

Überarbeitung der Adjustierung in der Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung

Agnes Gregorkiewicz, Mona Sägebarth, Dr. Margarete Ostholt-Corsten

Die Rehabilitandenbefragung ist ein wichtiges Instrument zur Evaluierung der während der Rehabilitation erreichten Ergebnisse. Die regelmäßige Rückmeldung der Ergebnisse an die Reha-Fachabteilungen erfolgt einrichtungsvergleichend auf der Grundlage von sog. Vergleichsgruppen. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung mit Hilfe der Adjustierung um den Einfluss von Merkmalen auf Seiten der Rehabilitanden, die einen Einfluss auf den Verlauf und die Bewertung der Rehabilitation haben können, mathematisch bereinigt. Die aktuell überarbeitete Adjustierung stellt sowohl eine Bestätigung als auch eine Erweiterung der bisherigen Adjustierungsstrategie dar. Darüber hinaus wurde unter Einbeziehung verschiedener Experten das Konzept für die Rückmeldung der Ergebnisse überarbeitet.

1. Hintergrund

Die Patienten- bzw. Rehabilitandenorientierung wird heute als bedeutender Bestandteil von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung angesehen. Demzufolge nimmt auch in der Qualitätssicherungsroutine der Deutschen Rentenversicherung die Befragung von Rehabilitanden eine zentrale Rolle ein. Bereits seit 1997 können Rehabilitanden im Anschluss an ihre Reha durch Ausfüllen eines Fragebogens an der Qualitätssicherung mitwirken. Die Befragung erfolgt über eine kontinuierliche Stichprobenerhebung. Monatlich werden jeweils rd. 20 Patienten pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, acht bis zwölf Wochen nach ihrer Rehabilitation angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation befragt. Insofern stellt die retrospektiv angelegte Rehabilitandenbefragung auch ein wichtiges Instrument zur Evaluierung der Nachhaltigkeit der in Rehabilitationen erreichten Ergebnisse dar. In den Ergebnisberichten zur Qualitätssicherung werden sowohl die Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Erfolg der Leistung aus Sicht der Rehabilitanden dargestellt.

Agnes Gregorkiewicz ist Mitarbeiterin, Mona Sägebarth ist Referatsleiterin im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Dr. Margarete Ostholt-Corsten ist Leiterin dieses Bereichs.

Für körperliche und psychische Erkrankungen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen), für die stationäre und die ambulante Rehabilitation sowie für Kinder und Jugendliche gibt es jeweils unterschiedliche Fragebögen.

Die regelmäßige Rückmeldung der Ergebnisse an die Reha-Einrichtungen bzw. Reha-Fachabteilungen erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (§ 37

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) einrichtungsvergleichend. Um die Auswirkung von Rehabilitandenmerkmalen und deren unterschiedliche Verteilung auf die Fachabteilungen einschätzen und mathematisch kontrollieren zu können, wird auf statistische Verfahren zurückgegriffen – die Methode der sog. Adjustierung. Dabei werden die Ergebnisse der Befragung um den Einfluss von Merkmalen auf Seiten der Rehabilitanden (z. B. Bildung, Geschlecht, Alter), welche zu unterschiedlichen Bewertungen der Maßnahme führen

können, mathematisch bereinigt. Auf diese Weise sollen faire Vergleiche zwischen den Fachabteilungen ermöglicht werden. Für die stationäre Reha werden bereits seit Jahren die Ergebnisse der verschiedenen Indikationsbereiche in adjustierter Form berichtet, basierend auf Adjustierungsmodellen, die in den Jahren 2008 bzw. 2011^{1,2,3} erarbeitet wurden.

In einem wissenschaftlich begleiteten Projekt (Adjustierung und Modifikation in der Rehabilitandenbefragung – ADMO-1) wurde die bestehende Adjustierung in der stationären medizinischen Rehabilitation überprüft und aktualisiert. Dies erfolgte in einem gemeinsamen Projektteam bestehend aus Mitarbeitern der Deutschen Rentenversicherung und Mitarbeitern des Instituts für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm. Das Projekt hatte eine Lauf-

¹ Widera (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. In: RVaktuell, S. 153–159.

² Klosterhuis, Baumgarten, Beckmann, Erbstößer, Lindow, Naumann et al. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation 49 (06), S. 356–367.

³ Klosterhuis (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. In: RVaktuell, S. 260–268.

zeit von zwölf Monaten und wurde zum Oktober 2018 abgeschlossen. Zu den wesentlichen Zielen der Überarbeitung zählte u. a. die Ausweitung der Adjustierung auf den ambulanten Bereich (somatische Indikationen), um auch ganztägig ambulante Fachabteilungen an das Konzept der indikationsbezogenen Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) der Deutschen Rentenversicherung anschließen zu können.

2. Missing-Data-Analyse und Aufbereitung der Projektdaten

Die erste Komponente des ADMO-1-Projekts sah die Analyse der fehlenden Daten (Missing-Data-Analyse) und Aufbereitung des Projektdatensatzes, die Selektion der Adjustierungsvariablen und die Entwicklung des Adjustierungsmodells einschließlich der Modellvalidierung vor.

Bei vielen Studien und Datenerhebungen sind fehlende Werte kein seltenes Phänomen. Auch bei der Rehabilitandenbefragung kommt es zu unvollständigen Datensätzen. Die Entscheidung über den Umgang mit fehlenden Werten hängt wesentlich von der Art des Ausfall-Mechanismus ab, der zuvor analysiert werden muss. Die Ergebnisse der Analyse der fehlenden Werte bei den Projektdaten zeigten, dass etwa die Hälfte der Datensätze fehlende Werte in mindestens einem Merkmal aufwies und dass die Daten sehr wahrscheinlich zufällig⁴ fehlten. Daher wurden die fehlenden Angaben in den beschriebenen Fällen mittels multipler Imputation (MI) ergänzt, um so eine möglichst große Stichprobe für die Analysen zu erhalten. Die Vorgehensweise, nur die kompletten Fälle (also ohne fehlende Werte) zu verwenden, wurde verworfen, da in diesem Fall die Stichprobe zu stark reduziert und darüber hinaus die mittlere Zufriedenheit bzw. der mittlere subjektive Behandlungserfolg tendenziell überschätzt würde. Fehlten jedoch mehr als 50% der Angaben im Fragebogen, wurden die fehlenden Werte nicht imputiert, da hier die Datenqualität als nicht ausreichend valide eingeschätzt werden muss. Diese Fälle wurden von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Bei dem beschriebenen Verfahren in der Analyse der fehlenden Werte und Aufbereitung der Projektdaten mussten demnach nur Fälle mit zahlreichen fehlenden Merkmalen ausgeschlossen werden, während Datensätze mit im Wesentlichen vollständigen Informationen (aber wenigen fehlenden Angaben) in der Auswertung verbleiben konnten.

3. Variablenselektion und Entwicklung des Adjustierungsmodells

Bei der Variablenselektion für das Adjustierungsmodell zeigte sich erwartungsgemäß eine weitgehende Bestätigung der bisher eingesetzten Variablen. Beispielsweise waren folgende Parameter in der bisherigen Adjustierung bedeutsam und sind es nachweislich auch weiterhin: Bildungsabschluss, Ge-

schlecht, Alter oder Wohnort (alte/neue Bundesländer), aber auch Langzeit-Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit vor der Reha und Aufforderung zur Reha (durch Krankenkasse oder Agentur für Arbeit). Weitere einflussreiche Faktoren sind auch, ob bereits ein Rentenantrag gestellt wurde, ob es sich bei der Reha um eine Anschlussrehabilitation (AHB) handelt oder ob Belastungen bzw. einschneidende Ereignisse nach der Reha im Leben der befragten Rehabilitanden aufgetreten sind.

Die Überarbeitung der Adjustierung bot jedoch auch die Möglichkeit, Variablen differenzierter auszuwerten oder neu aufzunehmen. So werden in der überarbeiteten Adjustierung beispielsweise die einzelnen Schulabschlüsse oder auch einzelne Altersgruppen miteinander verglichen. Zuvor wurden lediglich höhere Schulabschlüsse in zusammengefasster Form betrachtet bzw. der Altersdurchschnitt berechnet.

Eine weitere Neuerung ist die Berücksichtigung von Diagnosen und Diagnosegruppen in den Vergleichsgruppen. Diese Modifizierungen der Adjustierung wurden immer wieder von Experten aus Reha-Praxis und Verwaltung angeregt und gewünscht. Das gilt ebenso für Besonderheiten auf Fachabteilungsebene.

Die Besonderheiten auf Fachabteilungsebene werden in der überarbeiteten Adjustierung der Rehabilitandenbefragung mit Hilfe eines Mehr-Ebenen-Modells betrachtet. Dabei bilden die Rehabilitanden die erste Ebene, während die Fachabteilungen die zweite Ebene bilden. Das Mehr-Ebenen-Modell kommt zur Anwendung, wenn genügend Fachabteilungen (≥ 25) mit genügend Beobachtungen (≥ 25) vorhanden sind. Durch die Mehr-Ebenen-Analyse kann berücksichtigt werden, dass Einschätzungen der Rehabilitanden einer Fachabteilung einander ähnlicher sein könnten, als die von Rehabilitanden aus anderen Fachabteilungen. Falls solche Abhängigkeiten existieren, kommt es bei Standardverfahren (Kovarianzanalysen) möglicherweise zu verzerrten Ergebnissen. Tabelle 1 stellt (bezogen auf die Projektdaten) dar, welches Modell bei welchem Versorgungsbereich (in Abhängigkeit von der Fallzahl) zur Anwendung kam.

Durch die Einführung der Fachabteilungsebene für die Adjustierung können verschiedene Mischeffekte betrachtet werden. Bei der Zufriedenheit zeigte sich z. B., dass Männer mit der Rehabilitation tendenziell zufriedener waren als Frauen. Bei einem höheren Männeranteil in der Fachabteilung sank jedoch die Zufriedenheit – und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Die Berücksichtigung des Anteils von männlichen Rehabilitanden auf Fachabteilungsebene führt demnach zur Korrektur. Allgemeiner formuliert: ist eine bestimmte Gruppe von Rehabilitan-

⁴ Kaluscha et al. (2018): Abschlussbericht zur Adjustierung und Modifikation der Rehabilitandenbefragung (ADMO-1). Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm.

Tabelle 1: Übersicht der Adjustierungsmodelle

Indikation	Mehr-Ebenen-Modell	Kovarianz-analyse
Stationäre, orthopädische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, onkologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, neurologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, kardiologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, internistische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre, gastroenterologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, pneumologische und dermatologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, pneumologische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre, dermatologische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>
Ambulante, orthopädische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ambulante, onkologische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>
Ambulante, neurologische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>
Ambulante, kardiologische Rehabilitation		<input checked="" type="checkbox"/>
Stationäre, psychosomatische Rehabilitation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stationäre Entwöhnungsbehandlungen	<input checked="" type="checkbox"/>	

den in der Stichprobe überrepräsentiert, wird durch Berücksichtigung dieses Faktors auf Fachabteilungsebene Verzerrungen entgegengewirkt. Auch im Hinblick auf die Fachabteilungsebene wurde die neue Adjustierung also noch mehr verfeinert und auf die jeweiligen Besonderheiten der Einrichtungen und Fachabteilungen angepasst.

4. Überarbeitung der Berichte zur Qualitätssicherung in der Rehabilitandenbefragung

Ein besonderes Augenmerk bei der Überarbeitung galt auch der Anwenderfreundlichkeit und transparenten Darstellung der Ergebnisse. Hierzu wurde, auf Grundlage der in verschiedenen Fokusgruppen und einer Onlinebefragung gewonnenen Experteneinschätzungen, ein überarbeitetes Konzept für die Rückmeldung der Ergebnisse erarbeitet, welches ab dem Bericht zur Rehabilitandenbefragung 2020 eingesetzt werden soll. Dabei werden bewährte Elemente, wie der strukturierte Aufbau des Berichts, die detaillierte Darstellung der Einzelergebnisse oder auch die grafische Darstellung der Ergebnisse beibehalten.

Zunächst werden – wie in den bisherigen Qualitätsberichten zur Rehabilitandenbefragung auch – die zwei Ergebnis-Dimensionen „Zufriedenheit mit der Rehabilitation“ und „Behandlungserfolg aus Rehabilitandensicht“ dargestellt. Hierzu werden inhaltlich in Beziehung stehende Fragen aus dem Rehabilitandenfragebogen zusammengefasst. Die Dimension „Zufriedenheit“ schließt Aspekte wie z.B. die ärztliche und therapeutische Betreuung oder die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation ein. Aspekte, die

mit dem rehabilitandenseitig wahrgenommenen Behandlungserfolg assoziiert sind, erfassen Veränderungen z.B. hinsichtlich der Leistungsfähigkeit oder des eigenen gesundheitsförderlichen Verhaltens. Außerdem wird für jede der beiden Dimensionen ein Gesamtwert (Durchschnitt) dargestellt, Unter Berücksichtigung der Adjustierungsgewichte der einzelnen Einflussvariablen werden für die jeweilige Fachabteilung erwartete Gesamtwerte für die beiden Zielgrößen (Zufriedenheit und Behandlungserfolg) errechnet. Die Berechnung wird in der zusammen mit den Berichten erscheinenden Lesehilfe nachvollziehbar dargestellt, so dass eine hohe Transparenz der Ergebnisse erreicht werden kann.

Im fachabteilungsbezogenen Berichtsteil werden – ebenfalls wie in den bisherigen Berichten auch – die nicht adjustierten Einzelergebnisse sämtlicher Items abgebildet, die eine detaillierte Interpretation und Analyse aller abgefragten Themen durch die betreffende Fachabteilung ermöglichen. Hier werden sowohl für die einzelne Reha-Fachabteilung als auch für die Vergleichsgruppe die Häufigkeiten aller Antwortoptionen der Rehabilitandenbefragung dargestellt.

Ergänzend wird es im neuen Ergebnisbericht auch eine Beschreibung der Auswirkungen der einzelnen Adjustierungsvariablen auf die beiden Zielgrößen „Zufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ in Textform und zusätzliche grafische Darstellungen geben. Die bisherigen häufig gestellten Fragen und Antworten (FAQ) werden künftig durch eine ausführliche Lesehilfe zu den Ergebnisberichten der Rehabilitandenbefragung ersetzt.