

## *Zusammenfassung*

---

# Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitand\*innenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha

---

*im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund*

für den Projektzeitraum: 01.06.2022 – 28.02.2023

**Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung  
an der Universität Ulm**  
Am Kurpark 1  
88422 Bad Buchau

**Ansprechpartner:**  
Dr. Rainer Kaluscha  
Sarah Leinberger

## Allgemeine Angaben

### *Auftragnehmer*

Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm  
Am Kurpark 1

88422 Bad Buchau

Tel.: 07582-800 5300

Fax: 07582-800 5301

E-Mail: sekretariat@ifr-ulm.de

### *Projektleitung*

Dr. Rainer Kaluscha, Dipl.-Inform.

Tel.: 07582-800 5102

E-Mail: rainer.kaluscha@ifr-ulm.de

### *Stellvertretende Projektleitung*

Sarah Leinberger, MSc

Tel.: 07582-800 5108

E-Mail: sarah.leinberger@ifr-ulm.de

### *Projektmitarbeit*

Johannes Schmidt, MSc

Tel.: 07582-800 5207

E-Mail: johannes.schmidt@ifr-ulm.de

### *Projekttitel*

Entwicklung eines Bewertungskonzeptes für die Rehabilitand\*innenbefragung im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha

### *Projektlaufzeit*

Juni 2022 bis Februar 2023

## Abkürzungsverzeichnis

ADMO-1	Projektkürzel „Adjustierung und Modifikation in der Rehabilitandenbefragung“
CI	Konfidenzintervall
DRV	Deutsche Rentenversicherung
FA	Fachabteilung
FB	Fragebogen
ICC	Intra-class Correlation (Intraklassenkorrelation)
ICD-10	International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation von Krankheiten; 10. Version)
IFR	Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm
MAR	Missing At Random: alle systematischen Unterschiede zwischen fehlenden und beobachteten Werten können durch beobachtete Variablen erklärt werden
MCAR	Missing Completely At Random: es gibt keine systematischen Unterschiede zwischen fehlenden und beobachteten Werten
MNAR	Missing Not At Random: es gibt systematische Unterschiede zwischen fehlenden und beobachteten Werten
OR	Odds Ratios („Chancenverhältnisse“)
Reha-QS	Reha-Qualitätssicherung
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Wurzel der mittleren Fehlerquadratsumme)
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
SMV	Projektkürzel „Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation“
SQD	Strukturierter Qualitätsdialog
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual (Standardisierte Wurzel der mittleren quadrierten Residuen)

## Glossar

Adjustierung	Berechnung und Korrektur der Wirkung von Einflussgrößen auf die Zielgröße durch statistische Verfahren
ADMO-1	Von der DRV Bund beauftragtes und dem IFR Ulm bearbeitetes Projekt „Adjustierung und Modifikation in der Rehabilitandenbefragung“
Backward-Selection	Methode zur Selektion von relevanten Einflussgrößen in einer Regression, bei der von allen potenziellen Einflussgrößen schrittweise statistisch irrelevante Einflussgrößen entfernt werden
Einflussgröße	Merkmal, das für die Zielgröße von prognostischer Relevanz ist
Fachabteilung	Medizinische Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung der Abteilung einer Rehabilitationseinrichtung durch den Fachabteilungsschlüssel
Gütekriterium	Maß zur Qualitätsbeurteilung von wissenschaftlichen Ergebnissen; In der Regression: Kennzeichnung des Ausmaßes, mit welchem die Streuung der Zielgröße durch die Einflussgrößen erklärt wird.
p-Wert	Signifikanzwert einer Testgröße, der zur Hypothesenprüfung mit dem Signifikanzniveau verglichen wird; Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese zutrifft (z.B. Einflussgröße XY hat keinen Einfluss auf die Zielgröße)
Qualitätsindikator	Quantitatives Maß zur Messung der Qualität anhand fest definierter Kriterien
R <sup>2</sup>	Varianzaufklärung bzw. Bestimmtheitsmaß: Kenngröße zur Beurteilung der Anpassungsgüte eines Regressionsmodells
SMV	Von der DRV Bund beauftragtes und dem IFR Ulm bearbeitetes Projekt „Adjustierung des sozialmedizinischen Verlaufs nach medizinischer Rehabilitation“
Vergleichsgruppe	Für vergleichende Qualitätsanalysen durch die Deutsche Rentenversicherung verwendete indikationsbezogene Vergleichsgruppen
Underfitting	Unteranpassung des Modells an die Daten durch ausgelassene relevante Einflussgrößen

## Zusammenfassung

### Hintergrund

Um die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stetig zu verbessern, setzt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) verschiedene Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (Reha-QS) ein. Am Verfahren der Reha-QS nehmen rentenversicherungseigene oder von der DRV federführend belegte Fachabteilungen verpflichtend teil.

Die zwei Qualitätsindikatoren a) Rehabilitandenzufriedenheit und b) subjektiver Behandlungserfolg, die im Rahmen der Rehabilitandenbefragung erhoben werden, tragen zur Bildung des Gesamtqualitätswertes einer Reha-Fachabteilung bei. Die Befragung wird sowohl in der Erwachsenen-Rehabilitation als auch im Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation durchgeführt und erfolgt mithilfe von standardisierten Fragebögen in Form einer kontinuierlichen monatlichen Stichprobenerhebung.

Im Bereich der Kinder- und Jugend-Reha gibt es zwei Fragebogenversionen: einen Fragebogen für unter zwölfjährige Kinder und einen Fragebogen für zwölf- bis unter 18-jährige Jugendliche. Diese wurden in einem vorangegangenen Projekt umfassend überarbeitet und sind seit 2017 im Reha-QS- Programm implementiert.

Durch eine adjustierte Bewertung, d.h. eine Bewertung unter Berücksichtigung vorbestehender Merkmale der Rehabilitanden, wird ein fairer Vergleich von Reha-Fachabteilungen ermöglicht.

### Zielsetzung

Im Rahmen des Projekts wurden die Fragebögen validiert und eine Adjustierungsstrategie entwickelt, um die Befragungsergebnisse zwischen Reha-Fachabteilungen vergleichbar zu machen. Zunächst musste dafür ein Bewertungskonzept für die Rehabilitandenzufriedenheit und den subjektiven Reha-Erfolg der Kinder und Jugendlichen erstellt werden.

### Methodik

Bei den Auswertungen zur Rehabilitandenbefragung im Kinder- und Jugendbereich wurden neben den Befragungsdaten für Kinder unter zwölf Jahren (Fremdbefragung durch die Eltern) und für Jugendliche ab zwölf Jahren die Routinedaten der Rentenversicherung als Datengrundlage genutzt.

Die Fragebögen wurden in einem Vorprojekt (ADMO-2) durch die Fa. Prognos erstellt. Die dort postulierten Strukturen der Fragebögen (vier Qualitätsdimensionen) wurden anhand der

Befragungsdaten der letzten Jahre überprüft (Fragebogenvalidierung). Dazu wurden zunächst Konstruktvaliditäts- und Konsistenzanalysen (Bestimmung von Cronbachs Alpha, konfirmatorische Faktorenanalysen) durchgeführt.

Anhand von statistischen Auswertungen in Form von Regressionsmodellen mit mehreren Ebenen wurden Einflussfaktoren auf die Rehabilitandenzufriedenheit und den subjektiven Reha-Erfolg identifiziert. Dabei sollen insbesondere vorbestehende und von der Einrichtung nicht beeinflussbare Rehabilitandenmerkmale identifiziert werden, die einen Einfluss auf die Qualitätsmerkmale Rehabilitandenzufriedenheit und subjektiven Reha-Erfolg zeigen. Sofern sich die Rehabilitanden der einzelnen Fachabteilungen hinsichtlich solcher Merkmale unterscheiden, wird bei fachabteilungsübergreifenden Vergleichen eine mathematische Kompensation (Adjustierung) dieser vorbestehenden Unterschiede erforderlich.

Die Ergebnisse dieser Analysen fließen in das Adjustierungsmodell ein, anhand dessen das Rehabilitationsergebnis bzgl. der Rehabilitandenzufriedenheit und dem subjektiven Reha-Erfolg an die vorbestehenden Rehabilitandenmerkmale angepasst und somit auch bei unterschiedlicher Zusammensetzung der behandelten Rehabilitanden fachabteilungsübergreifend vergleichbar gemacht werden kann (adjustierte Qualitätspunkte).

Ferner müssen die im Projekt entwickelten Lösungen in der IT-Landschaft der DRV Bund im Routinebetrieb einsetzbar sein. Daher erfolgte hinsichtlich der verwendeten Analysesoftware und -methoden eine enge Abstimmung mit dem Dezernat 0430 der DRV Bund und dessen IT-Unterstützung. Für die Implementierung des Verfahrens stellte das IFR Ulm der DRV Bund den finalen Datenanalyse-Code (für die freie Statistiksoftware R) sowie eine Dokumentation der einzelnen Analyseschritte zur Verfügung.

Auf Basis des vorgeschlagenen Adjustierungsmodells wurde unter Einbezug von Fokusgruppen (mit Teilnehmern aus Reha-Einrichtungen sowie Rentenversicherungsträgern) ein verständliches Rückmeldekonzept zu den Ergebnissen entwickelt.

## **Ergebnisse**

### *Fragebogenvalidierung*

Zur Fragebogenvalidierung wurden zunächst alle Fragebogenitems deskriptiv für die Erhebungsjahre 2017 bis 2021 ausgewertet und eine Missing-Data-Analyse durchgeführt, bevor anschließend Konsistenz- und Konstruktvaliditätsanalysen durchgeführt wurden.

## Deskription

Insgesamt lagen aus den Jahren 2017 bis 2021 Befragungsdaten von 8.177 Kindern unter zwölf Jahren (Fremdbeurteilung durch ein Elternteil, Durchschnittsalter: 7,0 Jahre) und 5.736 Jugendlichen ab zwölf Jahren (Durchschnittsalter: 14,6 Jahre) vor. Die Kinder unter zwölf Jahren waren mehrheitlich männlich (60 Prozent); die Jugendlichen ab zwölf Jahren hingegen mehrheitlich weiblich (56 Prozent). Während bei den Kindern mit 36,6 Prozent Krankheiten der Atemwege (u.a. Asthma) am häufigsten waren, waren es bei den Jugendlichen mit 37,1 Prozent Diagnosen aus dem Bereich Ernährungs-/Stoffwechselkrankheiten (u.a. Adipositas).

## Missing-Data-Analyse

Lediglich bei einigen schulischen Fragen im Kinderfragebogen gab es systematisch fehlende Werte, die aufgrund der Filterfrage „Besucht Ihr Kind die Schule?“ entstehen. Ansonsten war der Anteil an fehlenden Werten in beiden Fragebogenversionen in allen Erhebungsjahren unauffällig gering (unter 3%) und die fehlenden Werte waren unsystematisch verteilt. Eine Ergänzung auf statistischer Basis (Imputation) bei fehlenden Werten ist demnach bei Betrachtung der fehlenden Werte nicht notwendig, da der Verlust durch den Ausschluss von Fällen mit fehlenden Werten zu vernachlässigen ist. Allerdings ist zu beachten, dass sowohl im Kinder- als auch im Jugendfragebogen bei über 16 bzw. 19 Prozent einige wenige fehlende Werte vorliegen. Es konnten zudem keine relevanten Assoziationen von fehlenden Werten mit verschiedenen Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Staatsangehörigkeit festgestellt werden, sodass nicht mit Verzerrungen aufgrund fehlender Werte in bestimmten Untergruppen zu rechnen ist.

## Konsistenz- und Konstruktvaliditätsanalysen

Im Rahmen der Fragebogenvalidierung fanden Konsistenz- und Konstruktvaliditätsanalysen statt, die sich auf die von der Prognos AG vorgeschlagenen Qualitätsdimensionen beziehen: Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme gesamt, Erlebnisqualität, Prozess und Leistungsqualität, Reha-Outcome (A) und Reha-Outcome (B).

Mithilfe von Cronbachs Alpha wurde die interne Konsistenz überprüft, d.h. bei ähnlichen Fragen werden auch ähnliche Antworten erwartet. Tendenziell kann beim Kinderfragebogen eine etwas höhere interne Konsistenz beobachtet werden. Die internen Skalenkonsistenzen sind überwiegend als akzeptabel oder gut zu bewerten.

Mithilfe von konfirmatorischen Faktorenanalysen wurde die Konstruktvalidität der von den Fragebogenentwicklern intendierten Qualitätsdimensionen geprüft. Die Modellgüte sowohl im Kinder-

als auch im Jugendfragebogen lag im grenz-akzeptablen Bereich. Begründet ist dies durch einen hohen Anteil an Antworten mit der Ausprägung „daran habe ich/hat mein Kind nicht teilgenommen“ bzw. „weiß ich nicht“, der zu einer Verwässerung des Zusammenhangs dieser Items mit der Qualitätsdimension führt. Werden jedoch neutrale Antwortkategorien explizit als solche berücksichtigt, kann von einer guten Reliabilität der Messung ausgegangen werden (Modellgüten im akzeptablen bis guten Bereich).

Die Modellstruktur der Prognos AG kann somit bei der Bildung der Qualitätsdimensionen mit kleineren Anpassungen übernommen werden.

### *Konzeptentwicklung für die Berechnung von Qualitätsdimensionen*

#### Entwicklung von Qualitätsdimensionen

Da die Validitätsanalysen gezeigt haben, dass die von der Prognos AG vorgeschlagene Faktorenstruktur der Qualitätsdimensionen in den Daten hinreichend wiedergefunden wird, konnte diese unter kleineren Anpassungen übernommen werden. Im Vergleich zum theoretischen Modell der Prognos AG wurden lediglich einige wenige Items aus dem Fragebogen aus der Bewertung ausgeklammert, da sie laut dem Expertenbeirat einstimmig nicht für eine Qualitätsbewertung geeignet seien, sowie einzelne Unterkonstrukte zusammengefasst und ggf. umbenannt. Die finalen Unterkonstrukte zur Qualitätsbewertung sind: Zufriedenheit, Erlebnisqualität, Prozess und Leistungsqualität (Rehabilitandenzufriedenheit) und Gesundheitskompetenz, Reha-Erfolg (subjektiver Behandlungserfolg).

Auf dieser Basis können individuelle Bewertungen der Reha-Fachabteilungen errechnet werden, indem der Mittelwert der Fragen gebildet wird, die zu dem jeweiligen (Unter-)Konstrukt bzw. der Qualitätsdimension gehören. Damit auch die Antworten auf Fragen mit unterschiedlichen Skalen zu einem Qualitätskonstrukt zusammengefasst werden konnten, wurde zunächst eine lineare Transformation der Werte auf einen Wertebereich zwischen 0 und 100 vorgenommen.

#### Missing Data Technik

Eine Herausforderung bei der Berechnung der Qualitätsdimensionen „Rehabilitandenzufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ stellen Antworten der Befragten dar, die keine Qualitätsbeurteilung zulassen („weiß nicht“, „kann ich nicht beantworten“, „daran habe ich/hat mein Kind nicht teilgenommen“). Diese scheinbar fehlende Werte resultieren daraus, dass Therapien gemäß der individuellen Bedarfslage verordnet werden und daher nicht jeder Rehabilitand alle

Therapieformen durchläuft. Zudem entfallen bei noch nicht schulpflichtigen Kindern bestimmte Fragen.

Da bei ca. 90 Prozent der Befragten mindestens eine solche nicht-bewertende Antwort vorliegt, musste eine Strategie für den Umgang mit diesen Werten erarbeitet werden.

Dafür wurden drei unterschiedliche Möglichkeiten erprobt: Mittelwertberechnung auf Basis der tatsächlich vorhandenen Bewertungen (Methode 1), Ersetzen von fehlenden Werten durch den Fachabteilungsmittelwert (Methode 2) und eine Kombination aus Methode 1 und Methode 2 (Methode 3: hybride Variante).

Bei der hybriden Variante werden bis zu einer Toleranzgrenze von 80% fehlenden Werten die tatsächlich vorhandenen Daten zur Berechnung der Mittelwerte verwendet (Methode 1), bei einem Überschreiten der Grenze werden die fehlenden Bewertungen durch die Fachabteilungsmittelwerte ersetzt (Methode 2).

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass möglichst viele der vorhandenen Bewertungen in die Berechnung einfließen sollen, wurde die hybride Variante als Berechnungsmethode gewählt, da sie die Vorteile der anderen Methoden vereint und eine möglichst große Datenbasis zur Berechnung der Qualitätswerte heranzieht.

#### *Entwicklung eines Adjustierungsverfahrens*

Um die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragungen aus den Fachabteilungen sachgerecht vergleichen zu können, mussten ggf. vorhandene unterschiedliche Verteilungen vorbestehender Rehabilitandenmerkmale berücksichtigt werden. Dazu mussten diese Ergebnisse unter Berücksichtigung relevanter Rehabilitandenmerkmale adjustiert werden. Dies wurde durch eine Adjustierung mit Hilfe von Regressionsanalysen realisiert.

#### Potenzielle Einflussgrößen

Zunächst mussten dafür potenzielle Einflussgrößen in den Daten identifiziert werden. Wichtig dabei war es, dass die Prädiktoren nicht beeinflussbar waren, sie unterschiedlich verteilt waren, eine prognostische Relevanz vorhanden war, hinreichend große Fallzahlen vorhanden waren und die Information zuverlässig erhoben werden konnte. Dadurch konnten die potenziellen Einflussfaktoren auf vier Einflussfaktoren der Soziodemographie, vier zur Rehabilitationsmaßnahme, 13 zur Gesundheit, zwölf zur Fachabteilung und eine den Fragebogen betreffende reduziert werden. Um für die Modelle auswertbare Daten zu erhalten, mussten dabei einige der Einflussfaktoren umcodiert oder aggregiert werden, um beispielsweise Ausprägungen, die nur selten vorkommen zu entfernen.

Der finale Datensatz enthielt Daten auf Ebene der einzelnen Rehabilitanden und Daten auf Ebene der Fachabteilung. Entsprechend war es möglich, dass ein Teil der Einflussfaktoren auf der Ebene der Fachabteilung und ein Teil der Faktoren auf Ebene der Rehabilitanden wirkt. Daher kamen neben der herkömmlichen und sehr verbreiteten linearen Regression auch Mehrebenenmodelle für die Adjustierung in Frage.

#### Modellauswahl

Zur Auswahl der Modelle wurden Ein- und Mehrebenenmodelle gegeneinander abgewogen. Zum einen wurde ein theoretischer Vergleich auf Basis der Intraklassenkorrelation durchgeführt, der im Ergebnis die Verwendung der Mehrebenenmodelle empfahl, da auf Ebene der Fachabteilung ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Varianz erklärt wurde.

Im praktischen Vergleich, bei dem eine Modellgüte der beiden Modelle verglichen wurde, konnte zusätzlich ein kleiner Vorteil des Mehrebenenmodells festgestellt werden. Entsprechend wurde für die finale Adjustierung das Mehrebenenmodell gewählt.

#### Selektion und Modellierung

Um das finale Modell zu berechnen, wurde anschließend mit Hilfe der Backward-Selection bezüglich der statistischen Signifikanz (p-Wert) der einzelnen Einflussfaktoren eine finale Auswahl getroffen. So konnten letztlich vier Modelle erstellt werden.

Für Kinder und für Jugendliche wurden entsprechend zwei lineare Mehrebenenmodelle für die beiden Qualitätsdimensionen „Zufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ berechnet. Dadurch konnten unterschiedliche Einflussfaktoren für die vier Anwendungsfälle verwendet werden.

#### Berechnung der Qualitätspunkte

Zur finalen Berechnung der Qualitätspunkte wurden zum einen die erwarteten Werte, die von den Modellen auf Basis der vorbestehenden Einflussfaktoren berechnet wurden, und zum anderen die tatsächlichen Werte, die sich direkt aus den Ergebnissen der Fragebögen ergeben, verwendet. Die Differenz dieser Werte wurde als die Leistung der entsprechenden Fachabteilung interpretiert, da diese Abweichungen (Residuen) die Leistung der Fachabteilung über die aufgrund ihrer Rehabilitandenstruktur zu erwartenden Ergebnisse hinaus widerspiegeln. Übertrifft also eine Fachabteilung die angesichts vorbestehender Rehabilitandenmerkmale zu erwartenden Werte, deutet dies auf eine gute Behandlungsqualität hin. Bleibt sie hingegen dahinter zurück, erhält sie entsprechend weniger Qualitätspunkte.

Um die Qualitätspunkte in den Zahlenbereich 0-100 zu transformieren, wurde die oben erklärte Differenz auf den Gesamtmittelwert aller Fachabteilungen addiert. Somit ergaben sich für Kinder und Jugendliche jeweils zwei Qualitätspunktwerte: einen für die „Zufriedenheit“ und einen für den „subjektiven Behandlungserfolg“.

### *Modellvalidierung*

Im Anschluss an die Auswahl und die Berechnung der Modelle wurde die Übertragbarkeit der Modelle auf neue Daten und die Stabilität der einzelnen Schätzer und Einflussfaktoren überprüft.

Die Übertragbarkeit der Modelle auf neue Daten wurde mit Hilfe einer *Kreuzvalidierung* getestet. Dazu wird der vorhandene Datensatz zufällig aufgespalten: An einem Teil wird das Modell entwickelt, am Rest der Daten wird die Vorhersagegüte geprüft. Diese Aufspaltung wird mehrmals neu zufällig durchgeführt.

Durch 10-fache Kreuzvalidierungen wurden Modellgüten auf „neuen“ Daten berechnet. Da diese nur unwesentlich über den Modellgüten des finalen Modells auf bekannten Daten lag, ist von einer guten Übertragbarkeit der Modelle auszugehen.

Um die Stabilität der Schätzer und Einflussfaktoren zu testen, wurde das Bootstrapping-Verfahren angewandt. Während die Schätzer dabei denen der finalen Modelle sehr ähnlich und damit sehr stabil waren, waren bei der Auswahl der Einflussfaktoren auch solche dabei, die im Grenzbereich der statistischen Signifikanz lagen, so dass sie manchmal ins Modell eingeschlossen wurden und manchmal nicht. Letztere Ergebnisse legen daher nahe, die Validierung in Zukunft zu wiederholen, um die Stabilität und die Übertragbarkeit der Modelle auf neue Daten kontinuierlich sicherzustellen.

### *Entwicklung eines anwenderfreundlichen Rückmeldekonzpts*

Auf Basis der Ergebnisse aus der Entwicklung des Bewertungskonzeptes für die Rehabilitandenbefragung wurde ein Rückmeldekonzpt erarbeitet. Um die Nutzerzentrierung der Rückmeldung sicherzustellen, wurden drei Fokusgruppen durchgeführt. In den Fokusgruppen setzten sich insgesamt 25 erfahrene Nutzer der Rückmeldung der DRV im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation aus Rehabilitationskliniken sowie der Deutschen Rentenversicherung mit deren Gestaltung und Inhalten auseinander.

Wichtig war den Fokusgruppenteilnehmern insbesondere:

- Nachvollziehbare Berechnung der Qualitätspunkte aus den Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung (inkl. Zuordnung der einzelnen Fragen zu den (Unter-)Konstrukten)

- Übersichtliche Rückmeldung mit kurzer Zusammenfassung
- Möglichst viele grafische Darstellungselemente
- Einfache Einordnung der eigenen Leistung in die Gesamtergebnisse aller Fachabteilungen
- Eine möglichst zeitnahe Rückmeldung

Das Rückmeldekonzept wurde anschließend gemäß den Fokusgruppenergebnissen angepasst. Berechnet und im Rückmeldekonzept dargestellt werden insgesamt vier Qualitätspunktwerte für jede Fachabteilung: Rehabilitandenzufriedenheit aus Elternsicht (Kinder bis einschließlich 11 Jahre), subjektiver Behandlungserfolg aus Elternsicht, Rehabilitandenzufriedenheit aus Sicht der Jugendlichen (12 bis 18 Jahre) und subjektiver Behandlungserfolg aus Sicht der Jugendlichen.

### **Schlussfolgerung**

Durch die im Rahmen dieses Projektes entwickelte Adjustierungsstrategie wird die Schätzung der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs eines Rehabilitanden anhand seiner individuellen Merkmalskombinationen ermöglicht. Aggregiert man diese für alle Rehabilitanden einer bestimmten Fachabteilung, ergibt sich der bei üblicher Behandlungsqualität zu erwartende Zufriedenheits- bzw. subj. Behandlungserfolgswert für diese Fachabteilung. Diese werden dann den tatsächlich erreichten Werten gegenübergestellt.

Dabei sind vorbestehende Unterschiede bei in den Befragungs- und Routinedaten enthaltenen ergebnisrelevanten Merkmalen kompensiert. Dazu gehört beispielsweise die Hauptdiagnosegruppe, die sowohl im Kinder- als auch im Jugendfragebogen einen signifikanten Einfluss auf die Zufriedenheit und den subjektiven Behandlungserfolg hatten. Sofern es noch weitere, in den Befragungs- oder Routinedaten weder direkt noch indirekt abgebildete Besonderheiten geben sollte, sind diese ggfs. bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Konkrete Hinweise auf solche Einflüsse ergaben sich bei den umfangreichen Analysen im Projekt aber nicht.

Die adjustierten Auswertungen zur Rehabilitandenbefragung im Kinder- und Jugendbereich ermöglichen insofern einen sachgerechten Einrichtungsvergleich und können damit als Qualitätsindikatoren dienen.