

Toepler, E., Kaluscha, R., Nübling, R. et al. (2015). Effekte internen Qualitätsmanagements – Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbunds Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. DRV-Schriften, Band 107, S.130–133.

Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus nach Rehabilitation: Neue Ergebnisse aus der Reha-QM-Outcome-Studie Baden-Württemberg

Kaluscha, R. (1), Nübling, R. (2), Krischak, G. (1), Kriz, D. (2), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M. (6), Schmidt, J. (2), Kaiser, U. (7), Toepler, E. (8)

(1) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, Bad Buchau, (2) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (3) DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe, (4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Reha-Zentren der DRV BW, Bad Bocklet, (7) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz, (8) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

Hintergrund

Neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes sind der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und die berufliche (Wieder-)Eingliederung zentrale Ziele der Rehabilitationsleistungen der Deutschen Rentenversicherung. In der „Reha-QM-Outcome-Studie“ wurden sowohl mittels Patientenfragebogen Angaben zum subjektiven Nutzen der Behandlung als auch mittels Routinedaten der Rentenversicherung Angaben zum Erwerbsstatus erhoben, so dass eine Gegenüberstellung beider Zieldimensionen erfolgen kann.

Methodik

Basis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbunds Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg (Nübling et al., 2015a, 2015b). Die Studie umfasst Selbstangaben der Patienten aus einer schriftlichen Nachbefragung ein Jahr nach der Rehabilitation sowie Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD 2013) der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. Für 2.042 Rehabilitanden im erwerbsfähigen Alter lagen die notwendigen Fragebogenangaben und Daten zum Erwerbsstatus bis zwei Jahre nach Rehabilitation vor. Mittels multivariater Regressionsmodelle (SAS 9.3, Proc GLM) wurde der Einfluss des subjektiven Reha-Nutzens auf gewichtete Beitragsmonate, Tage mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie das daraus erzielte Einkommen jeweils in den Jahren 1 und 2 nach Rehabilitation bewertet. Adjustiert wurde für Alter, Hauptindikation (ICD-Kapitel C, E, F, G und M), Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha, Aufforderung durch die Krankenkasse (§ 51 SGB V) den erinnerten Gesundheitszustand vor Reha, Anschlussheilbehandlung vs. Heilverfahren sowie die jeweilige Zielgröße 1 und 2 Jahre vor Rehabilitation. Weitere potentielle Confounder wie z. B. das Geschlecht oder ambulante vs. stationäre Durchführung der Maßnahme wurden geprüft; erlangten aber im Regressionsmodell keinen signifikanten Einfluss.

Ergebnisse

Für die drei Operationalisierungen der Zielgröße Erwerbsstatus (Beitragsmonate, Beschäftigungstage, Einkommen) ergaben sich sehr ähnliche Ergebnisse, so dass hier aus Platzgründen nur auf die Beschäftigungstage eingegangen wird. Günstig auf die Beschäftigung nach Rehabilitation wirkten sich geringeres Alter, geringere Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Reha, ein besserer erinnerter Gesundheitszustand vor Reha, Anschlussheilbehandlung statt Heilverfahren sowie mehr Beschäftigungstage in den Jahren 1 und 2 vor Reha aus. § 51-Fälle erzielten erwartungsgemäß weniger Beschäftigungstage nach Reha. Die Hauptindikation hatte keinen klaren Einfluss, lediglich für das ICD-Kapitel G ergab sich ein kleiner Vorteil gegenüber dem als Referenzgruppe gewähltem ICD-Kapitel M.

Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen sieht einen subjektiven Nutzen der Rehabilitationsmaßnahme; lediglich 9,8 % konnten nicht profitieren. Je höher der Rehabilitand diesen Nutzen einschätzt, desto mehr Beschäftigungstage sind im ersten und zweiten Jahr nach Rehabilitation zu erwarten (vgl. Tabelle).

Reha hat geholfen	Häufigkeit	Anteil	Adjustierte Beschäftigungstage	
			Jahr 1	Jahr 2
Sehr	407	19,9 %	218,9	217,2
Ziemlich	770	37,7 %	203,2	200,1
Etwas	665	32,6 %	186,2	183,2
Gar nicht/Geschadet	200	9,8 %	147,7	145,4

Tab.: Adjustierte Beschäftigungstage im ersten und zweiten Jahr nach Rehabilitation

Folgerungen

Der klare Zusammenhang zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsstatus in den beiden Jahren danach kann im Sinne einer Dosis-Wirkungsbeziehung als Beleg für eine effektive Behandlung interpretiert werden. Erfreulich ist auch, dass der Effekt auch im zweiten Jahr erhalten bleibt und somit eine gewisse Nachhaltigkeit zeigt.

Danksagung: Wir danken dem Qualitätsverbund Gesundheit, der DRV Baden-Württemberg sowie den Teilnehmern der Rehabilitandenbefragung für ihre Unterstützung.

Literatur

Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J. et al. (2015a): Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation – Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement. „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. Abschlussbericht, März 2015. Download unter <http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de/>.

Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G. et al. (2015b): Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. Prävention und Rehabilitation, 27, 77–94.

25. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

Gesundheitssystem im Wandel – Perspektiven der Rehabilitation vom 29. Februar bis 2. März 2016 in Aachen

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutsche Rentenversicherung Rheinland

in Zusammenarbeit mit

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Wissenschaftliche Leitung

Dr. Rolf **Buschmann-Steinhage**, Dr. Hans-Günter **Haaf**,
Deutsche Rentenversicherung Bund

Prof. Dr. Dr. Uwe **Koch**,
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

Programmkomitee

Prof. Dr. H. H. **Bartsch** (Freiburg), Prof. Dr. C. P. **Bauer** (Gaißach), Prof. Dr. Dr. J. **Bengel** (Freiburg), Prof. Dr. W. F. **Beyer** (Bad Füssing), Prof. Dr. E. M. **Bitzer** (Freiburg), Dr. S. **Brüggemann** (Berlin), Prof. Dr. Dr. H. **Faller** (Würzburg), Dr. D. **Girbig** (Stuttgart), Prof. Dr. G. **Grande** (Leipzig), Prof. Dr. B. **Greitemann** (Bad Rothenfelde), Dr. A. **Günthner** (Speyer), Prof. Dr. C. **Gutenbrunner** (Hannover), Prof. Dr. Dr. M. **Härter** (Hamburg), Prof. Dr. P. **Hampel** (Flensburg), Prof. Dr. M. **Karoff** (Ennepetal), Prof. Dr. V. **Köllner** (Teltow/Berlin), Prof. Dr. T. **Kohlmann** (Greifswald), Prof. Dr. W. **Kohte** (Halle), Prof. Dr. G. **Krischak** (Bad Buchau), Prof. Dr. W. **Mau** (Halle), Prof. Dr. M. **Morfeld** (Stendal), Prof. Dr. R. **Muche** (Ulm), Prof. Dr. M. **Niehaus** (Köln), Prof. Dr. F. **Petermann** (Bremen), Prof. Dr. K. **Pfeifer** (Erlangen), Dr. H. **Pollmann** (Bad Neuenahr), Prof. Dr. M. **Sailer** (Magdeburg), Dr. W. **Schupp** (Herzogenaurach), Prof. Dr. B. **Schwaab** (Timmendorfer Strand), Prof. Dr. W. **Spijkers** (Aachen), Prof. Dr. H. **Völler** (Potsdam), Prof. Dr. W. **Wagener** (Düsseldorf), Prof. Dr. U. **Walter** (Hannover), Prof. Dr. J. **Wasem** (Essen), Prof. Dr. K. **Wegscheider** (Hamburg), Dr. S. **Weinbrenner** (Berlin), Prof. Dr. F. **Welti** (Kassel).

Kongresskomitee

Astrid **Rosendahl**, Kerstin **Seidel** (Organisation)
Stefanie **Märting**, Daniela **Sewöster** (Wissenschaft)
Deutsche Rentenversicherung Bund

Holger **Hallmann**, Detlef **Koch**, Georg **Lammersen**,
Christian **Terhardt**, Ulrich **Theißen** (Organisation)
Deutsche Rentenversicherung Rheinland