

### **Fragestellung**

Den Ausgangspunkt der Studie, über deren Ergebnisse berichtet wird, stellt ein Beschluss des Qualitätsverbundes Gesundheit im Jahr 2011 dar. Dieser Zusammenschluss von 11 Klinikträgern mit 29 Kliniken setzt sich im jährlichen Turnus Qualitätsziele, um die Qualität der beteiligten Kliniken kontinuierlich zu steigern. Für das Jahr 2011 bestand das Ziel darin, die Nachhaltigkeit der Reha-Ergebnisse zu messen und Optimierungshinweise für das Qualitätsmanagement des Verbundes zu erhalten.

Mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg wurde ein Forschungsverbund gegründet, der die Zielformulierung, methodische Planung und Durchführung der Studie übernommen hat. Die Zielsetzung fokussiert auf die Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen auf den Ebenen des Behandlungsergebnisses aus Sicht der Rehabilitanden sowie der Rentenversicherungsbeiträge ein Jahr nach der Rehabilitationsmaßnahme. Darüber hinaus sollten die Effekte des Qualitätsmanagements im Verbund untersucht werden.

### **Methodik**

Das Untersuchungsdesign unterscheidet drei Daten-Stränge:

- Katamnestiche Befragung der Versicherten, die im zweiten Halbjahr 2011 eine Reha-Maßnahme in einer der beteiligten Kliniken erhalten haben (n=7.616).
- Rentenversicherungsbeiträge der eingeschlossenen Versicherten drei Jahre vor und ein Jahr nach der Rehabilitation.
- QS- und QM-Daten aus dem bestehenden Benchmarking des Qualitätsverbundes.

### **Ergebnisse**

Die Studiendaten zeigen zu Beginn der Rehabilitation eine hohe gesundheitliche Belastung der Rehabilitanden, sowohl was vorhandene Risikofaktoren, wie Stress, Übergewicht und Bewegungsmangel betrifft, als auch im Hinblick auf die subjektiv empfundene Einschränkung der Belastungsfähigkeit.

Ein Jahr nach der Rehabilitation sind deutliche Veränderungen nachweisbar: Bei den Risikofaktoren ist der Anteil der hochbelasteten Versicherten deutlich gesunken. Demgegenüber ist die Belastbarkeit oder die subjektive Leistungsfähigkeit deutlich gestiegen. Rehabilitanden mit psychosomatischen Krankheitsbildern profitieren überdurchschnittlich von der Reha-Maßnahme. Insgesamt sind fast 80% der Befragten mit dem Ergebnis ihrer Reha „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“.

Die (Wieder-)Eingliederungsquote ins Erwerbsleben (Return to Work, RTW) liegt bereits im 1-Jahres-Zeitraum zwischen 75% (Zeitpunktquote) und 83% (kumulative Zeitverlaufsquote). In Bezug auf die Rentenversicherungsbeiträge überrascht der hohe Zusammenhang mit der persönlichen Nutzenbewertung. Setzt man die erfolglose Rehabilitation mit einer Nichtbehandlung (keine Rehabilitation) gleich und berechnet den Unterschied zu der erfolgreichen Rehabilitation monetär, so zeigt sich, dass sich die Rehabilitation im ersten Anschlussjahr bereits amortisiert.

Der Return on Invest (ROI) liegt nach einer Modellschätzung im zweiten Jahr nach der Rehabilitation zwischen dem 3- (Kardiologie) bis dem 5-fachen (Psychosomatik) des eingesetzten Aufwandes.

QS- und QM-Kennzahlen der Verbundkliniken korrelieren mit Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit nach 12 Monaten. Kliniken, die in diesen Parametern eine überdurchschnittliche Position einnehmen, weisen z.B. ein besseres Ergebnis im Peer Review Verfahren oder eine geringere Beschwerdequote auf. Darüber hinaus schneiden die Verbundkliniken im Durchschnitt besser ab als Referenzkliniken.

Auch bzgl. Beitragszahlungen finden sich Hinweise auf die Zunahme der Effektivität der stationären medizinischen Rehabilitation. Sie sind bei Rehabilitanden, die 2011 an einer RehaMaßnahme teilgenommen haben, höher als bei Rehabilitanden des Jahres 2005. Bezogen auf die Effektivität des systematischen Qualitätsmanagements im Verbund zeigen sich erkennbare Hinweise derart, dass sich zwischen Verbundkliniken und Nichtverbundkliniken im Jahr 2011 ein kleiner Unterschied ergab, der im Jahr 2005 noch nicht vorhanden war.

## **Empfehlungen und Konsequenzen**

Empfehlungen aus den Ergebnissen können auf zwei Ebenen gezogen werden:

1. Für die **Praxis der Rehabilitation** zeigt sich die hohe Bedeutung der subjektiven Nutzenbeurteilung durch den Patienten. Die Patienten sollen in der Rehabilitation einen deutlich wahrnehmbaren individuellen Mehrwert erfahren. Dies spricht für individualisierte Reha-Konzepte mit einer deutlichen Orientierung an der individuellen gesundheitlichen und beruflichen Situation. Dazu gehört neben der medizinischen und therapeutischen Kompetenz auch die psychologische und sozialpädagogische/-arbeiterische Expertise. Die beteiligten Kliniken ziehen aus der Studie die Konsequenz, den *Lernprozess untereinander zu intensivieren*. In sog. „Perlenaudits“ werden die Stärken der Kliniken mit hohen Zufriedenheits- und Nutzenbewertungen auf der Struktur- und Prozessebene identifiziert und den anderen Kliniken zugänglich gemacht. Aus den Patientenrückmeldungen wird ein „Lobfaktor“ gewonnen, der gleichfalls Hinweise auf best-practice-Lösungen in den Kliniken liefert.

2. Für die **Reha-Forschung und Qualitätssicherung** ergeben sich mehrere Ansatzpunkte. Die Routine-Qualitätssicherung sollte um eine *Ein-Jahres-Katamnese* erweitert werden, um den längerfristigen gesundheitlichen Outcome bestimmen zu können. Diese sollte in einem Turnus von drei bis fünf Jahren durchgeführt werden, auch um die längerfristigen Effekte der Verbundarbeit abbilden zu können. Zusätzlich wird empfohlen, das System der *Qualitätskennzahlen* des Verbundes zu *harmonisieren*, z.B. indem eine einheitliche Patienten- und Mitarbeiterbefragung eingeführt wird. Wenn diese Daten für die Reha-Kliniken in adjustierter Form zur Verfügung stehen, könnten sie bei Vergütungsverhandlungen berücksichtigt zu werden. Damit ergibt sich die Möglichkeit die *Belegungs- und Vergütungssteuerung stärker an dem nachgewiesenen Outcome* für die Patienten und die Solidargemeinschaft *auszurichten* („pay for performance“).

3. Die beteiligten Kliniken ziehen aus der Studie die **Konsequenz den Lernprozess untereinander zu intensivieren**. In sog. „Perlenaudits“ werden die Stärken der Kliniken mit hohen Zufriedenheits- und Nutzenbewertungen auf der Struktur- und Prozessebene

identifiziert und den anderen Kliniken zugänglich gemacht. Aus den Patientenrückmeldungen wird ein „Lobfaktor“ gewonnen, der gleichfalls Hinweise auf best-practice-Lösungen in den Kliniken liefert.

### **Offene Fragen für die weitere Forschung**

Offen bleibt die Frage nach dem weiteren Verlauf der Beitragsentwicklung. Stabilisieren sich die Beitragszahlungen im zweiten Jahr oder gehen sie zurück? In dem Zusammenhang erscheint zudem ein Vergleich nach Bundesländern und Arbeitsmarktgegebenheiten sinnvoll, um den Einfluss des regionalen Arbeitsmarktes untersuchen zu können. Auf regionalökonomischer Ebene könnte auch der Social Return on Invest berechnet werden, der über den Return on Invest für die Rentenversicherung hinaus eine wesentliche Kenngröße der Rehabilitation für das System der sozialen Sicherung insgesamt darstellen kann.

Da sich bei chronisch Kranken häufig bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme ein Rückgang der Beitragszahlungen beobachten ließ, stellt sich die Frage, inwieweit sich anhand von Routinedaten der Rentenversicherung ein Reha-Bedarf frühzeitig identifizieren lässt. Für die Belegungssteuerung ist es interessant zu wissen, welche Unterschiede zwischen Kliniken mit hohem bzw. weniger hohem subjektivem Patientennutzen bestehen und wie diese für die Belegungssteuerung nutzbar gemacht werden können.

Des Weiteren erscheint eine umfassende Analyse differentieller Effekte sinnvoll, z.B. hinsichtlich der Frage, welche Patienten besonderen Rehabilitationsbedarf haben bzw. welche Patienten in welchen Behandlungskonzepten besonders von der Rehabilitation profitieren.

### **Fazit**

Als Fazit lässt sich feststellen, dass die Reha-QM-Outcome Studie auf den beschriebenen Ebenen vielfältige und teilweise überraschende Belege für die Effektivität und Effizienz qualitätsorientierter medizinischer Rehabilitation erbracht hat. Sie zeigt auch, dass die Qualitätsorientierung in den Kliniken zu messbaren Outcomeeffekten führt. Die Studie hat Fragen aufgeworfen, die weiterer Bearbeitung bedürfen und eine Fortführung der Studie sinnvoll erscheinen lassen.

### **Dank**

Wir danken in erster Linie allen Rehabilitanden, die sich bereit erklärt haben, an der katamnestischen Befragung mitzuwirken und uns so eine wichtige Datenbasis für die Studie zur Verfügung stellten. Des Weiteren danken wir allen Mitarbeitern der DRV Baden-Württemberg, die durch die Unterstützung der Rehabilitandenbefragung und der Bereitstellung der anonymisierten Daten die Durchführung der Studie ermöglicht haben, vor allem den Mitarbeitern der Poststellen der DRV Baden-Württemberg sowie dem Team „Qualitätssicherung“ der Abt. 18 und dem Team 17121 „Statistik, Bereichscontrolling“ der Abt. 17, sowie den Kollegen der Abt. 24 (IT), insbesondere dem Druck-Operating in Stuttgart. Und nicht zuletzt danken wir der SAMA-Geschäftsstelle in Stuttgart für die kompetente Koordinierung der Projektgruppe.

## **Forschungsgruppe und Kontaktadresse**

Der Forschungsgruppe gehören an: als Vertreter der Verbundkliniken PD. Dr. Gottfried Müller (Schlossklinik Bad Buchau), Prof. Dr. Monika Reuss-Borst (RehaZentren Baden-Württemberg), Jürgen Renzland (Kompetenzzentrum für Rehabilitation und Prävention Bad Rappenau); die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (Heike Martin), die Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen (Dr. Rüdiger Nübling, Dr. David Kriz, Dr. Jürgen Schmidt), das Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm (Dr. Rainer Kaluscha, Jakob Holstiege), das Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation an der Universität Mainz (Dr. Udo Kaiser). Die Projektleitung liegt in den Händen von Prof. Dr. Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg). Das Projektbüro ist bei der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg angesiedelt (Gudrun Kraus). Kontaktadresse: kraus@samanet.de