

Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung

Dr. Thorsten Meyer, Dr. Silke Brüggemann, Dr. Teresia Widera

Die Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung der Rentenversicherung (RV) hat in den letzten Jahren gezeigt, dass die Patienten generell sehr zufrieden mit der Rehabilitation sind, die Zufriedenheit mit dem Bereich „Rehabilitationsplanung und -zielorientierung“ aber im Vergleich mit den anderen Bereichen (Zufriedenheit mit der ärztlichen, pflegerischen und psychologischen Betreuung, Zufriedenheit mit der Unterbringung) deutlich geringer ausfällt. In einem Forschungsprojekt ging es darum, mögliche methodische und inhaltliche Erklärungen für diese vergleichsweise schlechtere Beurteilung zu identifizieren. Diese kritische Bewertung der Rehabilitationsplanung und -zielorientierung durch die Rehabilitanden hat offensichtlich substantielle Gründe. Eine explizite Zielorientierung hat sich in der Rehabilitationspraxis trotz vieler Bemühungen noch nicht ausreichend durchsetzen können. Eine Verbesserung der Patientenorientierung und eine verstärkte multidimensionale Zielorientierung kann dadurch erreicht werden, dass die organisatorischen Rahmenbedingungen der Rehabilitation sich weniger an den institutionellen Anforderungen, sondern mehr an den Bedürfnissen der Patienten nach ärztlicher Zuwendung und Kontinuität in den Kontakten und Abläufen orientieren.

1. Bedeutung von Therapiezielen für die Rehabilitation

Rehabilitation hat in Deutschland das gesamtgesellschaftliche Ziel, die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten sowie die Teilhabe der Menschen am sozialen und beruflichen Leben zu sichern. Dieser globale Rehabilitationszweck kann in einem Spannungsverhältnis zu den individuellen Rehabilitationszielen der Rehabilitanden stehen.

Die rehabilitationsrelevanten Therapieziele können auf der somatischen, der psychosozialen, der funktionsbezogenen oder der edukativen Ebene liegen und z. B. Symptomlinderung, Optimierung der Krankheitsbewältigung, Erhalt von lebenspraktischen Fähigkeiten oder Verbesserung des Informationsstandes über die Krankheit beinhalten. Sie orientieren sich an den Diagnosen, die zur Bewilligung der Rehabilitation geführt haben, richten sich an vorhandenen persönlichen Ressourcen und sozialen Unterstützungsmechanismen aus und beziehen Wünsche und Vorstellungen der Rehabilitanden zum Ablauf der Behandlung ein. Auf diese Weise steuern sie die Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses und damit den Rehabilitationserfolg.

2. Abstimmung von Rehabilitationszielen und Patientenorientierung – Ideal und Wirklichkeit

Die Vereinbarung individueller Rehabilitationsziele mit den Leistungsberechtigten ist Teil der Prozess-

qualität der Rehabilitation (vgl. § 4 Abs. 4 der Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Wie im Rahmenkonzept¹ zur medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen RV niedergelegt, werden die individuellen Rehabilitationsziele idealerweise zu Beginn einer Rehabilitation im Rahmen einer partnerschaftlichen Therapeuten-Patienten-

Kommunikation, d. h. gemeinsam von Rehabilitand und Rehabilitationsteam formuliert und hinsichtlich ihrer jeweiligen Bedeutung priorisiert.

Im Rahmen der Therapiezielvereinbarung können das subjektive Gesundheits- und Krankheitsverständnis thematisiert, der Teamansatz und das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit den Betroffenen näher gebracht und die z. T. unangemessenen Erwartungen an die Rehabilitation aufgegriffen und bearbeitet werden. Dabei ist eine Rehabilitation umso erfolgreicher, je mehr die Betroffenen in die Behandlung einbezogen werden und selbstverantwortlich sowie aktiv mitarbeiten. Somit kommt dem Abstimmungsprozess zwischen den Beteiligten große Bedeutung zu².

Dr. Thorsten Meyer ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck, Dr. Silke Brüggemann ist Leiterin des Referates Weiterentwicklung der Rehabilitation, Dr. Teresia Widera ist Mitarbeiterin im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

¹ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2007.

² Vogel, Tuschhoff, Zillessen, Die Definition von Rehabilitationszielen als Herausforderung für die Qualitätssicherung. Deutsche Rentenversicherung 1994; 49: 751–764.

Die Wirklichkeit weicht von diesen Vorgaben zum Teil noch erheblich ab. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung führt die Deutsche Rentenversicherung seit über zehn Jahren Rehabilitandenbefragungen nach Abschluss der stationären Rehabilitation durch³. Die Rehabilitationsplanung und -zielsetzung wird zz. über die in Abb. 1 genannten vier Items erhoben.

Diesen Aussagen stimmt zwar gut die Hälfte der Befragten zu (vgl. dazu die Antwortkategorien „Trifft eher zu“ und „Trifft voll und ganz zu“), dennoch ist der Anteil der kritischen Antworten (vgl. dazu die Antwortkategorien „Trifft überhaupt nicht zu“ und „Trifft eher nicht zu“) deutlich höher als bei anderen Aspekten der Rehabilitation (s. Abb. 1).

In den Befragungen zeigt sich regelmäßig, dass bei insgesamt hoher Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Rehabilitation die Zufriedenheit mit dem Bereich „Rehabilitationsplan und -ziele“ substantiell geringer ausfällt: Die Zufriedenheitsurteile fallen zeitlich stabil bei einem Notenbereich von „1“ (sehr gut) bis „5“ (schlecht) mit Werten um „2,0“ positiv aus. Die Bewertung der Rehabilitationsplanung durch die Patienten fällt – unabhängig von der jeweiligen Indikation – mit einem durchschnittlichen Gesamturteil von 2,5 deutlich niedriger aus (s. Abb. 2, S. 96 mit der Beispielsindikation „Gastroenterologie“).

³ Widera, Klosterhuis (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: RVaktuell, 6/2007, Jahrgang 54, S. 177–182.

⁴ Baumgarten, Klosterhuis (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, H. 5, S. 152–154.

⁵ Stein (2007): Patienten über Nutzen und Risiken aufklären. Berliner Ärzte, Heft 2, S. 26–28.

⁶ Meyer, Pohontsch, Maurischat, Raspe (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs-Verlag. ISBN 978-3-89918-166-1.

Dieser Bereich umfasst u. a. die Abstimmung der Rehabilitationsbehandlung mit den Patienten sowie die Berücksichtigung ihrer körperlichen und seelischen Probleme und deren Auswirkungen auf berufliche und häusliche Aufgaben. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese Behandlungsaspekte in der gegenwärtigen Praxis der Rehabilitation unzureichend berücksichtigt werden. Dies wird auch untermauert durch problematische Ergebnisse aus anderen Reha-Qualitätssicherungsverfahren zu entsprechenden Themenbereichen⁴. Für andere medizinische Versorgungsbereiche wurde der besondere Stellenwert der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientenzufriedenheit ebenfalls thematisiert⁵.

3. Fragestellungen der Untersuchung

Um mögliche Ursachen, also methodische und inhaltliche Erklärungen für die durchweg geringeren Zufriedenheitswerte im Bereich „Reha-Planung und -Ziele“ in der Rehabilitandenbefragung zu finden, wurde vom Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck ein Forschungsprojekt⁶ durchgeführt. Dazu wurde sowohl ein quantitativer als auch ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Im Rahmen dieser von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Untersuchung sollte im Einzelnen geprüft werden,

- ob sich aus den empirischen Daten der Befragung Rückschlüsse auf Ursachen für die relative Unzufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha-Planung ziehen lassen können,
- ob Patientenmerkmale, Spezifika der Maßnahme oder einrichtungsspezifische Faktoren existieren, die die subjektive Bewertung der Reha-Planung beeinflussen,
- ob und wie die Bewertungen der Reha-Planung mit der Beurteilung der Betreuung, der Unterbringung, des Therapieangebots und des Reha-Erfolgs zusammenhängen und

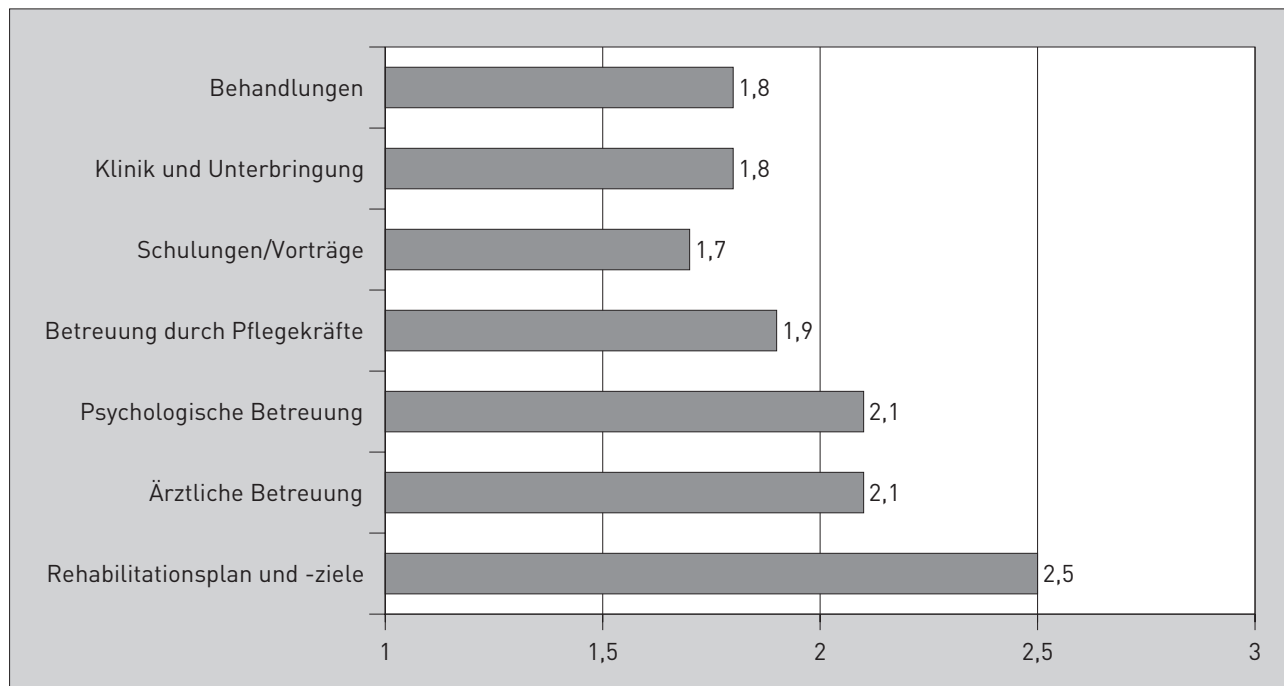
Abb. 1: Patientenerurteile zu „Rehabilitationsplanung und -ziele“ (vier Items) in %

In der Reha-Klinik wurde sehr viel Wert darauf gelegt, ...	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
... die Rehabilitationsziele und Behandlungen mit mir abzustimmen.	6	10	21	35	27
... dass Patienten lernen, mit ihren Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen umzugehen.	7	9	18	37	28
... sich mit den krankheits- und behinderungsbedingten Problemen im privaten und beruflichen Leben auseinanderzusetzen.	9	12	21	34	24
... sich den seelischen Problemen im Zusammenhang mit der Krankheit und ihrer Behandlung zuzuwenden.	14	17	22	26	20

n = 1.385

Quelle: Berichte zur Qualitätssicherung, Berichtsintervall 2006/2 Gastroenterologie/Endokrinologie.

Abb. 2: Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Reha-Planung im Vergleich zu anderen Aspekten der Rehabilitation



Quelle: Berichte zur Qualitätssicherung, Berichtsintervall 2006/2 Gastroenterologie/Endokrinologie.

— ob und worin sich Rehabilitationseinrichtungen unterscheiden lassen, die eine überdurchschnittliche respektive unterdurchschnittliche Bewertung bezüglich der Abstimmung mit den Patienten erhalten haben.

Für die quantitativen Analysen konnten die Befragungsergebnisse von 149 527 Rehabilitanden aus 548 Einrichtungen herangezogen werden. In einer zweiten, qualitativen Projektphase wurden insgesamt 40 Rehabilitanden aus 4 Rehabilitationseinrichtungen mittels eines Leitfadenterviews zu Aspekten der Rehabilitationsplanung und -zielorientierung befragt. Ziel der Analyse war die Identifizierung inhaltlicher Kategorien, deren Ausprägung sich zwischen über- und unterdurchschnittlich bewerteten Einrichtungen unterschieden.

4. Diskrepanz zwischen Patienten- und Arzt/Therapeuten-Sicht

Das Lübecker Forschungsprojekt bestätigte, dass die Gestaltung der Rehabilitationsprozesse in vielen Fällen nicht auf gemeinschaftlich abgestimmten Rehabilitationszielen basiert. Gleichzeitig haben viele Rehabilitanden große Schwierigkeit, ihre Rehabilitationsziele (im weiteren Sinne auch Erwartungen, Wünsche o.Ä.) überhaupt zu formulieren. Am ehesten können Zielbereiche im Zusammenhang mit somatischen und somatisch-funktionalen Aspekten identifiziert werden.

Mögliche Gründe für die mangelnde Übereinstimmung der Rehabilitationsziele von Behandlern

und Rehabilitanden sind im Folgenden zusammengefasst:

- **Unzureichende Vorbereitung der Rehabilitanden:** Rehabilitanden kommen oft mit falschen Erwartungen zur Rehabilitation. Hierzu zählen sowohl die vom Rehabilitationskonzept abweichende „Kurerwartung“ als auch unrealistische Wünsche an das Rehabilitationsergebnis.
- **Überforderung der Rehabilitanden:** In den ersten Tagen in der Rehabilitationseinrichtung wird der Rehabilitand mit einer Vielzahl von Eindrücken konfrontiert, so dass die gemeinsame Diskussion und Festlegung der Rehabilitationsziele in den Hintergrund gerät und in ihrer Bedeutung nicht wahrgenommen wird.
- **Prozesscharakter der Rehabilitationsziele:** Eine Änderung der Ziele bzw. der Prioritäten im Verlauf der Rehabilitation erschwert das Verständnis der Bedeutung von Rehabilitationszielen.
- **Patient-Arzt-Verhältnis:** Zu Beginn der Rehabilitation kann sich durch den kurzen Kontakt kein belastbares Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Behandelten aufbauen, so dass eine Zieldiskussion erschwert wird.
- **Konkurrierende Therapieziele:** Im Einzelfall lassen individuelle Rehabilitationsziele der Rehabilitanden Zufriedenheitsäußerungen und einen Erfolg der Rehabilitation kaum zu, z.B. bei vorliegendem Rentenwunsch. Auch setzen Ärzte und Patienten unterschiedliche Schwerpunkte bei der Zielauswahl,

Ärzte favorisieren z. B. eher medizinische Rehabilitationsziele (Krankheitsinformation, Symptomlinderung u. a.), Patienten legen eher auf alltagsbezogene Aspekte (z. B. wieder den Haushalt bewältigen können) Wert⁷.

- Mangelnde Akzeptanz psychosozialer Therapieziele: Psychische Begleiterscheinungen somatischer Krankheiten werden von Patienten und Ärzten/Therapeuten noch zu wenig thematisiert. Möglicherweise liegt dies an einer weiterhin bestehenden Stigmatisierung von psychischen Problemen.

- Verdichtung der Rehabilitation: Durch die hohe Arbeitsbelastung fehlt es dem ärztlich/therapeutischen Personal an Zeit für intensiven Patientenkontakt, der für eine Diskussion der Rehabilitationsziele erforderlich wäre.

Darüber hinaus muss konstatiert werden, dass die Notwendigkeit einer gemeinsamen Therapiezielsetzung zu Beginn einer medizinischen Rehabilitation nicht von allen Ärzten gesehen wird. Ferner erscheint die Einbindung des restlichen Rehabilitationsteams in die Kommunikation der Therapieziele als deutlich verbesserungswürdig.

5. Ausrichtung der Rehabilitation auf die Anforderungen des Alltags führt zu höherer Zufriedenheit

Die Zufriedenheitsunterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen bei der Rehabilitationsplanung und -zielsetzung ließen sich in diesem Projekt nur begrenzt durch Ausgangsmerkmale der Patienten (Alter, Geschlecht, primäre Indikation) erklären. Ältere und berentete Patienten (über 50 % der onkologischen Rehabilitanden) waren geringfügig zufriedener.

Diejenigen Rehabilitanden, die Verhaltensempfehlungen für Beruf, Haushalt und Freizeit während der Rehabilitation erhielten und diese als nützlich bewerteten, erwiesen sich auch als zufriedener mit der Abstimmung der Rehabilitationsziele. Nur geringe Zusammenhänge wies die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsplanung und -zielorientierung mit der berichteten rehabilitationsbedingten Veränderung gesundheitlicher Beeinträchtigungen in verschiedenen Dimensionen (z. B. Schmerzen, somatische Symptome, Lebensstil) auf. Einzig die rehabilitationsbedingte Verbesserung des psychischen Befindens stand in einem positiven Zusammenhang zur Bewertung der Rehabilitationsplanung. Der selbstberichtete Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt des Ausfüllens des Fragebogens beeinflusste die Zufriedenheit mit der Rehabilitationsplanung nicht. Rehabilitanden, die mit der ärztlichen Betreuung und mit der Klinik und

Unterbringung zufrieden waren, gaben auch bessere Urteile zur Rehabilitationsplanung ab.

6. Kontinuität und Zuwendung im Arzt-Patient-Verhältnis ist entscheidend

Rehabilitationseinrichtungen, die bezüglich der Abstimmung der Rehabilitationsziele überdurchschnittlich respektive unterdurchschnittlich bewertet wurden, unterschieden sich in erster Linie im Ausmaß der Patientenorientierung voneinander. Eine patientenorientierte Rehabilitation zeichnete sich in diesem Sinne durch Kontinuität, Zuwendung und adäquate strukturelle Rahmenbedingungen aus. Die mit der Rehabilitationsplanung und -zielsetzung zufriedenen Patienten berichteten davon, dass ihnen während der gesamten Dauer der Rehabilitation dieselbe ärztliche Ansprechperson zeitlich beständig zur Verfügung stand, die spürbar mit den jeweiligen Krankengeschichten und Therapiefortschritten vertraut war und ihnen mit Respekt begegnete. Aufgrund der ärztlichen Präsenz konnten Kommunikationsbedürfnisse leicht und schnell erfüllt werden. Dabei nahm die Person des Arztes in der Wahrnehmung der Rehabilitanden eine zentrale Rolle in der Rehabilitation ein, die von anderen Mitgliedern des Rehabilitationsteams nicht vollständig übernommen werden konnte.

Unterschiede zwischen den über- und unterdurchschnittlich bewerteten Kliniken zeigten sich also in den Bereichen Kontinuität, Zuwendung und strukturelle Rahmenbedingungen:

Die Kategorie „Kontinuität“ umfasst personale Kontinuität im Sinne eines beständigen ärztlichen Ansprechpartners und drückt sich zudem im Wissen um die Situation der Patienten aus. Ärzte und andere Therapeuten nehmen Veränderungen bei den Rehabilitanden im Zuge der Rehabilitation wahr. Stringenz in der Behandlung bedeutet, dass Ankündigungen oder geweckte Erwartungen von Seiten der Ärzte auch umgesetzt bzw. erfüllt werden.

Die Kategorie „Zuwendung“ umfasst zum einen das Gefühl, als Person respektvoll behandelt zu werden. Die zweite Komponente bildet das Vertrauen der Patienten zu den Ärzten bzw. anderen Klinikmitarbeitern ab. Zur dritten Komponente „Zugänglichkeit“ gehört, dass Ärzte in den überdurchschnittlich bewerteten Kliniken im Alltag der Patienten „auf dem Flur“ als präserter und zugänglicher beschrieben wurden.

Die Kategorie „Strukturelle Rahmenbedingungen“ lässt sich primär aus den Aussagen der unterdurchschnittlich bewerteten Einrichtungen ableiten. Rehabilitanden hatten den Eindruck, die Klinikmitarbeiter stünden unter Stress bzw. es gebe eine unzureichende Personaldichte. Patienten berichteten von zeitlichen Überschneidungen ihrer Therapien mit anderen Angeboten. Insbesondere fanden sich Therapieausfälle aufgrund von Überschneidungen mit der Visite oder medizinischen Behandlungen i. S. einer organisatorischen Priorisierung der ärztlichen Termine.

⁷ Dudeck, Farin, Meffert, Glattacker, Jäckel, Böwering, Beckmann (2007): Rehabilitationsziele aus Patienten- und Arztsicht in der ambulanten kardiologischen Rehabilitation. DRV-Schriften 72: 448–450.

7. Auf dem Weg zu mehr Patientenorientierung in der Rehabilitation

Um künftig die Zufriedenheit hinsichtlich der Abstimmung der Rehabilitationsziele und -planung zu verbessern, gibt es verschiedene Ansatzpunkte. Eine stärker patientenorientierte Rehabilitation kann mit verschiedenen Mitteln erreicht werden:

Um eine patientenorientierte „Kultur“ der Rehabilitationseinrichtung zu schaffen, muss die gemeinsame Abstimmung von Rehabilitationszielen von allen Mitgliedern des Rehabilitationsteams gelebt werden und Patientenorientierung in die Qualitätspolitik der Einrichtung Eingang finden. Bei der Rehabilitationsplanung sind die Rehabilitationsziele gemeinsam mit den Patienten auszuhandeln (ggf. auch erst überhaupt zu erarbeiten). Das kann in eine Zielvereinbarung münden, um am Ende der Rehabilitation zu prüfen, inwieweit die Ziele erreicht werden konnten. Neben den Rehabilitationszielen sind auch die zur Zielerreichung geeigneten Therapien mit den Rehabilitanden abzustimmen. Auf diese Weise können Patienten im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung (im Englischen: shared decision making) Ziele und Prozesse der Rehabilitation beeinflussen und so auch ihr Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wahrnehmen. Die organisatorischen Rahmenbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen müssen dazu weniger an den institutionellen Anforderungen als an den Bedürfnissen der Patienten orientiert werden, d. h. insbesondere am Bedürfnis nach ärztlicher Zuwendung und Kontinuität in den Kontakten und Abläufen.

Bereits zu Beginn der Rehabilitation sollten die Rehabilitationseinrichtungen die Versicherten ausgehend von deren subjektiven Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen behutsam und dennoch wirksam zum bio-psycho-sozialen Konzept der Rehabilitation hinführen. Es sollte den Patienten ermöglicht werden, auf dieser Basis Erwartungen, Wünsche und Reha-Ziele zu formulieren. Verständnis für den Nutzen psychosozialer Behandlungsangebote sollte geweckt, unrealistische oder zum Konflikt führende Therapieziele thematisiert werden. Diese Aufgaben werden in der Regel mehr als ein kurzes Aufnahmegespräch erfordern. Es ist zu hoffen, dass einige der Vorhaben im neuen Förderschwerpunkt „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ zeigen werden, wie eine patientenorientierte Abstimmung von Rehabilitationszielen und Therapieplan in der Praxis der Rehabilitation realisiert und insbesondere dem ärztlichen Personal die notwendigen Kompetenzen vermittelt werden können.

Sowohl die Schwierigkeit vieler Rehabilitanden, für sich Rehabilitationsziele zu formulieren, als auch die z. T. große Diskrepanz zwischen Patientenerwartung und bestehenden Rehabilitationskonzepten, machten deutlich, wie wichtig eine bessere Vorbereitung auf die Rehabilitation ist. Hier sollten künftig verschiedene Wege erprobt werden. So ist zum einen die Rehabilitationsvorbereitung als Aufgabe der Hausärzte

zu intensivieren. Möglicherweise ist hier mit einer positiven Veränderung der Situation zu rechnen, wenn mehr niedergelassene Ärzte in Studium oder der Fort- und Weiterbildung mit der medizinischen Rehabilitation vertraut gemacht worden sind. Die Vorbereitung ist zum anderen aber auch Aufgabe der RV als Rehabilitationsträger. Hier ist z. B. an Fortbildung von niedergelassenen Ärzten, Aufklärung im Rahmen von Informationsveranstaltungen oder Informationsmaterial (z. B. Broschüren in der Muttersprache, DVD, Internetseiten) zu denken.

Ggf. kann die Nutzung von Therapiezielkatalogen die Formulierung solcher Ziele erleichtern. Auch können Therapieziele, die etwa als Dokumentation des Aufnahme-, Ziel- und Entlassungswertes aufbereitet wurden, als Kriterien zur Messung des Grades der Zielerreichung und damit als Qualitätssicherungsmaßnahme genutzt werden, mit der der Erfolg der Rehabilitationen zu überprüfen ist. Therapieziele sollten realistisch und überprüfbar sein. Sie können sich auf bestimmte Funktionsdefizite, vor allem aber auch auf Aktivitäten im Sinne der ICF beziehen. Zu globale Therapieziele („Es soll mir wieder besser gehen.“) sind für Zielvereinbarungen wenig hilfreich. In der Zielformulierung sollte zudem der prozessuale Charakter der Rehabilitation sichtbar werden, d. h., anfangs formulierte Ziele müssen ggf. während der Rehabilitation angepasst werden. Gleichzeitig sollten die vereinbarten Rehabilitationsziele im gegebenen Zeitrahmen grundsätzlich erreichbar sein. Gerade für die Weiterverfolgung mittel- und langfristiger Rehabilitationsziele ist eine stärkere Integration von medizinischer Rehabilitation und Nachsorge unabdingbar.

Systematische Patientenbefragungen stellen im Rahmen der Umsetzung von Patientenorientierung – neben Patienteninformation, Beschwerdemanagement, Modellen partizipativer Entscheidungsfindung und Mitspracherechten in gesundheitspolitischen Gremien – ein wichtiges Instrument zur Messung der Patientenwahrnehmung und damit zur Beteiligung der Rehabilitanden dar. Befragungen ermöglichen Patienten Partizipation durch Ausdruck ihrer Meinung, Bewertung des therapeutischen Geschehens und Beurteilung der Rehabilitationsleistung. Die Rückmeldung der Patientenurteile ermöglicht eine Sensibilisierung des therapeutischen Teams für die Probleme und Erwartungen ihrer Klientel. Daneben lässt sich ableiten, inwieweit die Patienten in den Behandlungsprozess einbezogen wurden, d. h. inwieweit Patientenorientierung tatsächlich vor Ort umgesetzt wurde. Seit Oktober 2007 ist ein neuer Rehabilitandenfragebogen in den somatischen Indikationen der medizinischen Rehabilitation im Einsatz, der den Aspekt der Rehabilitationsplanung und -zielorientierung für die Patienten anschaulicher abfragt. Für die RV ist dieser Aspekt der Reha-Qualitätssicherung auch künftig sehr wichtig⁸.

⁸ Egner, Gewinn, Buschmann-Steinhage (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 4, S. 221–231.

Die Partnerschaft in der Patient-Arzt-Beziehung kann von beiden Seiten unterschiedlich aufgefasst werden. Für Patienten impliziert Partnerschaft vor allem ein von Vertrauen und positiven Emotionen getragenes Verhältnis zum Arzt. Ferner kommt es den Patienten nicht nur auf sachliche Informationen an, sondern auch auf das Gefühl, im persönlichen Gespräch verstanden, akzeptiert und gut im Behandlungsverlauf unterstützt zu werden. Eine unverbindliche und zu allgemeine Zielausarbeitung, fehlende Zwischenschritte, ungenügende oder fehlende Zeitvorgaben für Zwischenschritte und ihre endgültige Umsetzung sowie eine fehlende Selbstkritik hinsichtlich der Zielvorgaben/-vereinbarungen und ihrer Erfüllung stellen dabei deutliche Indikatoren einer mangelnden Abstimmung der Rehabilitationsplanung und -zielsetzung dar. Dabei wird aus organisatorischer Sicht eine angemessene Auseinandersetzung mit (insbesondere konkurrierenden) Therapiezielen dadurch erschwert, dass am Tag nach Aufnahme direkt mit den Behandlungen begonnen werden muss.

Die Rehabilitation muss an den Bedürfnissen und Erfahrungen der Patienten als aktive Partner im therapeutischen Prozess ausgerichtet sein. Das bedeutet die Abkehr von paternalistisch geprägten Rollenmustern hin zu einer auf umfassenden und verständlichen Informationen beruhenden partizipativen Entscheidungsfindung. Als Folge einer patientenorientierten Rehabilitation ergibt sich eine Vielzahl von positiven Effekten. So steigt das Wissen der Rehabilitanden über die Erkrankung und Behandlung, ihre Zufriedenheit mit der Rehabilitation nimmt zu, die Erwartungen der Patienten an die Rehabilitation werden realistischer, ihre Selbstwirksamkeitserwartungen stärker und sie beteiligen sich aktiver an der Behandlung, Ärzte und Patienten verstehen einander besser und ziehen „am selben Strang“. Die Qualitätssicherung der Rehabilitation durch die RV verfügt über die Instrumente und Verfahren, diese Aspekte der rehabilitativen Versorgung transparent zu machen und durch eine einrichtungsbezogene Rückmeldung der Qualitätssicherungsergebnisse zu einer Weiterentwicklung der Rehabilitation in dieser Hinsicht beizutragen.