

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ) zu den Ergebnisberichten der Rehabilitandenbefragung

A Allgemeine Fragen

1	Warum werden die Rehabilitanden befragt?	2
2	Wer wird befragt?	2
3	Wie wird befragt?	2
4	Wo finde ich die Rehabilitandenfragebögen?	3
5	Wie werden die Befragungsergebnisse zurückgemeldet?	3
6	Wie erfolgt die Darstellung der Befragungsergebnisse?	3
7	Was ist unter einem Einrichtungsvergleich zu verstehen?	3
8	Existieren Mindestfallzahlen (Quoren)?	4
9	Was sagen die Signifikanzangaben aus?	4
10	Wie bewerte ich die vorgefundenen Unterschiede?	4
11	Wie wird bei inkonsistenten Antworten vorgegangen?	4
12	Welche Ergebnisse sind für Reha-Fachabteilungen wichtig?	5
13	Wie gehe ich mit den Ergebnissen um?	5

B Fragen zur Adjustierung

14	Warum wird adjustiert?	5
15	Welche Merkmale werden bei der Adjustierung berücksichtigt?	6
16	Welchen Stellenwert haben adjustierte Werte?	6
17	Wie wird adjustiert?	6
18	Warum können die Angaben zu einzelnen Rehabilitandenmerkmalen in den Kapiteln gelegentlich voneinander abweichen?	7
19	Warum werden auch Qualitätspunkte ermittelt?	7
20	Wie werden die Qualitätspunkte der Rehabilitandenbefragung berechnet?	7
21	Wie wird der adjustierte Qualitätspunktwert berechnet?	7

C Statistisches Glossar

Häufig gestellte Fragen und Antworten (FAQ) zu den Ergebnisberichten der Rehabilitandenbefragung

Mit den nachfolgenden FAQ zum fachabteilungsbezogenen Ergebnisbericht der Rehabilitandenbefragung wollen wir Sie bei Ihrer Analyse und Interpretation der fachabteilungsbezogenen Berichte unterstützen.

A Allgemeine Fragen und Antworten

1 Warum werden die Rehabilitanden befragt?

Die Einbindung des Rehabilitanden in die Bewertung der durchgeführten Rehabilitation ist ein zentrales Anliegen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Qualität der Behandlung soll sich für den einzelnen Rehabilitanden auch nachhaltig in seiner eigenen Wahrnehmung niederschlagen. Die Zufriedenheit 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 – auch im Sinne einer Prognose hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach einer Rehabilitation.

2 Wer wird befragt?

An der Rehabilitandenbefragung beteiligen sich alle von der Rentenversicherung federführend belegten Reha-Einrichtungen beziehungsweise Reha-Fachabteilungen¹. Insgesamt werden Rehabilitandenbefragungen in fünf unterschiedlichen Versorgungsbereichen der medizinischen Rehabilitation durchgeführt:

- 1) in den somatischen Indikationen der stationären Rehabilitation seit 1997
- 2) in den Indikationen Psychosomatik und Sucht der stationären Rehabilitation ebenfalls seit 1997
- 3) in der berufsbegleitenden ambulanten Sucht-Rehabilitation (sogenannte Ambulante Reha Sucht) seit 2009
- 4) in den somatischen Indikationen der ganztägig ambulanten Rehabilitation seit 2010
- 5) in der Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation seit 2012

3 Wie wird befragt?

Pro Reha-Fachabteilung und Entlassungsmonat werden 20 Rehabilitanden zufällig ausgewählt und 8 bis 12 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation vom federführenden RV-Träger angeschrieben.

¹ Alle Ergebnisse beziehen sich grundsätzlich auf Reha-Fachabteilungen, auch wenn im Weiteren bspw. von Einrichtungsvergleich gesprochen wird.

4 Wo finde ich die Rehabilitandenfragebögen?

Die Rehabilitandenfragebögen finden Sie im Internet: www.reha-qs-drv.de und dort unter der Rubrik *Rehabilitandenbefragung*.

5 Wie werden die Befragungsergebnisse rückgemeldet?

Die Rückmeldung der Ergebnisse erfolgt in Form eines Qualitätsberichts zur Rehabilitandenbefragung. Die Berichte fassen die Bewertungen der Rehabilitanden einer Reha-Fachabteilung zusammen und stellen diese den Ergebnissen der fachgebietsbezogenen Vergleichsgruppe gegenüber (siehe „Zuordnung der Fachabteilungsschlüssel zu den QS-Vergleichsgruppen“ im Internet unter: www.fachabteilungsschluesel-drv.de). Die Ergebnisse werden sowohl den teilnehmenden Reha-Fachabteilungen für ihr internes Qualitätsmanagement als auch den federführenden RV-Trägern bereitgestellt.

6 Wie erfolgt die Darstellung der Befragungsergebnisse?

Zusammenfassende Ergebnisse: Zunächst werden 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 beispielsweise die ärztliche Betreuung oder die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation ein. Aspekte, die mit dem rehabilitandenseitig wahrgenommenen Behandlungserfolg assoziiert sind, erfassen Veränderungen beispielsweise hinsichtlich der Leistungsfähigkeit oder des eigenen gesundheitsförderlichen Verhaltens. Ergänzend wird für jede der beiden Dimensionen ein Gesamtwert (Durchschnitt) dargestellt.

Einzelergebnisse im Detail: Im Zentrum des Berichts steht die Rückmeldung aller erhobenen Items des Fragebogens. Hier werden sowohl für die einzelne Reha-Fachabteilung als auch für die Vergleichsgruppe die Häufigkeiten aller Antwortoptionen dargestellt.

Rehabilitandenmerkmale und Diagnosespektrum: Abschließend gibt die Darstellung der Verteilung soziodemographischer, krankheitsbezogener und sozialmedizinischer Merkmale einen Überblick über die Rehabilitandenstruktur der Reha-Fachabteilung und der Vergleichsgruppe.

7 Was ist unter einem Einrichtungsvergleich zu verstehen?

Den Ergebnissen der Reha-Fachabteilung werden jeweils die Ergebnisse ihrer Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Zudem wird für die zusammenfassenden Ergebnisse und für die Einzelergebnisse im Detail angegeben, ob Unterschiede zwischen der Fachabteilung und der Vergleichsgruppe statistisch signifikant sind.

Für einzelne Fachabteilungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation gibt es keine ausreichende Anzahl für die Bildung einer fachgebietsbezogenen Vergleichsgruppe. Diese Fachabteilungen, die keiner Vergleichsgruppe zugeordnet werden können, werden den Ergebnissen aller Rehabilitanden gegenübergestellt. Hierbei sind Angaben zur Signifikanz nicht sinnvoll.

8 Existieren Mindestfallzahlen (Quoren)?

Die Erzeugung eines fachabteilungsbezogenen Ergebnisberichts und auch die Durchführbarkeit bestimmter statistischer Analysen sind an ein bestimmtes Quorum (Mindestanzahl an Fragebögen, Rehabilitanden) geknüpft. Nachfolgende Quoren müssen unterschieden werden:

- Quorum für die Erzeugung eines Berichts 12 Rehabilitanden
- Quorum für die Bildung zusammenfassender Aspekte / Skalen (aus Zufriedenheit und Behandlungserfolg) 12 Rehabilitanden
- Quorum für die Bildung des Durchschnittswerts zu den Dimensionen Zufriedenheit und Behandlungserfolg 25 Rehabilitanden
- Quorum für die Signifikanzprüfung 25 Rehabilitanden
- Quoren für die Adjustierung 25 Rehabilitanden

9 Was sagen die Signifikanzangaben aus?

Die Signifikanzprüfung erfolgt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%. Signifikante Unterschiede zwischen Reha-Fachabteilung und Vergleichsgruppe sind dann mit mindestens 95%-iger Sicherheit „echt“, also nicht auf den Zufall zurückzuführen. Je nach Skalenniveau der Daten wird als Signifikanztest ein χ^2 - oder U-Test durchgeführt.

10 Wie bewerte ich die vorgefundenen Unterschiede?

Unterschiede zwischen den Ergebnissen einer Reha-Fachabteilung und denen der Vergleichsgruppe sind auffällig, wenn sich diese Unterschiede als statistisch signifikant erweisen – das heißt, wenn sie nicht allein aufgrund des Zufalls zustande gekommen sind. Grundsätzlich ist bei Vorliegen einer statistischen Signifikanz zu prüfen, welche inhaltliche Relevanz diese Abweichung hat und worauf sie zurückzuführen ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied an sich bedeutet nicht, dass diese Abweichung von Belang für die Praxis sein muss.

11 Wie wird bei inkonsistenten Antworten vorgegangen?

Es ist möglich, dass Rehabilitanden an der einen oder anderen Stelle unplausibel, widersprüchlich oder inkonsistent antworten: Fragebogen-Instruktionen, wie zum Beispiel „Bitte beantworten Sie die gesamte Frage nur, wenn Sie berufstätig oder arbeitslos gemeldet sind“, werden beispielsweise überlesen oder ignoriert. Bestimmte Beschwerden werden verneint, Verbesserungen

aber trotzdem angegeben. Bestimmte Beschwerden werden bejaht, Aussagen zum Behandlungserfolg werden jedoch nicht getroffen. Während bei den Einzelergebnissen keine Plausibilitätsprüfung vorgenommen wird, werden bei den zusammenfassenden Ergebnissen unplausible Angaben ausgeschlossen.

12 Welche Ergebnisse sind für Reha-Fachabteilungen wichtig?

Die aggregierten Ergebnisse dienen der Überblicksgewinnung. Die Einzelergebnisse dienen der vertiefenden Stärken- / Schwächenanalyse. Die aggregierten Ergebnisse ersetzen nicht die differenzierten Einzelergebnisse der Rehabilitandenbefragung. Eine Reha-Fachabteilung kann zum Beispiel auf einer bestimmten zusammenfassenden Qualitätsdimension ein zufriedenstellendes Gesamtergebnis erreichen, gleichwohl können Defizite bei den einzelnen Bewertungen bestehen.

13 Wie gehe ich mit den Ergebnissen um?

Ergebnisunterschiede, die qualitative Unterschiede der Reha-Fachabteilungen abbilden, sind durch qualitätsrelevantes Handeln beeinflussbar und veränderbar. Das erfordert die Umsetzung externer Qualitätssicherungsergebnisse im internen Qualitätsmanagement. Die Ergebnisse veranschaulichen sowohl die Stärken als auch das Verbesserungspotential der jeweiligen Reha-Fachabteilung. Im Falle vergleichsweise negativer Resultate können Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt und eingeleitet werden, positive Ergebnisse sollen dazu motivieren, bestehende Stärken nicht nur zu erhalten, sondern weiter auszubauen.

B Fragen zur Adjustierung

Die nachfolgenden Fragen und Antworten betreffen das Adjustierungsverfahren bei somatischen Indikationen und den Indikationen Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen in der stationären medizinischen Rehabilitation.

14 Warum wird adjustiert?

Die Rehabilitanden einzelner Reha-Fachabteilungen können sich erheblich voneinander unterscheiden, beispielsweise hinsichtlich des Durchschnittsalters oder einer höheren gesundheitlichen Eingangsbelastung. Diese unterschiedliche Rehabilitandenzusammensetzung kann das Ausmaß der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs beeinflussen. Um solche Unterschiede zu berücksichtigen, wird geprüft, welche Rehabilitandenmerkmale einen Einfluss auf die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung haben. Ziel des Adjustierungsverfahrens ist, Ungleichverteilungen dieser Einflussmerkmale statistisch auszugleichen, um auf diese Weise faire Einrichtungsvergleiche zu unterstützen.

15 Welche Merkmale werden bei der Adjustierung berücksichtigt?

Eine Auflistung der Adjustierungsvariablen ist im fachabteilungsbezogenen Ergebnisbericht zu finden. Die Auswahl der Adjustierungsvariablen erfolgte auf der Basis empirischer Studien. Voraussetzung ist, dass die ausgewählten Adjustierungsvariablen Merkmale der Rehabilitanden darstellen und nicht mit der Reha-Maßnahme in einem Zusammenhang stehen.

16 Welchen Stellenwert haben adjustierte Werte?

Die Risikoadjustierung soll sicherstellen, dass sich die Struktur der Rehabilitandenstichprobe hinsichtlich soziodemographischer und sozialmedizinischer Merkmale nicht negativ oder positiv auf die Bewertung der Rehabilitation auswirkt. Durch die Adjustierung der Rehabilitandenmerkmale treten Ergebnisunterschiede, die auf fachabteilungsspezifische Faktoren zurückzuführen sind, in den Vordergrund.

17 Wie wird adjustiert?

Bei der Adjustierung wird zunächst regressionsanalytisch berechnet, wie bestimmte Merkmale z. B. die Schulbildung, Nebendiagnosen, AHB oder lange AU-Zeiten der befragten Rehabilitanden mit der Bewertung der Rehabilitation (1. Zufriedenheit und 2. subjektiver Behandlungserfolg) zusammenhängen. Unter Berücksichtigung relevanter Adjustierungsvariablen erhält zunächst jeder befragte Rehabilitand einen erwarteten Wert: z.B. eine Frau mit Abitur, ohne AU-Zeiten vor der Reha, ohne EM-Rentantrag etc. müsste nach den statistischen Berechnungen im aktuellen Befragungszeitraum und in dieser Indikation in ihrem Fragebogen eine Gesamtzufriedenheit von X und einen Behandlungserfolg von Y% Besserung angeben. Für jede Fachabteilung kann als Mittel über die erwarteten Werte jedes Rehabilitanden ein erwarteter Wert der Fachabteilung errechnet werden. Der erwartete Wert der Fachabteilung zeigt im Vergleich mit der indikationsgleichen Befragungsstichprobe an, ob die Rehabilitanden kritischer, milder oder durchschnittlich in ihrem Beurteilungsverhalten sind als der Durchschnitt dieser Vergleichsgruppe.

Anschließend wird der erwartete Wert mit den gemessenen (beobachteten) Ergebnissen verglichen. Ist der beobachtete Wert besser als der erwartete, so gelingen der Reha-Einrichtung positive Behandlungsergebnisse, die nicht durch eine besonders günstige Rehabilitandenstruktur erklärt werden können. Ist der beobachtete Wert schlechter als der erwartete, wird die Qualität der Reha-Einrichtung kritischer bewertet, als dies aufgrund der Rehabilitandenmerkmale zu erwarten gewesen wäre. Die Differenz zwischen beobachtetem und erwartetem Wert wird als Residuum bezeichnet.

Die Ausprägung der Adjustierungsvariablen der befragten Rehabilitanden der Fachabteilung wird im Bericht zur Rehabilitandenbefragung im Vergleich zu den indikationsgleichen Fachabteilungen dargestellt. Zum Teil haben Fachabteilungen eine von der Vergleichsgruppe deutlich abwei-

chende Ausprägung in mehreren Merkmalen. Ggf. heben sich jedoch die Einflüsse der Rehabilitandenmerkmale auf, so dass trotz abweichender Klientel in der Rehabilitandenstruktur ein durchschnittlicher erwarteter Wert berechnet wird.

18 Warum können die Angaben zu einzelnen Rehabilitandenmerkmalen in den Kapiteln gelegentlich voneinander abweichen?

Einige Rehabilitandenmerkmale, die für die Adjustierung berücksichtigt und in Kapitel *Variablen zur Adjustierung* im fachabteilungsbezogenen Ergebnisbericht dargestellt werden, finden sich auch in Kapitel *Ausgewählte Merkmale und Diagnosespektrum der Rehabilitanden*. Gelegentlich können die in beiden Kapiteln aufgeführten prozentualen Häufigkeiten voneinander abweichen. Begründung: Das Verfahren zur Rehabilitandenbefragung sieht vor, dass die Fragebogen-Daten um Rehabilitandenmerkmale aus der Reha-Statistik-Datenbasis (die sogenannten Ko-Variablen) ergänzt werden, sofern der Rehabilitand hierzu sein Einverständnis gegeben hat. In Kapitel *Ausgewählte Merkmale und Diagnosespektrum der Rehabilitanden* werden folglich Daten derjenigen Rehabilitanden dargestellt, die sich damit einverstanden erklärt haben. Es kommt aber auch vor, dass Rehabilitandenmerkmale nicht oder nur teilweise vorliegen, obwohl der Rehabilitand sein Einverständnis zur Verwendung zusätzlicher Daten gegeben hat. Wenn die Möglichkeit besteht, eine gleichwertige Information aus den Fragebogen-Daten zu erhalten, wird für die Adjustierung auf diese zurückgegriffen. Dadurch können die prozentualen Häufigkeiten in den genannten Kapiteln gelegentlich voneinander abweichen.

19 Warum werden auch Qualitätspunkte ermittelt?

In die Bewertung der Reha-Fachabteilungen fließen Qualitätskennzahlen als aggregierte Ergebnisse aus der Reha-Qualitätssicherung ein. Um die Ergebnisse verschiedener Qualitätsindikatoren vergleichbar zu machen, werden diese in Qualitätspunkte, als einheitliches Maß, umgerechnet. Die Bewertung basiert auf dem Konzept des Qualitätsoptimums, welches 100 Qualitätspunkte als maximal erreichbares Ergebnis definiert.

20 Wie werden die Qualitätspunkte der Rehabilitandenbefragung berechnet?

Die Rehabilitandenzufriedenheit ist optimal, wenn alle Rehabilitanden alle Reha-Aspekte mit der Note „sehr gut“ beurteilen. In folgender Tabelle wird exemplarisch für einige Werte der 5-stufigen Skala der Rehabilitandenzufriedenheit dargestellt, welchen Werten diese auf der Qualitätspunkteskala von 0 bis 100 entsprechen. Die Umrechnung erfolgt entsprechend der Formel „(5 - Zufriedenheitswert) * 25“.

Zufriedenheitswert	1	1,1	1,2	1,3	1,4	...	2	2,1	2,2	...	4,7	4,8	4,9	5
Qualitätspunkte	100	97,5	95	92,5	90	...	75	72,5	70	...	7,5	5	2,5	0

Der subjektive Behandlungserfolg erreicht sein Optimum, wenn alle Rehabilitanden sämtliche auf sie zutreffende, gesundheitliche Probleme als durch die Reha-Maßnahme gebessert ansehen. Die Qualitätspunkte entsprechen hierbei dem Anteil der Besserungen in Prozent.

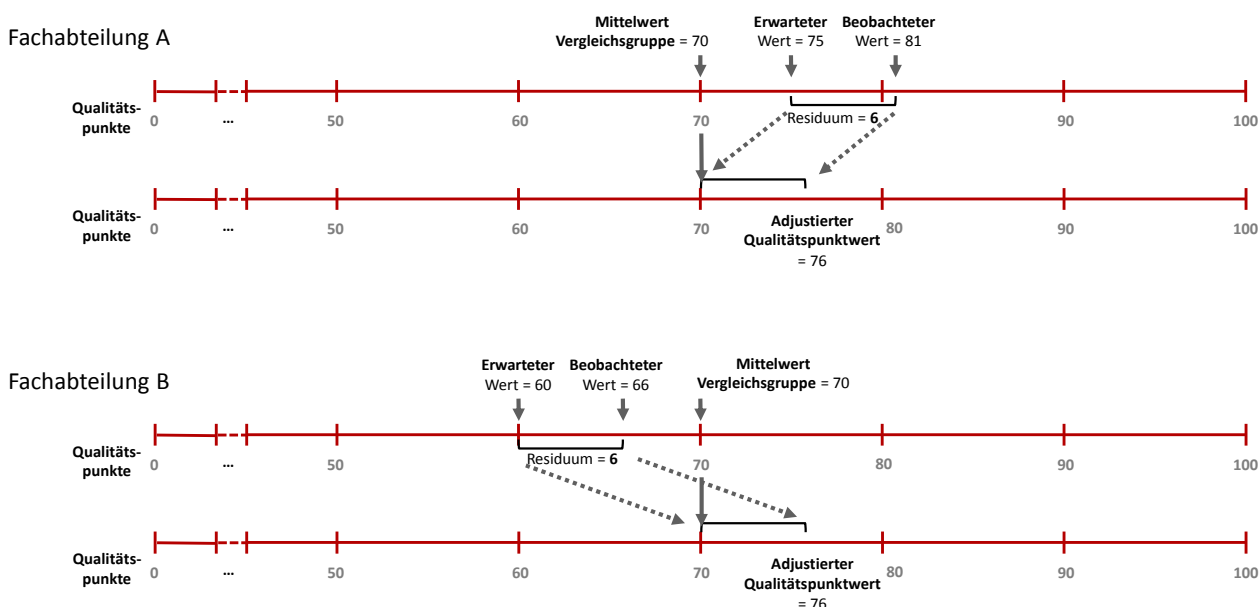
21 Wie wird der adjustierte Qualitätspunktwert berechnet?

Durch die Adjustierung wird die spezifische Rehabilitandenstruktur der Fachabteilung berücksichtigt, um auf diese Weise faire Einrichtungsvergleiche zu unterstützen. Entsprechend werden die Qualitätspunkte der Fachabteilungen ebenfalls unter Berücksichtigung des Adjustierungsergebnisses dargestellt.

Neu: Änderung in der Berechnung ab 2017
 Die Berechnung der adjustierten Qualitätspunkte wird im Bericht 2017 verändert. Bisher wurde für die Berechnung der adjustierten Qualitätspunkte das Residuum zum beobachteten Wert addiert bzw. davon abgezogen. Zukünftig wird dies vom Mittelwert der Vergleichsgruppe erfolgen.

Zur Berechnung des adjustierten Qualitätspunktwertes wird das im Rahmen der Adjustierung errechnete Residuum der Fachabteilung zum Mittelwert der Vergleichsgruppe hinzuaddiert (Mittelwert der Vergleichsgruppe + Residuum). Die folgenden Beispiele sollen die Berechnung verdeutlichen:

Beispiel



Fachabteilung A hat einen erwarteten Wert von 75 Qualitätspunkten. Dieser liegt höher als der Mittelwert der Vergleichsgruppe. Ursächlich hierfür ist die günstige Rehabilitandenstruktur der Fachabteilung (z. B. ein hoher AHB-Anteil). Tatsächlich errechnet sich aus den Antworten der Rehabilitanden aber ein beobachteter Wert von 81 Qualitätspunkten. Das heißt die Fachabteilung hat einen höheren Wert erzielt, als aufgrund der Rehabilitandenstruktur zu erwarten gewesen wäre.

Fachabteilung B hat einen erwarteten Wert von 60 Qualitätspunkten, da die Rehabilitanden eher ungünstige Merkmale aufweisen (z. B. ein hoher Anteil an EM-Rentantragstellern). Dennoch konnte auch diese Fachabteilung einen um 6 Punkte höheren Wert erzielen.

Beide Fachabteilungen haben also bessere Ergebnisse erzielt, als erwartet werden konnte. Der Unterschied bei der Höhe der erwarteten Werte kann durch die unterschiedliche Rehabilitandenklientel der Fachabteilungen erklärt werden. Entsprechend wird bei der Berechnung der adjustierten Qualitätspunkte die eigentlichen Qualitätsergebnisse der Fachabteilung (Residuum) zum Vergleichsgruppenwert hinzuaddiert.

Hat eine Fachabteilung ein negatives Residuum, da das beobachtete Ergebnis geringer ausfällt als der berechnete erwartete Wert, liegt der adjustierte Qualitätspunktwert entsprechend unter dem Mittelwert der Vergleichsgruppe (Mittelwert der Vergleichsgruppe + (-Residuum)).

C Statistisches Glossar

Begriff:	Erklärung:
Adjustierung	Statistisches Verfahren unter anderem zur Kontrolle von Rehabilitandeneinflüssen auf die Bewertung der Rehabilitation.
Mittelwert	Ergebnis einer Summe von Werten geteilt durch die Anzahl der Werte. Parameter, der wesentliche Informationen umfangreicher Messergebnisse in wenigen Daten konzentriert.
Regressionsanalyse	Verfahren zur Vorhersage der Werte einer Variablen aus den Werten anderer Variablen.
Residuum	Differenz zwischen tatsächlich gemessenem (beobachtetem) Wert und erwartetem (vorhergesagtem) Wert einer Variablen.
Signifikanztest	Prüfung, ob ein Werteunterschied zufällig entstanden oder überzufällig, das heißt „echt“, ist (siehe auch χ^2 -Test und U-Test).
Stichprobenumfang (n)	Anzahl der Fälle in einer Stichprobe, zum Beispiel Anzahl der Rehabilitanden.
U-Test	Signifikanztest für Antwortskalen, die eine Rangreihe wiedergeben.
χ^2 -Test	Signifikanztest (hier: Unabhängigkeitstest) für kategoriale Antwortskalen, wie zum Beispiel Ja-Nein-Antworten.