

Hinsichtlich des erreichten Entgeltes und der Dauer des Bezuges von Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II kam es zu unterschiedlichen Ergebnissen.

### **Diskussion**

Die dargestellten Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der folgenden Begrenzungen zu sehen. Erstens wurden für die Berechnung der Propensity Scores ausschließlich administrativ generierte Daten genutzt. Zweitens entspricht das Evidenzniveau unserer Ergebnisse lediglich dem von Beobachtungsstudien. Es besteht anders als in randomisiert kontrollierten Studien ein Risiko verzerrter Schätzungen aufgrund nicht erfasster Heterogenität der untersuchten Gruppen.

### **Schlussfolgerungen**

Die Analysen bestätigen aktuelle Ergebnisse, die ebenfalls leichte Vorteile ambulant durchgeführter Maßnahmen zeigen (RWI, 2015). Die Unterschiede sind allerdings marginal und klinisch kaum relevant. Angesichts der geringeren Kosten ambulanter Leistungen unterstützen die Ergebnisse den im Sozialrecht festgelegten Vorrang ambulanter Leistungen.

### **Literatur**

- Austin, P. C. (2011): Optimal caliper widths for propensity-score matching when estimating differences in means and differences in proportions in observational studies. *Pharmaceutical Statistics*, 10. 150–161.
- Guo, S., Fraser, M. W. (2010): Propensity score analysis: statistical methods and applications. Los Angeles, Sage Publications.
- Klingelhöfer, H. E., Lätzsch, A. (2003): Wirtschaftsvergleich ambulante versus stationäre Rehabilitation. *Gesundheitswesen*, 65. 163–166.
- RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (2015): Evaluation medizinischer Rehabilitationsleistungen der DRV – Abschlussbericht.

## **Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen**

- Nübling, R. (1), Kaluscha, R. (2), Krischak, G. (2), Kriz, D. (1), Martin, H. (3), Müller, G. (4), Renzland, J. (5), Reuss-Borst, M. (6), Schmidt, J. (1), Kaiser, U. (7), Toepler, E. (8)*
- (1) Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen, Karlsruhe, (2) Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm, (3) DRV Baden-Württemberg, Karlsruhe, (4) Schlossklinik Bad Buchau, (5) Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau, (6) Facharztpraxis Bad Kissingen, (7) Institut für sportmedizinische Prävention und Rehabilitation, Mainz, (8) Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, Hennef

### **Hintergrund**

Die Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitationsleistungen wird häufig über „Patient Reported Outcomes“ (PROs) gemessen. Die Bedeutung von PROs für die Nutzenbeurteilung von therapeutischen Interventionen wird häufig unterschätzt (Brettschneider et al., 2011;

Calvert et al., 2013). Es wird untersucht, inwieweit sich PROs in „harten“ Endpunkten wie z. B. Beitragszahlungen der Versicherten in die Sozialversicherung widerspiegeln.

**Methodik**

Datenbasis bildet die „Reha-QM-Outcome-Studie“ der DRV Baden-Württemberg und des Qualitätsverbunds Gesundheit (Nübling et al., 2015a, 2015b). Die Studie beinhaltet Selbstangaben der Patienten (schriftliche 1-Punkt-Nachbefragung 1 Jahr nach der Reha), Daten aus der Rehabilitations-Statistik-Datenbank (RSD) sowie Qualitätskennzahlen der Einrichtungen aus einem verbundinternen Kennzahlensystem. Ziel der Studie ist die Überprüfung der Effektivität stationärer Heilbehandlungen auf der Grundlage der drei Datenbereiche sowie die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen diesen Bereichen.

	Einzelkorrelat.	Unstandard. Coeff.		Standard. Coeff.	t	p	Step
	r	B	Std. Error	Beta			
(Konstante)		,355	,128		2,776	,006	
GB10 Gesundheitliches Befinden <sup>1</sup>	.260	,003	,001	,069	2,114	<b>,035</b>	8
ZUF-8 Gesamtwert <sup>1</sup>	.038	,000	,002	,003	,107	,915	–
VM8 Veränderungsskala direkte VM <sup>1</sup>	.208	–,007	,002	–,107	–4,323	<b>,000</b>	6
Nutzenbeurteilung der stationären Reha <sup>1</sup>	.104	–,004	,014	–,008	–,275	,783	–
Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Reha <sup>2</sup>	–,066	,025	,012	,056	2,053	<b>,040</b>	3
GBESC_Psy Psychische Beschwerden <sup>2</sup>	–,185	–,002	,002	–,026	–,947	,344	–
GBESC_Koe Körperliche Beschwerden <sup>2</sup>	–,150	,005	,002	,055	2,409	<b>,016</b>	9
IMET Beeinträchtigung der Teilhabe <sup>2</sup>	–,266	–,001	,001	–,055	–2,143	<b>,032</b>	5
RTW_ZP Return to Work Zeitpunktquote <sup>1</sup>	.679	,622	,018	,639	33,711	<b>,000</b>	1
Subjektive Berufliche Leistungsfähigkeit <sup>2</sup>	–,413	–,058	,015	–,084	–3,783	<b>,000</b>	2
Ausmaß der Erreichung persönlicher Ziele <sup>2</sup>	–,152	–,024	,010	–,055	–2,259	<b>,024</b>	4
Index Risikofaktoren <sup>2</sup>	.011	,003	,001	,034	2,001	<b>,046</b>	7

	R	R Square	Adjusted R Square		Std. Error of the Estimate	
	,693	,480		,477		,304
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
<b>Regression</b>		172,505	12	14,375	154,752	,000
<b>Residual</b>		187,181	2015	,093		
<b>Total</b>		359,686	2027			

Anm.: n = 2027, Abhängige Variable: Sozialversicherungsbeiträge im Jahr nach der Reha; <sup>1</sup> Polung: hohe Werte = positive Ausprägung/Bewertung; <sup>2</sup> Polung: hohe Werte = negative Ausprägung/Bewertung

Tab.: Zusammenhang von SV-Beiträgen und Patient Reported Outcomes; Regressionsmodell

## **Stichprobe**

Die Stichprobe für die vorliegende Fragestellung umfasst n = 2947 Versicherte, die im Jahr 2011 in 21 Kliniken behandelt wurden und zum Zeitpunkt der Reha-Antragstellung erwerbstätig oder arbeitslos, also Erwerbspersonen waren; sie erwies sich als weitgehend repräsentativ für die Grundgesamtheit der ausgewählten Versicherten.

## **Ergebnisse**

Die Ergebnisse weisen auf der Grundlage von PROs in eine positive Richtung. Der Nutzen der Rehabilitation, die Zielerreichung und die Zufriedenheit mit dem Ergebnis werden von den Rehabilitanden positiv eingeschätzt. Die Prä-Post-Effektstärken der erhobenen Skalen liegen für die Gesamtstichprobe im mittleren Bereich (ES = 0,40 bis 0,60), in einzelnen Indikationsbereichen (Psychosomatik) auch deutlich höher (ES = 1,2 für die Skala GB10). Die (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben (Return to Work) verläuft für 75 % (Zeitpunktquote) und 83 % (kumulative Zeitverlaufsquote) der Befragten erfolgreich. PROs und Beitragszahlungen korrespondieren hoch, ca. 48 % der Varianz der Beitragszahlungen können durch PROs „vorhergesagt“ werden (vgl. Tabelle). Subjektiv gebesserte unterscheiden sich gegenüber nicht gebesserten Rehabilitanden deutlich hinsichtlich ihrer Beitragsverläufe, vor allem im Jahr nach der Reha.

## **Folgerungen**

Zur umfassenderen Abbildung der Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen ist die gemeinsame Betrachtung von PROs und Beitragszahlungen sinnvoll. Die subjektiv von Patienten berichteten Ergebnisse sind dabei ebenso bedeutsam, wie „objektive“ bzw. „harte“ Endpunkte.

## **Literatur**

- Brettschneider, C., Lühmann, D., Raspe, H. (2011): Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). HTA-Bericht (109).
- Calvert, M., Brundage, M., Jacobsen, P. B. et al. (2013): The CONSORT Patient-Reported Outcome (PRO) extension: Implications for clinical trials and practice. *Health and quality of life outcomes*; 11: 184.
- 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