung werden monatlich jeweils 20 Rehabilitanden einer Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt und erhalten einen entsprechenden Fragebogen. Insgesamt werden pro Jahr etwa 135.000 Fragebögen versandt.

Eine Rückmeldung der Ergebnisse zur Rehabilitandenbefragung erfolgt halbjährlich im Rahmen der Berichte zur Reha-Qualitätssicherung an die Reha-Einrichtungen und Reha-Träger. Die Berichte stellen eine Zusammenfassung der Patientenurteile einer Reha-Einrichtung dar, ermöglichen einen Vergleich mit Ergebnissen einer Gruppe vergleichbarer Reha-Einrichtungen und enthalten Bewertungskennzahlen sowie adjustierte Daten, d. h. die spezifische Rehabilitandenstruktur jeder Reha-Einrichtung wird berücksichtigt. Dies ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Reha-Einrichtungen untereinander. Die Rehabilitandenbefragungen geben den Reha-Einrichtungen und den RV-Trägern die Chance, mit den Ergebnissen ihr Leistungsangebot im Rahmen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements gezielt zu verbessern. Die Abb. 3 gibt einen Überblick über die Zufriedenheit aller an der Befragung teilnehmenden Rehabilitanden der somatischen Indikationsbereiche im 2. Halbjahr 2007 sowie im 1. Halbjahr 2008, die aus 575 Reha-Einrichtungen ausgewählt wurden

Das durchschnittliche Gesamturteil zu der durchgeführten Rehabilitation ist positiv und liegt bei einem Wert von „2,1“ auf einer Skala von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht). Am zufriedensten sind die Rehabilitanden mit der Betreuung durch die Pflegekräfte (Benotung 1,6). Insgesamt besteht eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit des Reha-Teams (Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflegekräfte) und den gesundheitsbezogenen Angeboten der Reha-Einrichtung. Eine vergleichsweise schlechtere Beurteilung erfährt die Abstimmung mit den Rehabilitanden über Reha-Plan und -Ziele. Mögliche Gründe für eine mangelnde Übereinstimmung der Reha-Ziele von Behandlern und Rehabilitanden wurden in einem Forschungsprojekt untersucht. Es wird beispielsweise eine unzureichende Vorbereitung der Rehabilitanden als Ursache genannt, das heißt Rehabilitanden kommen oft mit falschen Erwartungen zur Rehabilitation [7]. Die Instrumente zur Rehabilitandenbefragung wurden in den letzten Jahren weiterentwickelt. So kommt seit Oktober 2007 ein überarbeiteter Rehabilitandenfragebogen im Bereich der stationären Rehabilitation in den somatischen Indikationsbereichen zum Einsatz. Die Rehabilitandenbefragung wird auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt.

Das Peer Review-Verfahren

Das Peer Review-Verfahren ist ein aufwändiges Instrument zur Bewertung der Prozessqualität der Rehabilitation. Hierbei wird die Qualität des Reha-Prozesses anhand zufällig ausgewählter anonymisierter Reha-Entlas-

Fachbeitrag

sungsberichte sowie Therapiepläne von Rehabilitanden durch entsprechend geschulte Reha-Mediziner des jeweiligen Fachgebietes (Peers) bewertet. Die kritische Einzelfall-Begutachtung wird mittels einer indikations-spezifischen Checkliste mit qualitätsrelevanten Merkmalen der Rehabilitation und einem Handbuch vorgenommen. Um eine einheitliche Begutachtung zu gewährleisten, werden die Peers in mehrtägigen Schulungen von der RV auf ihre gutachterliche Tätigkeit vorbereitet. Seit Beginn des Verfahrens sind indikationsübergreifend mehr als 1.800 Gutachter geschult worden. Bewertet werden von den Peers beispielsweise die fallgerechte Festlegung und Vermittlung von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen. Die Bewertung umfasst verschiedene Bereiche des Reha-Prozesses: Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, klinische Epikrise, Sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgemaßnahmen. Abschließend wird von den Peers eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Reha-Prozesses vorgenommen.

Das Peer Review-Verfahren wird in allen von der RV belegten Reha-Einrichtungen eingesetzt. Jede Reha-Einrichtung, die am Verfahren teilnimmt, erhält einen einrichtungsbezogenen Bericht zur Reha-Qualitätssicherung. Er ermöglicht eine vergleichende und bewertende Darstellung und schafft somit Anreize, die schlechter bewerteten Reha-Verläufe zu identifizieren und innerhalb des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zu verbessern [8]. Die Durchführung des Peer Review-Verfahrens erfolgt aufgrund des Aufwandes in



größeren Abständen. Aus jeder Reha-Einrichtung werden etwa 20 Reha-Entlassungsberichte von Gutachtern anderer Einrichtungen bewertet. Auf diese Weise gehen in das Peer Review-Verfahren 2008/09 für somatische Indikationen etwa 16.800 Reha-Entlassungsberichte ein, die aus 743 Reha-Einrichtungen ausgewählt wurden. Insgesamt 605 Peers waren in diesem Verfahren begutachtend tätig. Im Bereich der psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen umfasst die Datengrundlage etwa 5.800 Reha-Entlassungsberichte aus 361 Einrichtungen. Die Beurteilung erfolgte durch 248 Peers. Stationäre und ganztägig ambulante Reha-Einrichtungen wurden jetzt erstmals gemeinsam bewertet. Beide Behandlungsformen unterscheiden sich nicht im Ergebnis. Ausgewählte Resultate aus den Peer Review-Verfahren 2005 und 2007 im Vergleich ambulant und stationär für die orthopädische Indikation zeigen, dass die guten Bewertungen überwiegen. Die Anteile substanzieller Mängel (deutliche und gravierende Mängel) schwanken zwischen 11 Prozent und 22 Prozent. Verglichen mit früheren Auswertungen lässt das Ergebnis positive Entwicklungen erkennen, aber mit über 20 Prozent substanzieller Mängel in mehreren Bereichen gibt es noch erhebliches Verbesserungspotenzial.

Die Dokumentation der therapeutischen Versorgung mittels KTL

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [9] für die medizinische Rehabilitation wird bereits seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der RV eingesetzt. Mit Hilfe der KTL-Codes ist es für alle am Reha-Prozess beteiligten Berufsgruppen möglich, die durchgeführten therapeutischen Leistungen rehabilitandenbezogen im Reha-Entlassungsbericht

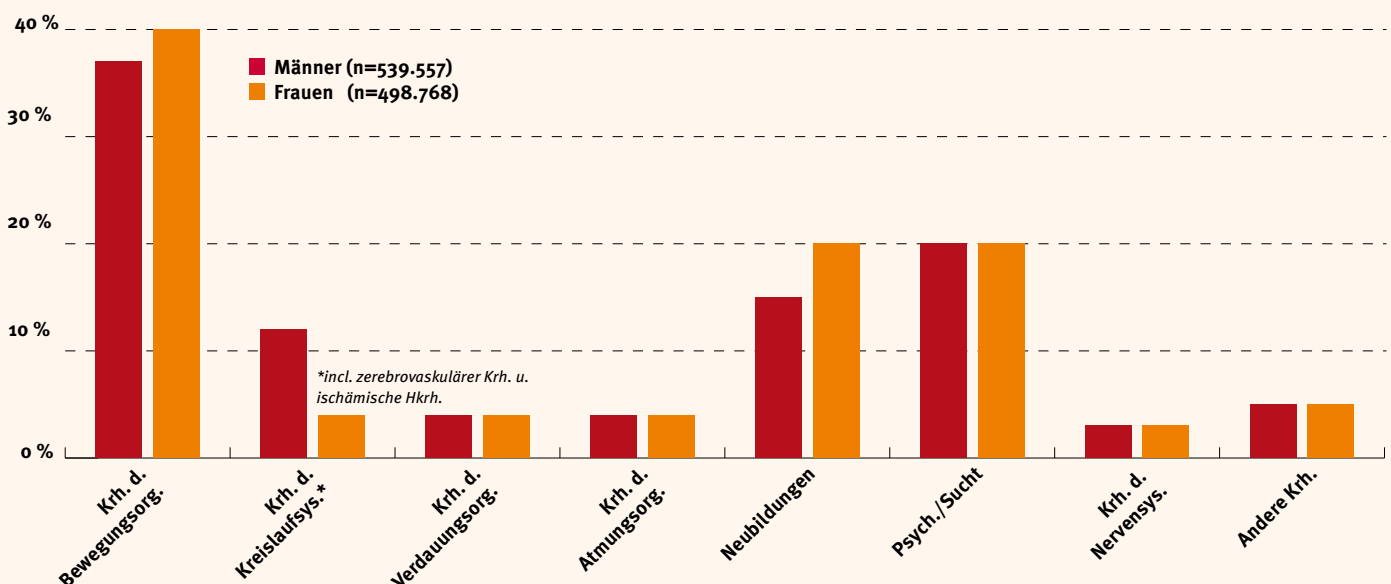


Abb. 2: Krankheitsspektrum der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung, 2008

Quelle: ISRV

zu dokumentieren. Die KTL gilt sowohl für die stationäre wie auch für die ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

Für die RV ist es möglich, die routinemäßig erhobenen KTL-Daten im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung einrichtungsbezogen auszuwerten und an die

den Rehabilitationsformen ganztägig ambulant und stationär im Vergleich abbildet. In Abb. 4 wird die therapeutische Versorgung von kardiologischen Rehabilitanden aus dem Jahr 2008 wiedergegeben.

In beiden Bereichen erhalten Rehabilitanden zu gleichen Anteilen Leistungen aus den KTL-Kapiteln wie Information, Motiva-

„Heute kann sich jeder Versicherte darauf verlassen, dass er in allen Reha-Einrichtungen, die die RV belegt, bundesweit einen vergleichbaren Qualitätsstandard vorfindet.“ *Dr. Herbert Rische, Präsident der Deutschen Rentenversicherung Bund in [1]*

teilnehmenden Reha-Einrichtungen und RV-Träger jährlich zurückzumelden. Die Auswertungen verdeutlichen das Leistungsgeschehen und geben Informationen zu Häufigkeit, Dauer und Differenzierung der therapeutischen Versorgung. Zudem erhält die Reha-Einrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität sowie einen Vergleich mit den Reha-Einrichtungen der gleichen Fachrichtung. Zukünftig sollen auch allgemeine KTL-Bewertungskennzahlen aufgenommen werden. Die Auswertungen zur therapeutischen Versorgung für den Berichtszeitraum 2007 wurden an insgesamt 991 Reha-Einrichtungen versandt. Es werden sämtliche Reha-Einrichtungen berücksichtigt, die im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung von der DRV betreut werden. In die Auswertung sind über 470.000 Reha-Entlassungsberichte eingegangen. KTL-Daten können zusätzlich unter versorgungsbezogenen und inhaltlichen Gesichtspunkten analysiert werden [10]. So ist es beispielsweise von großem Interesse, wie sich die Versorgungsqualität zwischen

tion und Schulung, Sport- und Bewegungstherapie und Physiotherapie. In der stationären Versorgung werden etwas häufiger Leistungen der physikalischen und Rekrutationstherapie erbracht. Grund hierfür sind offensichtlich andere strukturelle Voraussetzungen. Ambulante Reha-Einrichtungen erbringen etwas häufiger therapeutische Leistungen der klinischen Psychologie und der klinischen Sozialarbeit. Eine zunehmende Bedeutung gewinnt die KTL auch bei der Entwicklung und Einführung von Reha-Therapiestandards im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms für die medizinische Rehabilitation. Anhand der dokumentierten therapeutischen Leistungen wird ermittelt, ob eine leitliniengerechte Behandlung für Rehabilitanden mit einer bestimmten Diagnose stattgefunden hat [2].

Berufliche Rehabilitation

Antrags- und Leistungsentwicklung

Die deutsche RV erbringt, wie auch andere Sozialversicherungsträger, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) für ihre

Versicherten. Diese Reha-Leistungen sind ein wichtiger Beitrag zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und der faktischen Berufstätigkeit der Versicherten. Die letzten Jahre sind geprägt von einer steigenden Anzahl von Leistungen, aber auch von erheblichen Verschiebungen zwischen den Leistungsarten. Konzeptionelle Weiterentwicklungen im Bereich der beruflichen Bildung in Richtung Individualisierung und Modularisierung der Leistungen bestätigen diese Entwicklung [11, 3]. Die Zahl der LTA-Anträge und -Bewilligungen im Verantwortungsbereich der RV ist seit dem Jahr 2000 kontinuierlich gestiegen (Abb. 5). Zum Teil ist hierfür die zunehmende Erteilung von Vermittlungsbescheiden und deren Erfassung in der Routinestatistik verantwortlich. Die Antragstellung ist generell von verschiedenen Faktoren abhängig. Dazu gehören an erster Stelle der Gesundheitszustand der Versicherten und das Vorliegen einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit. Aber auch die Arbeitsplatzsituation und das soziale Umfeld beeinflussen die Inanspruchnahme der Rehabilitanden. Die berufliche Rehabilitation der RV umfasst eine Reihe von sehr unterschiedlichen Leistungen. Das reicht von finanziellen Leistungen an Arbeitsgeber, über Leistungen zur Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes, Kfz-Hilfen bis hin zu längerdauernden aufwändigen beruflichen Bildungsleistungen, wie Umschulungen. Das relative Gewicht dieser einzelnen rehabilitativen Leistungen und die Veränderungen in den letzten vier Jahren werden in der Abb. 6 dargestellt.

Es ist als Trend abzulesen, dass die Bedeutung beruflicher Bildungsleistungen – bei

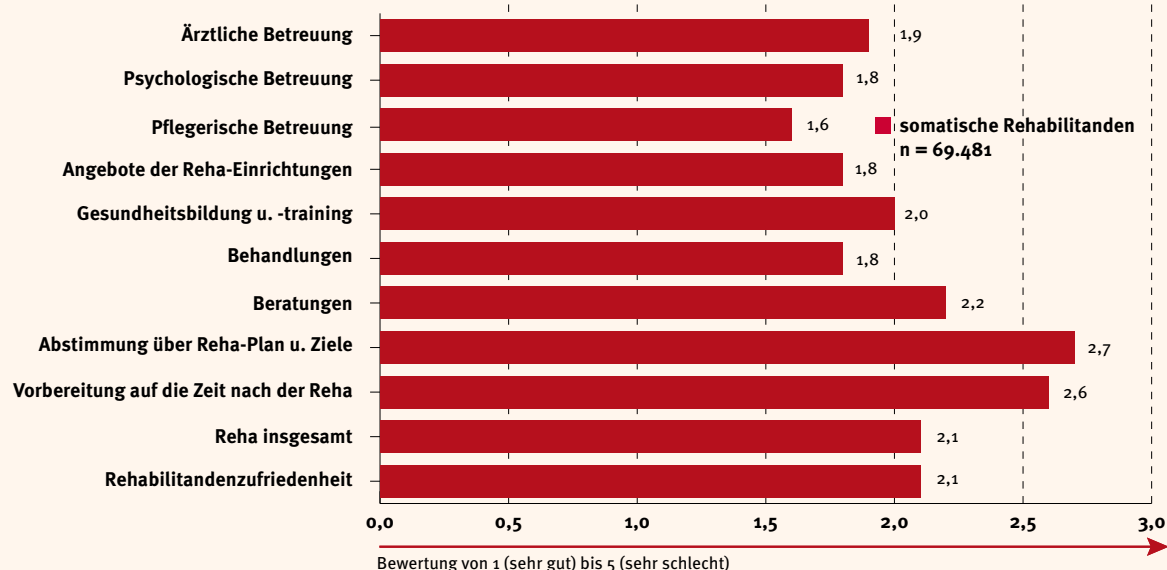


Abb. 3: Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha-Maßnahme (Somatische Indikation), Rehabilitandenbefragung 2007/08

insgesamt gestiegenen Leistungszahlen – leicht zurückgegangen ist. Zugenommen haben insbesondere gezielte Leistungen zur Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes. Eine besondere Bedeutung hat bei diesen Leistungen der Kontakt zum Arbeitgeber. Dieser erfolgt bereits im Vorfeld, aber auch während der Maßnahme durch den Reha-Berater der Rentenversicherung. Aber auch die Einrichtung, die die Maßnahme durchführt, hat hier vielfältige Aufgaben. Sei es, dass während der Maßnahme ein Praktikum in einem Betrieb durchgeführt wird, das die Einrichtung initiiert, oder dass gegen Ende der Maßnahme eine Unterstützung bei der Eingliederung am alten Arbeitsplatz oder Kontakt zu einem möglichen neuen Arbeitgeber aufgenommen wird.

Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung

In der medizinischen Rehabilitation der RV ist eine umfassende, differenzierte Qualitätssicherung mit einer regelmäßigen Berichterstattung seit mehr als zehn Jahren bereits etabliert, wird regelmäßig weiterentwickelt und ist im Versorgungsbereich weitgehend akzeptiert [2]. Auch für die berufliche Rehabilitation ist eine Qualitätssicherung zu etablieren, die möglichst viele Qualitätsaspekte, Reha-Einrichtungen und Reha-Leistungen berücksichtigt. Diese Aktivitäten sollen auch Reha-Träger-übergreifend erfolgen. Die RV hat beispielsweise sowohl der gesetzlichen Unfallversicherung wie auch der Bundesagentur für Arbeit angeboten, von ihr entwickelte Erhebungsinstrumente zu nutzen.

Die Bemühungen zur Qualitätssicherung geschehen vor dem Hintergrund eines sehr heterogenen Leistungsspektrums in der beruflichen Rehabilitation. Aktuell liegt für die RV der Schwerpunkt der Aktivitäten zur Qualitätssicherung auf der Erhebung und Bewertung der Qualität aus Teilnehmer-sicht. Es wurde für diesen Zweck der „Berliner Fragebogen“ entwickelt, der seit Juli 2006 allen Absolventen einer beruflichen Bildungsleistung etwa sechs Monate nach der Leistung übersandt wird [12]. Der Fragebogen soll die Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Maßnahmen und die berufliche Wiedereingliederung erfassen (Abb. 7).

Insgesamt werden die beruflichen Bildungsleistungen durchaus positiv beurteilt. So sind die Rehabilitanden mit dem Ausbildungsziel, dem Reha-Träger, der Reha-Einrichtung und dem Gesamtergebnis der Umfrage zufrieden. Jedoch bemängeln sie

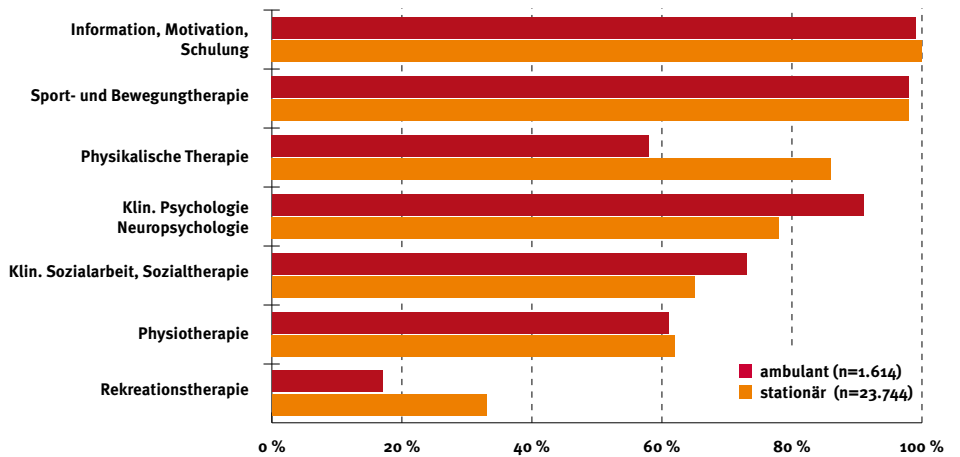


Abb. 4: Therapeutische Versorgung, Kardiologie, ambulant und stationär, 2008
Quelle: Reha-Entlassungsberichte 2008

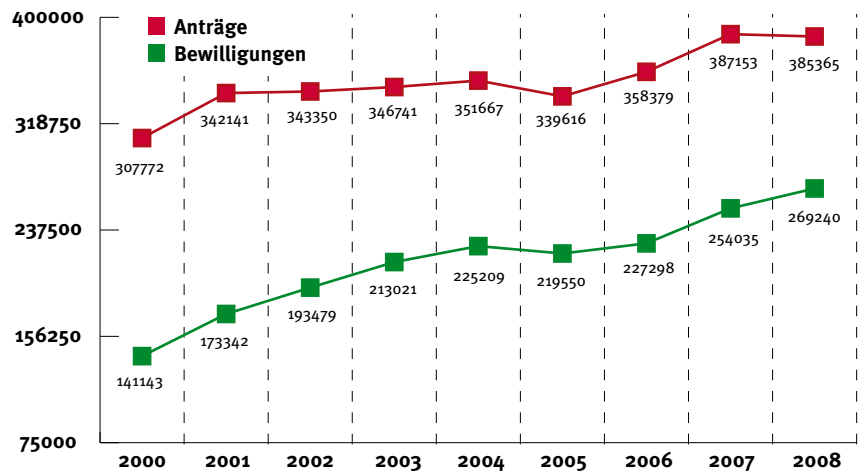


Abb. 5: Anträge und Bewilligungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Deutsche Rentenversicherung, 2000 bis 2008, Quelle: ISRV

die unzureichende Unterstützung durch die Reha-Einrichtung nach der Maßnahme.

Berufliche Wiedereingliederung nach beruflicher Bildung

Die tatsächliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach beruflicher Rehabilitation ist selbstverständlich ein zentraler Aspekt bei der Beurteilung des Erfolges einer Reha-Leistung. Die RV ist in der Lage, mit Hilfe ihrer Routinedaten konkret nachzuvollziehen, ob ihre Rehabilitanden in der Lage sind, nach einer beruflichen Reha-Leistung wieder berufstätig zu sein. Diese Untersuchungen entsprechen den Analysen, die für die medizinische Rehabilitation bereits seit längerem durchgeführt werden [13]. Wird der Erwerbstätigkeitsstatus nach beruflicher Bildung im Zeitablauf betrachtet, so steigt der Anteil der Beschäftigten im Zweijahres-Verlauf von 31 Prozent auf 42 Prozent deutlich an. Dem entspricht ein erheblicher Rückgang der arbeitslosen, wie auch der langfristig arbeitsunfähigen Versicherten. Dagegen steigt der Anteil der Erwerbsminderungsrentner. Insgesamt sind knapp 60 Prozent der Absolventen einer beruflichen Bildung in den 24 Monaten nach Ende der Leistung versicherungspflichtig beschäftigt gewesen.

Diese Ergebnisse sollen in Zukunft auch für die einrichtungsbezogene Reha-Qualitätssicherung genutzt werden. Auf Basis der Routinedaten der RV sollen auch Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung wie die regionale Arbeitsmarktlage einbezogen werden.

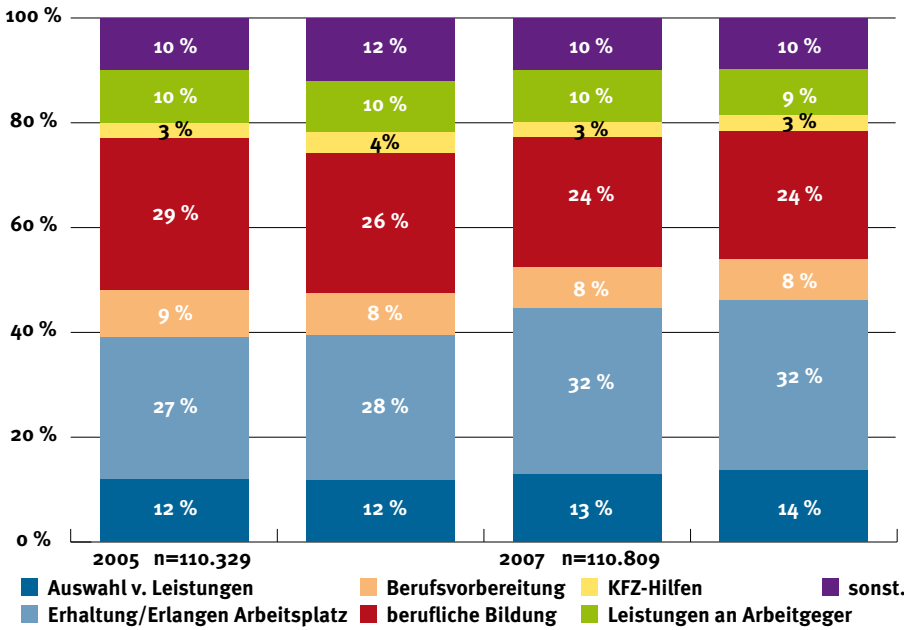


Abb. 6: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Leistungsspektrum, Deutsche Rentenversicherung, 2005 bis 2008, Quelle: ISRV

Zusammenfassung

Die medizinische und berufliche Rehabilitation der RV ist in den letzten Jahren von steigenden Antrags- und Bewilligungszahlen geprägt. Ob sich dieser Trend in der aktuellen konjunkturellen Lage fortsetzen wird, bleibt abzuwarten.

In der Vergangenheit waren schwierige ökonomische Situationen mit steigender Arbeitslosigkeit in der Regel mit einer sinkenden Reha-Inanspruchnahme verknüpft. Zugleich differenziert sich das rehabilitative Versorgungsangebot der RV weiter. Die ambulante orthopädische Rehabilitation

erreicht zum Beispiel in Ballungszentren mittlerweile einen Anteil von gut 30 Prozent aller orthopädischen Rehabilitanden. Weiterhin von einer Zunahme bestimmt ist die Versorgung im Rahmen von Anschlussrehabilitationen unmittelbar nach einem akutklinischen Aufenthalt. Die RV hat in den letzten Jahren ein Programm zur umfassenden Reha-Qualitätssicherung entwickelt und in die Routinepraxis eingeführt. Verschiedene Aspekte der Qualität der Rehabilitation werden mit unterschiedlichen Verfahren und Instrumenten erhoben. Die Auswertungsergebnisse werden den Reha-Einrichtungen kontinuierlich rückgemel-

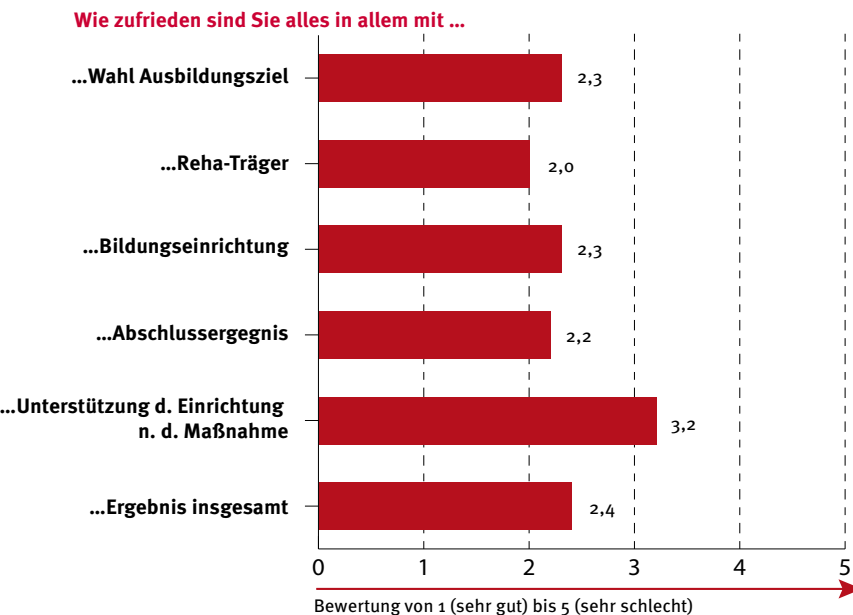


Abb. 7: Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Maßnahmen und die berufliche Wiedereingliederung, 2007

Literatur

- [1] Rische H, (2007): Die Herausforderungen annehmen – Den Wandel gestalten – Die Rehabilitation zukunftsfit machen. RVaktuell, Jg. 54, H. 1/2, S. 2–8.
- [2] Klosterhuis H (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, H. 4, S. 184–192.
- [3] Korsukéwitz Ch, Rehfeld U (2008): Rehabilitation und Erwerbsminderungsrenten – aktueller Stand und Entwicklungen. RVaktuell, Jg. 55, H. 9, S. 274–284.
- [4] Lindow B, Klosterhuis H, Naumann B (2007): Ambulante Rehabilitation - ein Versorgungsbereich profiliert sich. RVaktuell, Jg. 54, H. 7, S. 206–213.
- [5] Baumgarten E, Lindow B, Klosterhuis H (2008): Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 335–342.
- [6] Widera T, Klosterhuis H (2007): Patientenorientierung in der Praxis - 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, Jg. 54, H. 6, S. 177–182.
- [7] Meyer T, Brüggemann S, Widera T (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 55, H. 3, S. 94–99.
- [8] Baumgarten E, Klosterhuis H (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet - bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, H. 5, S. 152–154.
- [9] Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 5. Auflage, Druckerei Buck.
- [10] Zander J, Beckmann U, Somhammer B, Klosterhuis H (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell, Jg. 56, H. 5/6, S. 186–194.
- [11] Erbstößer S, Verhorst H, Lindow B, Klosterhuis H (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutschen Rentenversicherung – ein Überblick. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 343–350.
- [12] Erbstößer S, Klosterhuis H, Lindow B (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. RVaktuell, Jg. 54, H. 10, S. 362–366.
- [13] Klosterhuis H, Zollmann P, Grünbeck P (2004): Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. Deutsche Rentenversicherung, Jg. 59, H. 5, S. 287–296.

det. Damit stehen den ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen wertvolle Informationen für ihr internes Qualitätsmanagement zur Verfügung. Die Reha-Qualitätssicherung wird methodisch und inhaltlich weiterentwickelt und um neue Instrumente und Inhalte erweitert. |

Kontakt:
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Dr. Here Klosterhuis
 Bereich 0430 – Reha-Qualitätssicherung,
 Epidemiologie und Statistik
 10704 Berlin
www.deutsche-rentenversicherung.de