



# Reha-QM-Outcome-Studie

## Qualitätsorientierte Reha macht sich bezahlt!

**S**chon heute erhalten Patienten in Deutschland im Bedarfsfall eine im internationalen Vergleich sehr hochwertige rehabilitationsmedizinische Versorgung. Mit Blick auf die demographische Entwicklung kann das Wissen über den konkreten Nutzen von Reha-Heilbehandlungen eine wertvolle Entscheidungshilfe bei gesundheitsökonomischen Planungs- und Steuerungsaufgaben wie auch bei der Belegungssteuerung darstellen.

Reha-Leistungen haben positive Auswirkungen sowohl für den einzelnen Patienten, als auch für die Sozialkassen. Doch welchen Anteil haben einzelne Kliniken an diesem „Outcome“ und macht sich das betriebene Qualitätsmanagement durch bessere Ergebnisse bezahlt? Diese Frage haben Praktiker aus dem Qualitätsverbund Gesundheit, einem Zusammenschluss von 29 Kliniken (s. Abb. S. 22), gestellt und gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Baden-Württemberg die „Reha-QM-Outcome-Studie“ initiiert.

Ein dazu gegründeter, unabhängiger Forschungsverbund (s. Infokasten, S. 24) übernahm die Zielformulierung, methodische Pla-

nung, Durchführung und Auswertung der Studie. Erstmals werden drei relevante Datengrundlagen parallel betrachtet und auf ihre Zusammenhänge hin überprüft. In die Studie eingeflossen sind „subjektive“ Daten aus Patientenbefragungen, „objektive“ Routinedaten aus Statistiken der Rentenversicherung sowie Daten aus dem Qualitätsmanagement von Reha-Einrichtungen. Mit der Analyse und Validierung der tatsächlichen Effekte von systematischem Qualitätsmanagement auf die Ergebnisqualität stationärer Heilbehandlung schließt die neue Outcome-Studie eine Lücke in der bisherigen Rehabilitationsforschung.

### Nutzenbetrachtung

Ende Februar 2015 legte das interdisziplinär besetzte Forschungsteam nun aussagekräftige Erkenntnisse zur Qualität und Effektivität stationärer Reha-Heilbehandlungen vor. Bei der Erfassung der Ergebnisqualität bestand eine Besonderheit darin, dass die Effekte nicht nur ausschließlich zum Zeitpunkt der Entlassung gemessen wurden, sondern darüber hinaus rückblickend auf die Behandlung im Abstand von einem Jahr nach Ende der Reha-Maßnahme. Zu den wesentli-

*Wie wirksam ist medizinische Rehabilitation? Und führt systematische Qualitätssicherung in Reha-Kliniken zu besseren und nachhaltigeren Behandlungsergebnissen? Die neue Reha-QM-Outcome-Studie, getragen von 29 Rehaeinrichtungen, liefert erstmals wissenschaftlich fundierte Antworten darauf. Es flossen empirische Ergebnisse aus Patientenfragebögen ein sowie statistische Daten der Rentenversicherung und Beitragszahlungen in die Sozialversicherung. Die Studie belegt, dass sich die Beitragszahlungen der Rehabilitanden, die 2011 an einer Reha-Maßnahme teilnahmen, gegenüber den Beitragszahlungen der Rehabilitanden aus dem Jahr 2005 deutlich verbessert haben. Die persönliche Nutzeneinschätzung der Patienten deckt sich weitgehend mit den Effekten auf die Sozialversicherungssysteme: Je positiver die Nutzeneinschätzung des Patienten ausfällt, desto mehr Beschäftigungstage und Einkommen erzielt er nach der Rehabilitation.*

chen Ergebniskriterien gehörte neben der Wiederherstellung der Gesundheit und Sicherstellung der Teilhabe auch die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf. Weiterhin wurden die Rentenbeitrags- ►

**Titel der Studie**

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, Februar 2015. Download unter [www.qualitaetsverbund-gesundheit.de](http://www.qualitaetsverbund-gesundheit.de)

**Initiatoren der Studie**

- Qualitätsverbund Gesundheit – Gemeinsam für die beste Reha
- Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg

**Mitglieder der Forschungsgruppe und beteiligte Institutionen**

Prof. Dr. Edwin Toepler, Projektleiter, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg  
 Dr. Udo Kaiser, Stv. Projektleiter, Hochgebirgsklinik Davos  
 Dr. Rüdiger Nübling, Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GfQG, Karlsruhe  
 Dr. Rainer Kaluscha, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Univ. Ulm  
 Prof. Dr. Gert Krischak, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung a. d. Univ. Ulm  
 Dr. David Kriz, Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GfQG, Karlsruhe  
 Jakob Holstiege, Institut für Rehabilitationsmedizinische Forschung an der Univ. Ulm  
 Heike Martin, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg  
 PD Dr. Gottfried Müller, Schlossklinik Bad Buchau  
 Jürgen Renzland, Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau  
 Prof. Dr. Monika Reuss-Borst, Reha-Zentren Baden-Württemberg gGmbH  
 Dr. Jürgen Schmidt, Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen GfQG, Karlsruhe  
 Berit Wichmann, Reha-Zentren Baden-Württemberg gGmbH  
 Gudrun Kraus, Projektbüro bei der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg

**Teilnehmende Einrichtungen**

- ACURA Fachklinik Falkenburg Bad Herrenalb
- ACURA Fachklinik Waldbronn
- ACURA Sigel-Klinik Bad Schönborn
- ACURA Waldklinik Dobel
- Federseeklinik Bad Buchau
- Hochgebirgsklinik Davos
- Medizinische Reha-Einrichtungen der Stadt Radolfzell
- Rehaklinik Bad Boll
- Rosentrittlinik Bad Rappenau
- Schlossklinik Bad Buchau
- Städtische Rehakliniken Bad Waldsee
- Stimmheilzentrum Bad Rappenau
- St. Georg Vorsorge- und Rehabilitationsklinik Höchenschwand
- Rehaklinik Am Kurpark Bad Kissingen\*
- Rehaklinik Glotterbad Glottertal\*
- Rehaklinik Heidelberg-Königstuhl\*
- Rehaklinik Höhenblick Baden-Baden\*
- Rehaklinik Klausenbach Nordrach\*
- Rehaklinik Ob der Tauber Bad Mergentheim\*
- Rehaklinik Sonnhalde Donaueschingen\*
- Rehaklinik Übrerruh Isny\*

\* Reha-Zentren der DRV Baden-Württemberg

**Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ im Überblick**

zahlungen – aus Sicht der Rentenversicherungsträger das essentielle Erfolgskriterium – jeweils ein Jahr vor und ein Jahr nach der Reha-Maßnahme gemessen und verglichen. Ein spezielles Augenmerk galt auch den bislang noch nicht hinreichend untersuchten Effekten des klinikinternen Qualitätsmanagements, das in den Kliniken des Qua-

litätsverbunds Gesundheit etabliert ist. Hierbei wurden Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Daten aus dem bestehenden Benchmarking des Qualitätsverbundes ausgewertet. Merkmale der Kliniken, die als relevante Einflussfaktoren auf das Reha-Ergebnis identifiziert werden konnten, standen dabei im Visier der Forschergruppe.

**Der „subjektive“ Behandlungserfolg in der Selbsteinschätzung**

Als Grundlage des ersten Datenstranges entwickelte die Forschungsgruppe einen auf die Anforderungen der Studie zugeschnittenen und auf ICF-Kriterien basierenden Katamnesefragebogen. Diesen beantwortete eine weitgehend repräsentative Gesamtzahl von 4.161 Rehabilitanden. Bei der Datenerhebung wurden die subjektive Einschätzungen im Hinblick auf das gesundheitliche Befinden, gesundheitliche Veränderungen, die Nutzenbeurteilung der Rehabilitation, die Bewertung der erhaltenen stationären Behandlung sowie arbeitsbezogene und gesundheitsökonomisch relevante Parameter zwölf Monate vor der stationären Behandlung dem Zwölf-Monats-Zeitraum nach der Entlassung gegenübergestellt.

Zu Beginn der Rehabilitation zeigen die Daten eine hohe gesundheitliche Belastung der Rehabilitanden, sowohl im Hinblick auf vorhandene Risikofaktoren wie Stress, Übergewicht und Bewegungsmangel als auch bezüglich der subjektiv empfundenen Einschränkung der Belastungsfähigkeit. Ein Jahr nach der Heilbehandlung sind deutliche Veränderungen nachweisbar: Bei den Risikofaktoren sank der Anteil der hochbelasteten Versicherten deutlich, so beim Stressempfinden von 51 % auf 37 %, und die Belastbarkeit nahm in bezeichnender Weise zu. Über alle Indikationen hinweg zeigte sich eine Verbesserung der subjektiven Leistungsfähigkeit um 60 %. Es profitierten die Rehabilitanden mit psychosomatischen Krankheitsbildern überdurchschnittlich von der Reha-Maßnahme, während der Vorher-Nachher-Effekt bei den kardiologischen Patienten geringer ausfiel. Insgesamt waren fast 80 % der Befragten mit dem erreichten Ergebnis ihrer Reha „zufrieden“ oder



Olaf Werner  
Sprecher des Qualitätsverbunds Gesundheit / Geschäftsführer  
Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH



Walter Hummler  
Stv. Sprecher des Qualitätsverbunds Gesundheit / Geschäftsführer  
Gesundheitszentrum Federsee, Bad Buchau



Prof. Dr. Edwin Toepler  
Projektleiter „Reha-QM-Outcome-Studie“, Hochschule Bonn-Rhein-Sieg

„sehr zufrieden“. Signifikante Ergebnisse gab es auch bei der Frage nach der potentiellen Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Bei den befragten Rehabilitanden, die zum Zeitpunkt der Antragstellung erwerbstätig oder arbeitslos gewesen waren, etwa 80 % der Gesamtstichprobe, lag die (Wieder-)Eingliederungsquote ins Erwerbsleben bereits im Einjahreszeitraum nach der Rehabilitation zwischen 75 % (Zeitpunktquote) und 83 % (kumulative Zeitverlaufsquote). Die Betrachtung weiterer Kostenfaktoren zu Lasten der Sozialkassen kam bei der Vorher-Nachher-Gegenüberstellung zu ähnlich positiven Ergebnissen: Die absolute Anzahl der Krankenhaustage reduzierte sich um 63 % und die Krankenschreibungsdauer um 62 %. Die Anzahl der Arztbesuche verringerte sich um 12 %, ebenso die der Krankenschreibungen in den beiden 12-Monatszeiträumen um 5 %.

### Sozialmedizinische Verläufe im Abgleich mit „objektiven“ Routinedaten

Als zweiten Datenstrang nutzte die Forschungsgruppe die Rehabilitati-

ons-Statistik-Datenbasis (RSD), eine Zusammenführung von Routinedaten der DRV Baden-Württemberg zu Rehabilitationen, Renten und Sozialversicherungsverläufen. Die RSD-Daten wurden in anonymisierter Form und unter Beachtung der Datenschutzvorgaben für alle Patienten des Erhebungszeitraumes in 2011 sowohl für ein Jahr vor und ein Jahr nach der Reha-Maßnahme ausgewertet.

Bei der Betrachtung der Rentenversicherungsbeiträge überrascht die hohe Übereinstimmung mit der persönlichen Nutzenbewertung. Rehabilitanden, die der Reha hohen Nutzen zubilligen, entrichten ein Jahr nach der Rehabilitation Beiträge, die in etwa mit dem Vorjahr vergleichbar sind. Konnte der Rehabilitand subjektiv von der Behandlung nicht profitieren, sinken seine Beiträge um über 20 %. Setzt man die erfolglose Rehabilitation mit einer Nichtbehandlung gleich und berechnet den Unterschied zu der erfolgreichen Rehabilitation monetär, so lassen sich bereits im ersten Jahr durchschnittlich 3.800 Euro Einkommen einem positiven Reha-Ef-

fekt zuschreiben. Gemessen an den Kosten einer Rehabilitation von ca. 3.300 Euro hat sich die Rehabilitation damit im ersten Jahr bereits amortisiert.

Eine auf der Grundlage der Studiendaten durchgeführte Modellschätzung kommt zum Ergebnis, dass der Return on Invest (ROI) im ersten Jahr abhängig von der Indikationsgruppe zwischen 1,07 (Kardiologie) und 2,03 (Psychosomatik) liegt. Die Rentabilität verbessert sich danach sogar noch weiter und erreicht im zweiten Jahr nach der Rehabilitation zwischen dem dreifachen (Kardiologie) und fünffachen (Psychosomatik) des eingesetzten Aufwandes.

Ein deutlicher Zusammenhang findet sich auch mit den Return-to-Work(RTW)-Quoten: Für die Rehabilitanden mit positivem RTW ist der Verlauf der gewichteten Beitragsmonate annähernd konstant zwischen ca. elf und ca. zehn Monaten. Für Rehabilitanden, die nicht weiter/wieder erwerbstätig sind, zeigt sich schon im dritten Jahr vor der Reha-Maßnahme ein Unterschied zu den Rehabilitanden mit Return-to- ▶

**KPMG** 125 Jahre  
cutting through complexity

**DAS IST**

**KPMG**

**Prof. Dr. Volker Penter**  
Leiter Health Care

Klingelhöferstraße 18 T 030 2068-4740  
10785 Berlin M 0172 6767656

vpenter@kpmg.com

KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

**WENN ER VOLKER IST.**

Volker übt und übt, aber für einen Plattenvertrag wird's bei ihm nicht reichen. Macht nichts. Ihm geht es darum, das Beste aus sich herauszuholen. Genauso berät er auch seine Mandanten. Er hilft jedem, sein ganz persönliches Optimum zu erreichen. Eine Philosophie, mit der vieles anders wird: Einfach. KPMG. Besuchen Sie uns doch mal auf [persoenlich.kpmg.de](http://persoenlich.kpmg.de)

## Kurzporträt

Qualitätsverbund Gesundheit –  
Gemeinsam für die beste Reha

**Gründungsjahr:** 2007

**Mitglieder:** 29 Reha-Einrichtungen von 11 unterschiedlichen Trägern (RV, kommunale und private Trägerschaft)

**Ressourcen:** gesamt ca. 5.000 Betten, ca. 3.000 Mitarbeiter

**Ziele:** Gegenseitige Unterstützung beim Erbringen hochwertiger Rehabilitationsleistungen und in der Weiterentwicklung der Rehabilitation gemeinsam mit den Rehabilitationssträgern

**Aktivitäten:** Entwicklung eines Kennzahlensystems im Rahmen des gemeinsamen Qualitätsmanagementkonzeptes QMS Reha; Qualitätsvergleiche als Ausgangspunkt für Verbesserungsprozesse; 21 der 29 Einrichtungen haben sich an der Outcome-Studie beteiligt (vgl. Abb., S. 22)

**Weitere Infos:**

www.qualitätsverbund-gesundheit.de

Work und bereits im Vorfeld der Rehabilitation ein mehr oder weniger deutlicher Abfall der Beiträge. Im Jahr nach der Reha-Maßnahme fällt dann der Index dramatisch ab und beträgt durchschnittlich nur noch knapp ein bis zwei Monate.

### Kennzahlen zeigen Nutzen systematischen Qualitätsmanagements

Den dritten Datenstrang der Studie lieferten 21 der Reha-Einrichtungen des Klinikverbundes Gesundheit. Sie stellten Qualitätsindikatoren wie beispielsweise Ergebnisse aus externen Patientenbefragungen, im Peer-Review-Verfahren bewertete Entlassungsberichte, Auswertungen zu den therapeutischen Leistungen sowie Daten zur Anzahl und Qualifikation des therapeutischen Personals zur Verfügung. Ein Teil dieser Daten wurde mit indikationsbezogenen Referenzkliniken, die nicht dem Qualitätsverbund angehören, verglichen.

Die Auswertung der Qualitätskennzahlen der Verbundkliniken ergibt

für den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit nach zwölf Monaten eine deutliche Verknüpfung mit Klinikmerkmalen, die als relevant für das Qualitätsmanagement eingestuft wurden. 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 zeigt sich auf der Basis der Daten des externen Qualitätssicherungsprogramms der DRV, dass die Verbundkliniken sowohl bei der Rehabilitandenzufriedenheit als auch hinsichtlich des subjektiven Reha-Erfolges im Durchschnitt besser abschneiden als die Referenzkliniken. Auf die positiven Effekte des systematischen Qualitätsmanagements verweist auch die Betrachtung der Beitragszahlungen über die vergangenen Jahre hinweg. Die Beitragszahlungen der Rehabilitanden der DRV Baden-Württemberg, die 2011 an einer Reha-Maßnahme teilgenommen haben, verbesserten sich deutlich gegenüber den Beitragszahlungen der Rehabilitanden aus dem Jahr 2005. Dies lässt auf eine erhebliche Effektivitätssteigerung der stationären medizinischen Rehabilitation im Zuge eines systematischen Qualitätsmanagements schließen. Darauf deutet auch ein positiver Unterschied von mittlerem Signifikanzniveau zwischen den Verbundkliniken und den Nichtverbundkliniken hinsichtlich der gewichteten Beitragszahlungen im Jahr nach Rehabilitation hin. Dieser konnte 2011 festgestellt werden, nachdem er 2005 noch nicht vorhanden war.

### Vielfältige Belege für die Effektivität und Effizienz

Die gemeinsame Betrachtung der drei Datenebenen, die in der Reha-QS-Outcome-Studie erstmals realisiert wurde, hat vielfältige und teils überraschende Belege für die Effektivität und Effizienz qualitätsorientierter medizinischer Rehabilitation erbracht. Die Autoren der Studie leiten aus den Ergebnissen u. a. die folgenden Empfehlungen ab:

1. Für die Praxis der Rehabilitation zeigt sich die hohe Bedeutung der subjektiven Nutzenbeurteilung durch den Patienten. Die persönlich wahrgenommenen

Mehrwerte lassen sich am besten durch individualisierte Reha-Konzepte mit einer deutlichen Orientierung an der individuellen gesundheitlichen und beruflichen Situation realisieren.

2. Mit Blick auf die Reha-Forschung und Qualitätssicherung ergeben sich mehrere Ansatzpunkte: Für die Routine-Qualitätssicherung bietet sich die Erweiterung um eine Ein-Jahreskatamnese an, um die gesundheitlichen Ergebnisse nachhaltiger bestimmen zu können. Würden diese Daten bei Vergütungsverhandlungen berücksichtigt, ermöglichte dies eine stärkere Ausrichtung der Belegungs- und Vergütungssteuerung an der nachgewiesenen Ergebnisqualität für die Patienten und die Solidargemeinschaft.

Die beteiligten Kliniken ziehen aus der Studie u.a. die Konsequenz, den gemeinsamen Lernprozess durch den Austausch untereinander zu intensivieren. Beispielsweise werden die Stärken der Kliniken mit hohen Zufriedenheits- und Nutzenbewertungen auf der Struktur- und Prozessebene in „Perlaudits“ (Vor-Ort-Untersuchungen durch Partnerklinik) identifiziert und den anderen Kliniken zugänglich gemacht.

Die Studie hat aus Sicht der Forschungsgruppe weitere Fragen aufgeworfen. Dazu zählt die Betrachtung des weiteren Verlaufs der Beitragsentwicklung sowie des Einflusses des regionalen Arbeitsmarktes. Darüber hinaus wird eine Berechnung des Social Returns on Invest auf regionalökonomischer Ebene für sinnvoll erachtet und die Identifikation von Reha-Bedarf auf der Ebene der Routinedaten der Rentenversicherung für die Belegungssteuerung empfohlen. ■

**Olaf Werner**  
Geschäftsführer der Kur- und Klinikverwaltung Bad Rappenau GmbH  
Salinenstraße 30  
74906 Bad Rappenau

**Walter Hummler**  
Geschäftsführer des Gesundheitszentrum Federsee, Bad Buchau  
Freihofgasse 14  
88422 Bad Buchau

**Prof. Dr. Edwin Toepler**  
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg  
Zum Steimelsberg 7  
53773 Hennef