

# Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung

Dr. Teresia Widera

Die Einbindung des Rehabilitanden in die Bewertung der durchgeführten Reha-Maßnahme ist ein zentrales Anliegen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung (RV). An der Rehabilitandenbefragung beteiligen sich alle von der RV federführend belegten Reha-Einrichtungen und Fachabteilungen. Für die stationäre und die ambulante Rehabilitation werden unterschiedliche Erhebungsinstrumente eingesetzt. Ferner existieren unterschiedliche Fragebogenvarianten für die somatischen Indikationen und den Bereich Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen. Auch wenn sich die Qualitätssicherung rehabilitativer Leistungen nicht allein auf die Einschätzungen von Patienten stützen kann, stellen die Patientenurteile zweifellos qualitätssensitive und -relevante, auf andere Weise nicht zu gewinnende Informationen zur Qualitätsermittlung dar. Die Reha-Bewertungen von Patienten können positiv genutzt werden, da sie Verbesserungspotentiale in der Reha-Einrichtung aufzeigen und Hinweise auf Versorgungslücken geben können. In den folgenden Ausführungen werden ausgewählte Ergebnisse der aktuellen Rehabilitandenbefragung in den somatischen Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation vorgestellt.

## 1. Die Rehabilitandenbefragung als Bestandteil der Aktivitäten zur Reha-Qualitätssicherung

Mit über einer Million durchgeführter medizinischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ist die Deutsche Rentenversicherung der größte Rehabilitationsträger in Deutschland<sup>1</sup>. Sie trägt damit eine besondere Verantwortung für den Versorgungsbereich der Rehabilitation. Seit 1994 werden daher zum Zweck der Qualitätssicherung vergleichende Analysen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der durchgeführten Rehabilitationen vorgenommen<sup>2</sup>.

Die RV bezieht die subjektive Wahrnehmung des Rehabilitanden durch eine kontinuierliche Rehabilitandenbefragung in die Qualitätssicherung der Rehabilitation ein. Die Rehabilitandenbefragung erfasst die subjektive Zufriedenheit mit der Ausgestaltung der Reha-Prozesse in der Reha-Einrichtung und ermittelt den Erfolg der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht. Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung werden regelmäßig an die Rentenversicherungsträger (RV-Träger) und die Reha-Einrichtungen zurückgemeldet<sup>3</sup>.

## 2. Neuer Fragebogen – neue Ergebnisse

Der Fragebogen zur Rehabilitandenbefragung in den somatischen Indikationen der stationären medizi-

nischen Rehabilitation wurde in einem wissenschaftlichen Projekt überarbeitet und im Rahmen einer qualitativen und quantitativen Untersuchung erprobt. Die Weiterentwicklung umfasste das Fragebogendesign, die Fragetypen, die Frageformulierungen sowie die Antwortformate und führte zur Straffung und Vereinheitlichung des Fragebogens. Hinzu kam die Aufnahme sog. ereignisorientierter Fragen, mit denen beobachtbare, qualitätsrelevante Ereignisse der Reha-Behandlung angesprochen werden. Des Weiteren werden im neuen Fragebogen Sachverhalte erfragt, die die Behandlungsergebnisse nach der Rehabilitation beeinflussen können, wie z. B. Selbsthilfeaktivitäten, Nachsorgebemühungen oder das Auftreten kritischer, belastender Lebensereignisse zwischen der Rehabilitation und dem Zeitpunkt der Beantwortung des Fragebogens.

Nicht zuletzt wurden die bisherigen Erfahrungen der RV-Träger, der Kliniker, der Experten und der Rehabilitanden mit der Befragung berücksichtigt.

Seit Oktober 2007 wird der neue Fragebogen in der Routine der Reha-Qualitätssicherung eingesetzt. Die folgenden Befragungsergebnisse werden auf der Grundlage dieses Fragebogens aufbereitet. Für den Befragungszeitraum von Oktober 2007 bis August 2008 wurden insgesamt 126 183 Fragebögen in den somatischen Indikationsbereichen versandt. Nach einmaliger Erinnerung lag der Fragebogenrücklauf bei durchschnittlich 55%. Insgesamt haben 69 481 Rehabilitanden aus 569 Reha-Einrichtungen geantwortet. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden betrug 52,9 Jahre. Mit 52% überwogen Frauen in der Rehabilitanden-Stichprobe.

## 3. Zufriedenheit der Rehabilitanden

Wie Abb.1 (s. S.154) zeigt, ist das durchschnittliche Gesamturteil zu der durchgeführten Rehabilitation

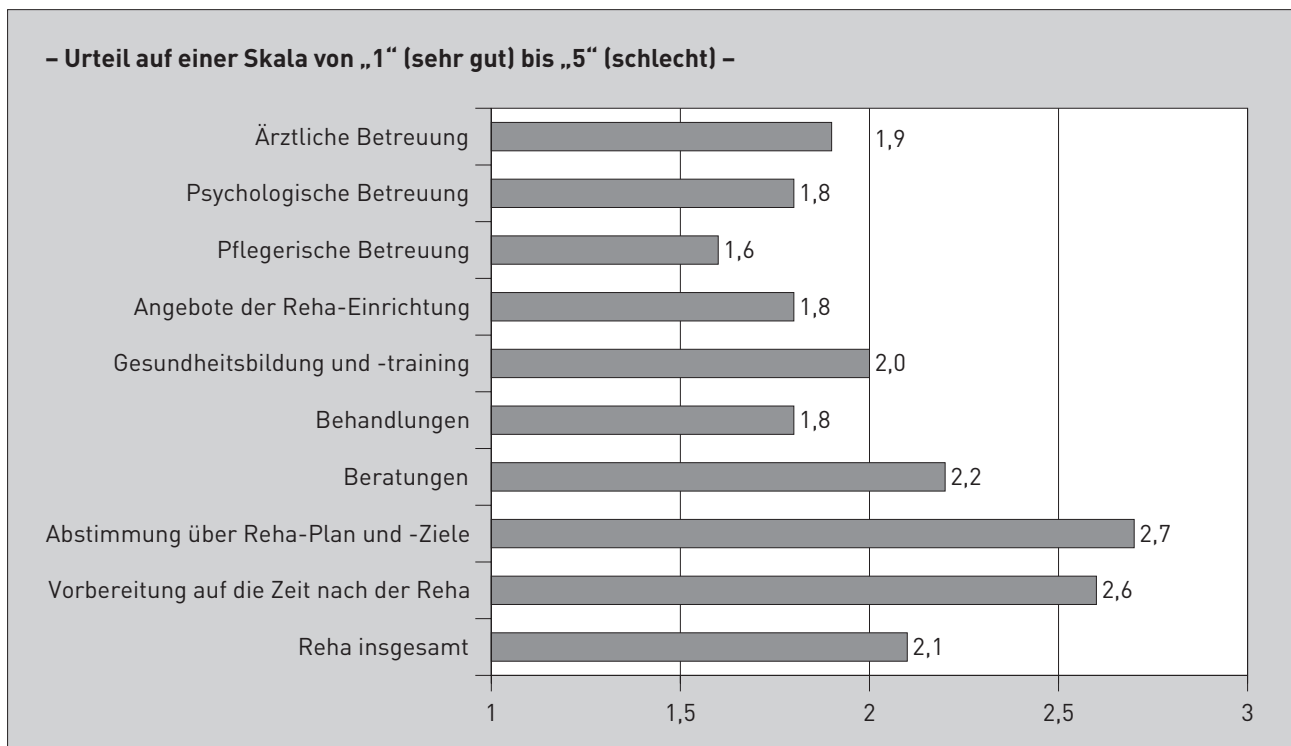
Dr. Teresia Widera ist Mitarbeiterin im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie, Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

<sup>1</sup> Korsukéwitz, Rehfeld (2009): Rehabilitation und Erwerbsminderung – ein aktueller Überblick. RVaktuell, 10/2009, S. 335–344.

<sup>2</sup> Klosterhuis, Zander, Naumann (2009): Rehabilitation der Rentenversicherung – Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. Die BG, Prävention, Organisation, Recht, 9/2009, S. 396–402.

<sup>3</sup> Widera, Klosterhuis (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: RVaktuell, 6/07, S. 177–182.

**Abb. 1: Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha-Maßnahme**



Somatische Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation. Befragung Oktober 2007 bis August 2008. Ergebnisbericht 2009. N = 69 481.

positiv und liegt bei einem Wert von „2,1“ auf einer Skala von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht).

Insgesamt ist die Gesamtzufriedenheit in hohem Maße auf die positive Beurteilung des Reha-Teams (Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflegekräfte) zurückzuführen. Dabei sind die Rehabilitanden am zufriedensten mit der Betreuung durch die Pflegekräfte (Benotung 1,6). Ferner spielt das positive Urteil hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Angebote der Reha-Einrichtung für die Zufriedenheit eine große Rolle. Die seit Einführung von Rehabilitandenbefragungen als Teil der externen Reha-Qualitätssicherung der RV zu verzeichnende – mit einer Note von 2,7 – vergleichsweise schlechte Beurteilung des Bereiches Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele setzt sich fort<sup>4</sup>. Die rehabilitandenseitigen Einschätzungen zeigen ferner, dass die Unterstützung für die Zeit nach der Rehabilitation während der Behandlung intensiviert werden könnte (Benotung 2,6).

#### 4. Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden

Abb. 2 zeigt, welche Bereiche sich aus Sicht der Rehabilitanden durch die somatische Rehabilitation verbessert haben: Knapp drei von vier Patienten (73 %) sehen in der Rehabilitation einen Erfolg. Die Mehrzahl der Befragten (74 %) gibt eine Linderung der psychophysischen Beschwerden an, d. h., der subjektive Behandlungserfolg betrifft eher Krankheitssymptome, die sowohl eine psychische als auch eine körperliche Komponente aufweisen, wie z. B. Er-

schöpfung, Niedergeschlagenheit oder Schlafstörungen.

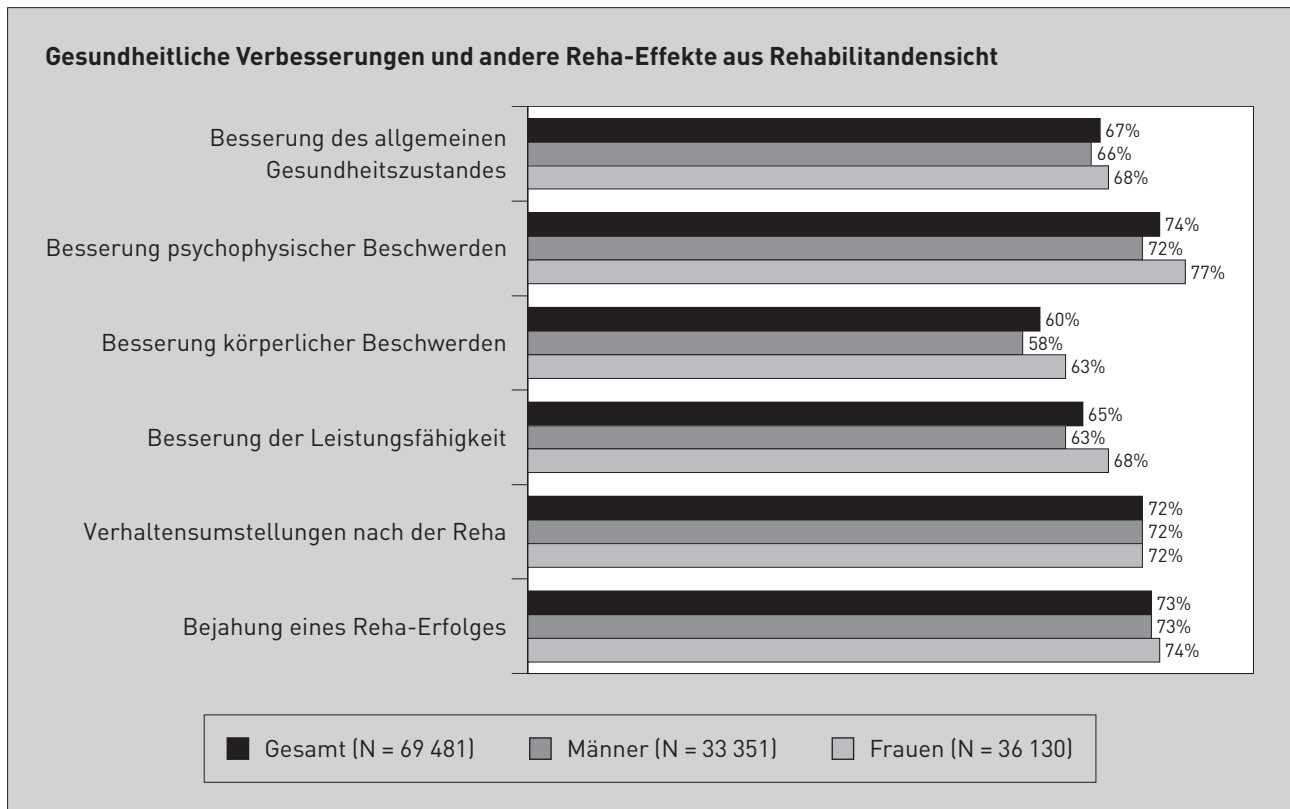
Die rein körperlichen Beschwerden schätzen dagegen lediglich 60 % der Rehabilitanden als gebessert ein, was durch den chronischen – oft langjährigen – Verlauf der vorliegenden Erkrankung erklärbar ist. Fast drei Viertel der Rehabilitanden (72 %) sehen sich durch die Rehabilitation dazu motiviert, ihr Verhalten im Alltag umzustellen, sich z. B. einer Selbsthilfegruppe anzuschließen, sich sportlich zu betätigen oder sich anderweitig gesundheitsbewusst zu verhalten. Im Geschlechtervergleich bewerten Frauen die Rehabilitation tendenziell positiver.

#### 5. Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen nach der Rehabilitation

Es werden fast drei Viertel der Rehabilitanden durch die Rehabilitation dazu angeregt, ihr Verhalten umzustellen (vgl. dazu Tabelle 1, S.156). Dabei führt eine allgemeine Veränderung der Lebensgewohnheiten im Sinne von „ausgewogener ernähren“, „Alkoholkonsum reduzieren“ und „weniger rauchen“ die Liste der Verhaltensumstellungen an (72 %). Hingegen wird nur von etwa jedem 10. Rehabilitanden der Anschluss an Selbsthilfe- oder Gesprächsgruppen bejaht, was vor dem Hintergrund der hier im Mittel-

<sup>4</sup> Meyer, Pohontsch, Maurischat, Raspe (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Jacobs-Verlag, ISBN: 978-3-89918-166-1.

**Abb. 2: Behandlungserfolg aus Sicht der Rehabilitanden**



Somatische Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation. Befragung Oktober 2007 bis August 2008. Ergebnisbericht 2009. N = 69 481.

punkt stehenden somatischen Indikationen erklärbar ist (vgl. dazu Spalte „Gesamt“). In der Psychosomatik und der Suchtrehabilitation ergeben sich hier weitaus höhere Teilnahmequoten, die jedoch nicht Gegenstand dieser Auswertungen sind.

Welche gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen nach der Rehabilitation begonnen werden, hängt von der jeweiligen Indikation ab. Geschätzt wird, dass die Zahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland bei ca. 100 000 liegt (vgl. dazu [www.nakos.de](http://www.nakos.de)). Selbsthilfe- oder Gesprächsgruppen spielen bei onkologischen oder neurologischen Erkrankungen eine größere Rolle als bei orthopädischen Erkrankungen. Onkologische und neurologische Rehabilitanden scheinen eher daran interessiert zu sein, sich gegenseitig zu unterstützen und Mut zu machen, als orthopädische Rehabilitanden. Ferner schließen sich Betroffene bestimmter Krankheitsgruppen auch eher zu Selbsthilfegruppen zusammen als andere. Krankheiten der Bewegungsorgane sind einer der Indikationsschwerpunkte der ausgearbeiteten Programme der intensivierten Rehabilitationsnachsorge, wie sie von den RV-Trägern angeboten werden.

## 6. Erfahrungen der Rehabilitanden mit den Behandlungsabläufen während der Reha

Sog. Ereignisfragen thematisieren Behandlungserfahrungen des Rehabilitanden, wie z.B. Behand-

lungsausfälle, lange Wartezeiten oder Therapeutenwechsel, die von den Rehabilitanden während der Rehabilitation erlebt oder beobachtet wurden (vgl. dazu Tabelle 2, S.157). Diese Formen der Behandlungsdiskontinuität stellen oft Schlüsselsituationen aus Sicht der Rehabilitanden dar, die die Wahrnehmung der Qualität der Versorgung beeinflussen.

Die Zufriedenheit und das Auftreten von qualitätsrelevanten Ereignissen während der Rehabilitation sind nicht unabhängig voneinander. Die Kontinuität des Behandlungsprozesses stellt einen wichtigen Erfolgsfaktor dar: Im Vergleich zu Rehabilitanden, die keinerlei Behandlungsausfälle während der Rehabilitation erlebten, bewerteten Rehabilitanden, die von mehr als drei Behandlungsausfällen berichteten, den Reha-Erfolg mehr als 4-mal so häufig mit einer schlechten Note. Durch die selteneren Behandlungsausfälle und Ärztewechsel wird ggf. das Verhältnis zwischen Patient und Reha-Team gestärkt und die Versorgung kann besser abgestimmt und langfristig gesichert werden.

Die Behandlung soll die Qualität eines kontinuierlichen Prozesses erreichen und aufrechterhalten. Die Behandlungskontinuität setzt auch Beständigkeit in den interpersonellen Beziehungen zwischen dem Kranken und dem multiprofessionellen Behandlungsteam voraus. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass idealerweise dem mit der Reha-

**Tabelle 1: Anregung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen als Folge der Reha-Maßnahme**

„Hat die Reha Sie dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten?“				
Aktivität	Bejahende Angaben in %			
	Gesamt N = 69 481	Orthopädie N = 31 820	Neurologie N = 4 843	Onkologie N = 11 811
<b>Veränderungen der Lebensgewohnheiten</b>	72	68	66	68
<b>Ausdauersport</b>	66	65	56	62
<b>Umstellung der Ernährung</b>	56	49	47	56
<b>Krankengymnastik</b>	52	65	55	45
<b>Entspannungsübungen</b>	44	42	42	54
<b>Reha-Sport</b>	41	42	31	33
<b>Gesundheitskurs</b>	36	40	21	28
<b>Programme zur intensivierten Nachsorge</b>	18	29	10	8
<b>Selbsthilfe- oder Gesprächsgruppe</b>	11	7	14	18

Somatische Indikationen der stationären medizinischen Reha. Befragung Oktober 2007 bis August 2008. Ergebnisbericht 2009. N = 69 481. Gesamtauswertung und Ergebnisse von drei Beispielindikationen.

bilitation zufriedenen Patienten während der gesamten Dauer der Reha-Maßnahme dieselben Ansprechpartner zeitlich beständig zur Verfügung standen, diese einen umfassenden Überblick über seine Krankengeschichte hatten, mit seinem Therapiefortschritt vertraut waren und ihm mit Respekt begegneten. Dabei nahm die Person des Arztes in der Wahrnehmung des Rehabilitanden eine zentrale Rolle in der Rehabilitation ein, die von anderen Mitgliedern des Reha-Teams nicht vollständig übernommen werden konnte<sup>5</sup>.

### 7. Subjektive Einschätzung der langfristigen Erwerbsfähigkeit in der Zukunft

Der Fragebogen zur Rehabilitandenbefragung in der medizinischen Rehabilitation enthält auch eine Frage zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit. Das Item bezieht sich auf die Erwartung, aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes bis zum Erreichen des (gesetzlichen) Rentenalters berufstätig sein zu können<sup>6</sup>.

Analysiert man die Erwerbsfähigkeitserwartungen der Rehabilitanden, was ihre berufliche Zukunft angeht, zeigt sich das in Abb. 3 (s. S. 158) dargestellte Bild: Rund ein Drittel der Rehabilitanden (34 %) meint, langfristig bis zum Erreichen des Rentenalters berufstätig sein zu können. Annähernd ein weiteres Drittel der Befragten (32 %) verneint eine fortgesetzte Berufstätigkeit bis zur Rente. Das letzte Drittel (34 %) ist unsicher, ob eine Weiterbeschäftigung bis zum Rentenalter möglich sein wird.

Die künftige Erwerbsfähigkeitseinschätzung variiert indikationsspezifisch. Pneumologische, dermatologische und onkologische Rehabilitanden weisen die optimistischsten Erwerbsfähigkeitseinschätzungen auf, wohingegen neurologische, internistische und

orthopädische Rehabilitanden die pessimistischsten Urteile zur eigenen Erwerbsfähigkeit in der Zukunft fällen. Der gastroenterologische und der kardiologische Versorgungsbereich liegen mit ihren Erwartungen zur Leistungsfähigkeit bis zur Rente in der Mitte der Verteilung. Die subjektiven Erwerbsprognosen müssen sich nicht mit den objektiven Daten zum weiteren Erwerbsverlauf von Rehabilitandengruppen decken. So weisen z. B. orthopädische Rehabilitanden vergleichsweise ungünstige Erwerbsfähigkeitseinschätzungen auf, obgleich ein deutlicher Rückgang der Frühberentungen wegen Erkrankungen der Bewegungsorgane in den letzten zehn Jahren zu beobachten war<sup>7</sup>.

Auf den ersten Blick verwundern die optimistischen Einschätzungen der Krebspatienten. Sie scheinen das persönliche Risiko für Erwerbsunfähigkeit, das mit der Krebserkrankung einhergehen kann, niedriger einzuschätzen als die meisten anderen Rehabilitandengruppen. Ggf. nehmen Krebspatienten als Anpassungsreaktion selbstwertstützende Attributionen in Form einer optimistischen Grundhaltung vor, um besser mit der Bedrohung, die von der Krankheit ausgeht, umzugehen<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Meyer, Brüggemann, Widera (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, 3/2008, S. 94–99.

<sup>6</sup> Mittag, Raspe (2003): Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prozesse der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4 279 Mitgliedern der Gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung zu Rehabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. Die Rehabilitation, 42, S. 169–174.

<sup>7</sup> Vgl. Fn. 1.

<sup>8</sup> Aronson, Wilson, Akert (2004): Sozialpsychologie. Verlag: Pearson Studium, 4. Auflage.

**Tabelle 2: Behandlungserfahrungen des Rehabilitanden während der Reha-Maßnahme**

Aussagen der Rehabilitanden zu Behandlungsabläufen während der Rehabilitation					
	Nie	1-mal	2-mal	3-mal	> 3-mal
<b>Häufigkeit ausgefallener Behandlungen</b>	70 % Ortho	15 % Ortho	8 % Ortho	3 % Ortho	4 % Ortho
	56 % Neuro	20 % Neuro	12 % Neuro	6 % Neuro	7 % Neuro
	71 % Onko	16 % Onko	8 % Onko	3 % Onko	3 % Onko
	68 % Gesamt	16 % Gesamt	8 % Gesamt	3 % Gesamt	5 % Gesamt
<b>Häufigkeit des Ärztewechsels</b>	63 % Ortho	26 % Ortho	6 % Ortho	4 % Ortho	1 % Ortho
	59 % Neuro	27 % Neuro	8 % Neuro	4 % Neuro	2 % Neuro
	69 % Onko	23 % Onko	5 % Onko	2 % Onko	1 % Onko
	64 % Gesamt	25 % Gesamt	6 % Gesamt	3 % Gesamt	1 % Gesamt
<b>Häufigkeit des Therapeutenwechsels</b>	36 % Ortho	24 % Ortho	16 % Ortho	8 % Ortho	14 % Ortho
	41 % Neuro	26 % Neuro	18 % Neuro	6 % Neuro	9 % Neuro
	41 % Onko	23 % Onko	17 % Onko	8 % Onko	10 % Onko
	39 % Gesamt	23 % Gesamt	17 % Gesamt	8 % Gesamt	13 % Gesamt

Somatische Indikationen der stationären medizinischen Reha. Befragung Oktober 2007 bis August 2008. Ergebnisbericht 2009. N: 69 481 Rehabilitanden.

Die Einflüsse der Indikation auf die subjektive Erwerbsprognose sind nicht unabhängig von anderen soziodemographischen, krankheitsbezogenen, reha- und arbeitsspezifischen Variablen. So sind z. B. negative Erwerbsprognosen umso häufiger, je mehr gesundheitliche Beschwerden der Rehabilitand angibt (odds ratio: 4,7 als Assoziationsmaß für zwei kategoriale Variablen, die das Chancenverhältnis angibt), wenn Zeiten der Arbeitslosigkeit vor der Rehabilitation bestanden haben (odds ratio: 3,3) oder wenn eine Erwerbsminderungsrente vor der Rehabilitation beantragt wurde (odds ratio: 8,9). Es gilt, die Vorhersagekraft der subjektiven Erwartungen der Rehabilitanden bezüglich ihrer Erwerbsfähigkeit anhand ihres sozialmedizinischen Verlaufs in der Reha-Statistik-Datenbasis zu prüfen (prognostische Validität).

### 8. Faire Einrichtungsvergleiche durch Adjustierung

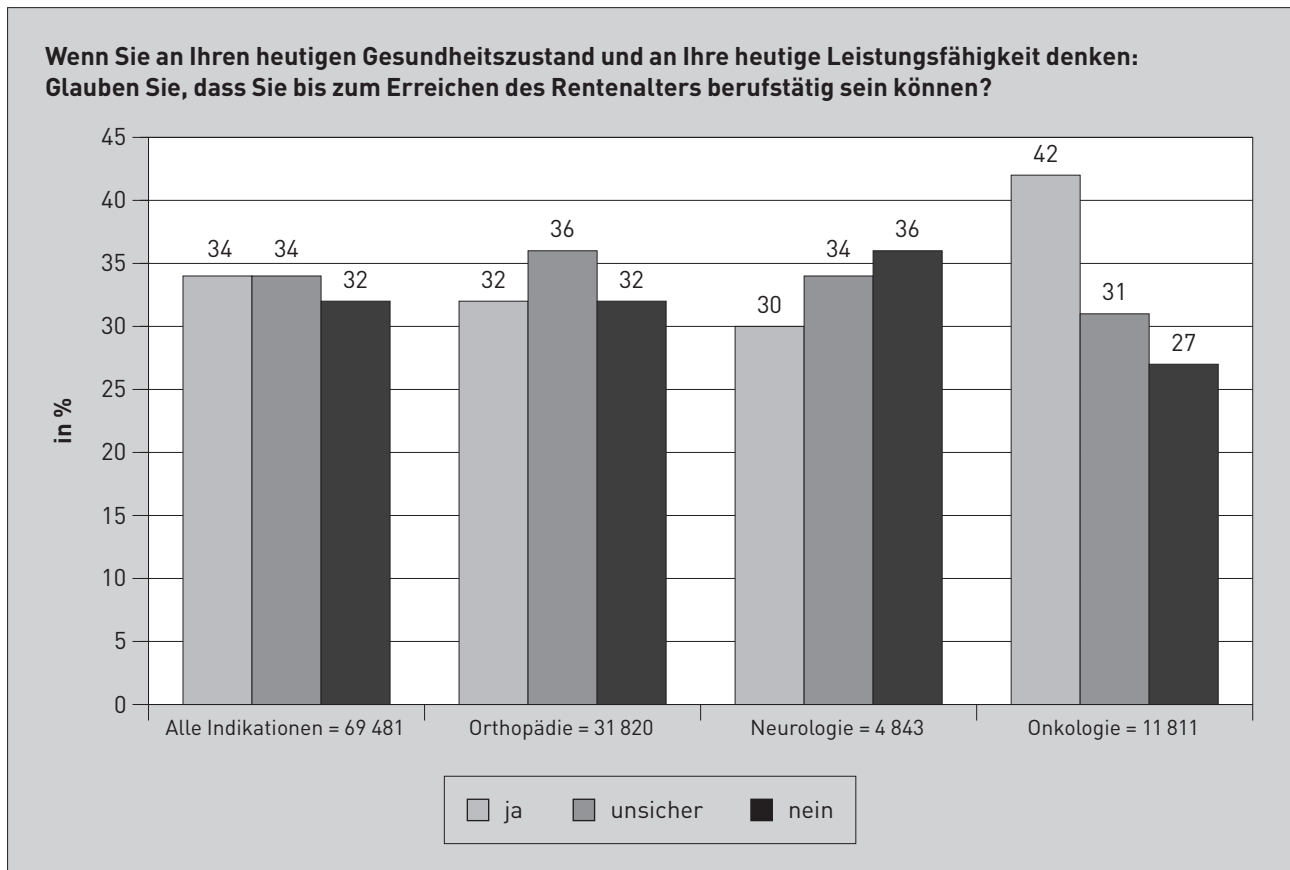
Die Überarbeitung des Fragebogens zur Rehabilitandenbefragung erforderte die Anpassung des Rückmeldekonzepthes der Ergebnisse der Befragung. Als wichtigste Neuerung des Ergebnisberichts ist die ergänzende Berechnung von adjustierten Werten auf den zusammenfassenden Skalen der Rehabilitandenbefragung zu nennen. Damit wird die spezifische Rehabilitandenstruktur jeder Einrichtung statistisch berücksichtigt, was eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Einrichtungen ermöglicht. Als statistisches Verfahren zur Adjustierung wurde ein regressionsanalytisches Modell mit 15 Variablen (Patientencharakteristika) gewählt. Die Bestimmung der adjustierten Werte erfolgte indikationsspezifisch<sup>9</sup>. Zur verdichteten Darstellung der Ergebnisse wurde eine Aggregation über die einzelnen Fragen des jeweiligen Frageblocks vorgenommen. Es wurden insgesamt 16 zusammenfassende Skalen gebildet, von denen 10 die Zufriedenheit des Rehabilitanden abbilden und 6 die Urteile zum wahrgenommenen Reha-Erfolg darstellen. Ergänzend wird für jede der beiden Dimensionen ein Gesamtwert durch Mittelung gebildet. Es ergeben sich also insgesamt 18 aggregierte Werte.

Alle ausgewählten Adjustierungsvariablen waren auch tatsächlich bedeutsam. Der Einfluss der Adjustierungsvariablen variierte in Abhängigkeit von der zugrunde liegenden Indikation, der Befragungsdimension (Zufriedenheit oder subjektiver Reha-Erfolg) und der in Frage stehenden Antwortskala. Prüft man die Bedeutsamkeit der einzelnen Variablen anhand der Anzahl der Einflüsse auf den 18 Ergebnisskalen, so stellen sich Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten 12 Monaten vor der Rehabilitation als die wichtigste Variable (17 Einflüsse) und der Status als Altersrentner als die unwichtigste Variable (3,5 Einflüsse) im Adjustierungsmodell heraus.

Einschränkend sei darauf verwiesen, dass dem Datenmaterial und der statistischen Technik jedoch Grenzen gesetzt sind, weshalb von „Idealisierungen“ risikoadjustierter Daten abzusehen ist. Der Adjustierungsgewinn ist nicht so hoch, wie von mancher Einrichtung erwartet wurde. Schlechte Kliniken bleiben auch mit Adjustierung schlecht. Keine Einrichtung hat nur „ungünstige“ Patientenmerkmale. Erfolgseinschätzungen profitieren mehr von der Adjustierung als Zufriedenheitsangaben. Nicht zu vergessen ist, dass jenseits aller Adjustierungsbemühungen immer Vergleichseinrichtungen existieren, die ein genauso

<sup>9</sup> Farin, Jäckel, Widera (2009): Prädiktoren der Patientenzufriedenheit in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung. In: DRV-Schriften, Band 83, S. 146–148.

**Abb. 3: Ergebnisse zur subjektiven Erwerbsprognose**



Somatische Indikationen der stationären medizinischen Rehabilitation. Befragung Oktober 2007 bis August 2008. Ergebnisbericht 2009. N = 69 481. Gesamtauswertung und indikationsspezifische Differenzierung anhand von drei Beispielindikationen.

„problematisches“ Patienten Klientel aufweisen, aber trotzdem bessere Bewertungen erhalten, weil sie auf ihre als „schwierig“ deklarierten Rehabilitanden besser eingehen. D. h., für die Reha-Träger ist nicht ohne weiteres zu unterscheiden, ob eine Adjustierung z. B. für die soziale Schicht der Rehabilitanden zu Recht ein schichtassoziertes Risiko für schlechtere Ergebnisse kontrolliert oder zu Unrecht eine ggf. schlechtere Behandlung/Betreuung sozial Benachteiligter (gemessen am Bildungsstand etc.) maskiert<sup>10</sup>.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen zur Qualitätsverbesserung in den Einrichtungen eingesetzt werden. Ergebnisunterschiede können durch qualitätsrelevantes Handeln beeinflusst und verändert werden. Das erfordert eine Umsetzung externer Qualitätssicherungsergebnisse in internes Qualitätsmanagement. Die tatsächlichen Ergebnisse veranschaulichen die Qualitätsstärken und -schwächen der jeweiligen Einrichtung. Vor diesem Hintergrund stellen die RV-Träger die reale (unadjustierte) Zufriedenheit der Rehabilitanden in den Mittelpunkt ihrer Qualitätsbetrachtungen. Die ergänzende Berechnung von adjustierten Werten hat nur eine Hilfsfunktion für den Einrichtungsvergleich: Durch die Adjustierung der Rehabilitandenstruktur treten Ergebnisunterschiede, die auf einrichtungsspezifische Faktoren wie das Behandlungs-

Betreuungsangebot und seine Qualität zurückzuführen sind, in den Vordergrund.

## 9. Fazit

Der überarbeitete Fragebogen und das darauf aufbauende optimierte Rückmeldekonzept der Ergebnisse stellen eine wichtige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung dar. Es ist mit einer höheren Akzeptanz bei den befragten Rehabilitanden und mit genaueren Ergebnissen zu rechnen, die eine wesentliche Grundlage für das interne Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen liefern.

Mit der Adjustierung wird eine wichtige methodische Anforderung an belastbare Einrichtungsvergleiche erfüllt. Die vorgenommene Adjustierung war wichtig und geeignet, die Fairness des Einrichtungsvergleichs sicherzustellen. Die teilweise recht deutliche Heterogenität zwischen den Indikationen und auch zwischen den Skalen weist darauf hin, dass die Entscheidung für die Erstellung indikations- und skalenspezifischer adjustierter Werte richtig und sinnvoll war. Künftig

<sup>10</sup> Widera [2009]: Indikatoren einer erfolgreichen Rehabilitation sowie Einflussfaktoren auf das Reha-Ergebnis. In: Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung, Hrsg.: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 167–194.

sollte das Adjustierungsmodell um weitergehende Informationen zum Eingangsstatus der Rehabilitanden erweitert werden. Ferner sollte sichergestellt werden, dass alle Faktoren den Patienten vor Beginn der Rehabilitation kennzeichnen, um nicht durch die Behandlung beeinflusst zu werden.

Inwieweit die subjektive Erwerbsprognose eine etwaige Rückkehr an den Arbeitsplatz oder eine bis zum gesetzlichen Rentenalter dauerhafte berufliche Integration vorhersagen kann, bleibt unklar. Eine weitergehende Analyse der Daten in der notwendigen Differenziertheit ist erforderlich. Es ist anzunehmen, dass die subjektive Erwerbs(fähigkeits)prognose von Rehabilitanden negativer ist als bei einer Repräsentativbefragung von Arbeitnehmern ohne direkten Reha-Bezug, da die Bewilligung einer Reha-Maßnahme eine durch chronische Krankheiten gefährdete bzw. bereits geminderte Erwerbsfähigkeit voraussetzt und die Rehabilitanden durchschnittlich ein höheres Lebensalter aufweisen als eine repräsentative Gruppe von versicherungspflichtig Beschäftigten, d. h., es handelt sich um eine selektive Stichprobe. Wie aus dem DGB-Index „Gute Arbeit 2008“ im Auftrag des DGB hervorgeht, bezweifelt jeder Dritte (33%), unter

den derzeitigen Arbeitsbedingungen seine jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben zu können; nur jeder zweite Beschäftigte (51%) meint, seiner Arbeit bis zum Rentenalter nachgehen zu können. Wurde der Arbeitnehmer anhand der Kriterien befristetes Arbeitsverhältnis, Leiharbeit, niedriger Bruttoarbeitslohn als prekär beschäftigt definiert, hält dieser eine Weiterbeschäftigung bis zum Rentenalter sogar nur zu 42 % für wahrscheinlich. Was das Alter anbelangt, treffen die mittleren Jahrgänge die schlechtesten Erwerbsprognosen für die Zukunft<sup>11</sup>.

Vor dem Hintergrund der Patientenorientierung verändert sich die Stellung des Patienten im System der medizinischen Versorgung. Patientenrelevante Parameter sind immer stärker in die Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen einzubeziehen. Die sog. Surrogatparameter, wie z. B. Laborwerte, haben nur indirekt Relevanz für die Patienten. Die Qualität der Behandlung muss sich für den einzelnen Patienten auch nachhaltig in seinem eigenen Empfinden niederschlagen. Die Zufriedenheit der Patienten mit der rehabilitativen Versorgung und der subjektiv eingeschätzte Reha-Erfolg sind wichtige Indikatoren der Behandlungsqualität und von entscheidender Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf, für die Lebensqualität des Rehabilitanden, für die Bewältigung der Erkrankung (Genesungsfaktor) und für das Reha-Outcome.

---

<sup>11</sup> DGB (2009): DGB-Broschüre „Arbeitsfähig bis zu Rente?“, Repräsentativumfrage unter 6 835 Beschäftigten, Sonderauswertung zum DGB-Index Gute Arbeit 2008 – Report 2009.