

Aus dem Arbeitsbereich Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Leitung: Priv.-Doz. Dr. phil. Heiner Vogel

in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

der Universität Würzburg

Direktor: Prof. Dr. med. Jürgen Deckert

**Erprobung und Evaluation eines Fragebogeninstruments
zum Entlassungsmanagement deutscher Rehabilitationskliniken im Rahmen
der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Anna Trimborn, geb. Blöcher

aus Hirzenhain

Würzburg, Juli 2019



Referent: Priv.-Doz. Dr. Heiner Vogel

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Thomas Keil

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 31.01.2020

Die Promovendin ist Ärztin.

Ich will, dass Du bist.

frei nach Augustinus (354 – 430 n. Chr.)

Für meine Eltern Gert und Ute sowie für meine Geschwister Maria und Johannes in tiefer Liebe und ewiger Dankbarkeit.

Für Oma Christel und Tante Grete in großer Ehrfurcht und innigster Verbundenheit.

Für Veronika und Maxi, ohne die ich nicht sein kann

und für Felix, meinen Verbündeten, der meine Zukunft bedeutet und den ich begleite, solange meine Füße mich tragen.

Inhalt

1. Einleitung	1
1.1 Aktuelle Veränderungen im Gesundheitswesen.....	1
1.2 Die Deutsche Rentenversicherung (DRV).....	2
1.3 Entlassungsmanagement	3
2. Hintergrund und Stand der Forschung	6
2.1 Rehabilitation und Teilhabe	6
2.2 Rehabilitationsforschung: gestern und heute.....	7
2.3 Qualitätssicherung.....	8
2.4 Entlassungsmanagement und Nachsorge	10
2.4.1 Entlassungsmanagement.....	11
2.4.2 Ablauf des Entlassungsmanagements	13
2.4.3 Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement	13
2.4.4 Reha-Entlassungsbericht und Entlassungsmanagement aus der medizinischen Rehabilitation	14
2.4.5 Nachsorge.....	15
3. Ziele und Fragestellungen	17
4 Methodik	20
4.1 Studiendesign	20
4.2 Stichprobe und Rekrutierung	20
4.3 Durchführung	21
4.4 Entwicklung des Fragebogeninstrumentes, Erprobung und formative Evaluation	22
4.5 Quantitative Auswertung	23
4.6 Qualitative Inhaltsanalyse	23
4.7 Datenschutz und Ethik.....	25
5 Fragebogenentwicklung	27
5.1 Itemformulierung und Einordnung in den thematischen Zusammenhang	27
5.2 Phasen der Überarbeitung	31
5.2.1 Erste Phase: Befragung der Chefarzte	31
5.2.2 Zweite Phase: Rückmeldung durch Reha-Wissenschaftler	34
5.2.3 Endgültige Version.....	36

5.3 Nachbefragung Chefärzte.....	39
6 Ergebnisse.....	40
6.1 Stichprobenbeschreibung	40
6.2 Antworthäufigkeiten, Itemanalyse.....	43
6.2.1 Antworthäufigkeiten.....	43
6.2.2 Itemanalyse	46
6.3 Statistische Auswertung der quantitativen Ergebnisse	47
6.3.1 Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden zwischen verschiedenen Kliniken	48
6.3.2 Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden verschiedener Abteilungen	50
6.3.3 Indikationsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden....	50
6.3.4 Geschlechts- und altersgruppenspezifische Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden.....	52
6.3.5 Zusammenhangsanalysen	53
6.4 Qualitative Analyse.....	58
6.4.1 Zusammenfassung.....	62
7 Diskussion.....	64
7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	64
7.2 Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext	67
7.3 Methodische Anmerkungen zur Untersuchung	74
7.4 Weitere Forschung und Ausblick.....	76
8. Zusammenfassung.....	78
Anhang: Vertiefende Statistiken (Erläuterungen im Text) und Abbildungen.....	80
Literaturverzeichnis	98
Danksagung.....	
Lebenslauf.....	

Zur sprachlichen Vereinfachung und aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Doktorarbeit die grammatikalisch generische männliche Sprachform verwendet. Damit sollen aber ausdrücklich alle Geschlechter gemeint sein.

1. Einleitung

Im Jahr 2016 haben mehr als eine Million Versicherter der Deutschen Rentenversicherung eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt (Deutsche Rentenversicherung, 2018a). Diese große Zahl jährlicher Rehabilitanden in der Bundesrepublik Deutschland macht deutlich, welchen großen gesellschaftlichen Stellenwert Rehabilitation besitzt und zeigt zudem, dass Rehabilitation ein hohes Maß wissenschaftlicher Aufmerksamkeit verdient.

Definitionsgemäß soll Rehabilitation negative Krankheitsfolgen beseitigen und der Verschlimmerung chronischer Krankheiten vorbeugen (Gutenbrunner, 2007). Sie kann aber auch als *tertiäre* Prävention bezeichnet werden: Hat sich eine körperliche Erkrankung schon länger manifestiert und ist im Sinne primärer (*Krankheiten verhindern*) oder sekundärer Prävention (*Krankheiten früh erkennen*) nicht mehr abwendbar, ist sie chronisch und krankheitsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen sind indiziert (Faller & Lang, 2010). Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen sollen dazu dienen, Funktionsverbesserungen bei chronisch Kranken zu erzielen, um so die sogenannte *funktionale Gesundheit* zu sichern. Dabei muss die größtmögliche Selbstständigkeit der Rehabilitanden unterstützt und gefördert werden („Hilfe zur Selbsthilfe“) (Gutenbrunner, 2007).

Rehabilitation umfasst im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes auch die wechselseitigen Beziehungen zwischen den verschiedenen individuellen Gesundheitsproblemen einer Person sowie ihre Kontextfaktoren (Steinke & Philgus, 2005). Den Rahmen für diesen Ansatz, der mit Hilfe eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes aufgegriffen wird, bildet das *ICF-Modell* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (s. Kap. 2.1).

1.1 Aktuelle Veränderungen im Gesundheitswesen

Der demographische Wandel, d.h. die Zunahme des Anteils älterer und sehr alter Menschen in der Bevölkerung, führt zu einem wachsenden Anteil von Menschen mit chronischen Erkrankungen (Faller, 2008). In Folge dieser Entwicklung wird zukünftig die Bedeutung des Rehabilitationssystems der Bundesrepublik Deutschland erheblich steigen. Daraus folgt, dass ein Umdenken und eine Veränderungsbereitschaft innerhalb des Gesundheitssystems unumgänglich werden, da das gegenwärtige System nur unzureichend auf die Behandlung

einer so großen Zahl chronisch Kranker ausgerichtet ist (Steinke & Philgus, 2005). Es herrscht daher, auch was die Strukturen des Rehabilitationssystems betrifft, ein ausgeprägter Optimierungsbedarf, damit durch effiziente Abläufe eine hohe Zahl chronisch Kranker bestmöglich versorgt werden kann (Müller-Fahrnow et al., 2007).

Neben den demographischen Entwicklungen und den Veränderungen im Krankheitsspektrum der Bevölkerung gibt es eine weitere, sich schon länger abzeichnende Veränderung im Gesundheitswesen: die veränderte Stellung der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess.

Die klassische Arzt-Patient-Beziehung, wie es sie vor vielen Jahren gab, befindet sich in einem tiefgreifenden Wandel: vom *paternalistischen* zum *partnerschaftlichen* Prinzip (Klemperer, 2009). Dieses Bestreben nach interaktiver Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess ist daher Bestandteil *patientenorientierter Behandlung* und gerade im Bereich der Rehabilitation von besonderer Bedeutung. Zum patientenorientierten Behandlungsprozess gehören u.a. *Selbstbestimmung und Teilhabe, Beteiligung an der Qualitätssicherung und Förderung des Selbsthilfepotentials* (Schönle, 2003).

Es zeigt sich, dass durch ein patientenorientiertes Handeln positive Auswirkungen auf den gesamten Behandlungsprozess entstehen können; zudem wird die Patientenzufriedenheit gefördert (Farin, 2010; Zimmermann et al., 2014). Weiterhin wird auch eine gemeinsame Reha-Zielvereinbarung zwischen Ärzten und Rehabilitanden als wirksames Mittel der patientenzentrierten Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess angesehen und gilt als Möglichkeit, Behandlungserfolge positiv zu beeinflussen (Körner, 2009).

1.2 Die Deutsche Rentenversicherung (DRV)

Wann immer es um Rehabilitationsmaßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland geht, spielt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) eine tragende Rolle: Sie stellt gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag den größten Träger durchgeführter Rehabilitationsleistungen in Deutschland dar (DRV, 2018b). Dabei handelt sie meist nach dem Prinzip *Reha vor Rente* – hierbei geht es darum, dass im Falle einer reduzierten Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben oder einer drohenden Reduzierung der Leistungsfähigkeit darauf hingewirkt wird, dass die Leistungsfähigkeit möglichst dauerhaft verbessert oder stabilisiert wird. Auf diese Weise soll eine Frühberentung verhindert oder hinausgezögert werden.

Anspruchsvolle rehabilitationswissenschaftliche Forschung ist deshalb für die Deutsche Rentenversicherung von großer Bedeutung: Durch die gesetzliche Verpflichtung zur Qualitätssicherung und eine angestrebte kontinuierliche Qualitätsverbesserung kann der Rehabilitationsprozess von der Antragsstellung bis zur Nachsorge optimiert werden (Egner et al., 1998). Dazu wurden schon vor Jahrzehnten Programme zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung entwickelt und kontinuierlich ausgebaut (Klosterhuis et al., 2010).

1.3 Entlassungsmanagement

Entlassungsmanagement wird als eine koordinierte und auf den poststationären Versorgungsbedarf angepasste Entlassung definiert (Wiedenhöfer et al., 2010). Wachsendes Interesse und zunehmende Aktualität gewinnt dieses Thema, da Patienten – aktuell und zukünftig noch häufiger - auf eine koordinierte Entlassung angewiesen sind. Dies ist Resultat eines zunehmenden ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser und Kliniken (Wiedenhöfer et al., 2010). Ein früh einsetzendes, aktives Entlassungsmanagement ist zudem erforderlich, um poststationäre Versorgungslücken zu schließen und die Schnittstellenproblematik zu minimieren (Kurlemann, 2010). Dementsprechend sind die Krankenhäuser in Deutschland gemäß den Vorgaben des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes von 2015 verpflichtet für ihre Patienten ein umfassendes Entlassungsmanagement durchzuführen. Die entsprechenden Vorgaben sind zum 1.10.2017 in Kraft getreten (Khan, 2017; Kübler, 2017).

Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderungen im Bereich der stationären medizinischen Versorgung in naher Zukunft auch Auswirkungen auf interne Abläufe deutscher Rehabilitationskliniken haben werden. Ein früh einsetzendes Entlassungsmanagement könnte erhebliche positive Auswirkungen auf den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme, die Zufriedenheit und auch die Bereitschaft zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen im Alltag (*Nachsorge*) beeinflussen. Zudem könnte in einem umfassenden Entlassungsmanagement nach einer intensivierten Rehabilitationsmaßnahme der Schlüssel zu einem langfristig wirksamen Gesamtbehandlungsprozesses liegen, der sowohl ökonomische als auch patientenorientierte Aspekte berücksichtigt.

Aktuell gibt es noch wenige wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema *Entlassungsmanagement*, diese wenigen beziehen sich hauptsächlich auf den Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (Mille & Stier, 2014; Strecker, 2010). Internationale Untersuchungen

zu diesem Thema machen ebenfalls deutlich, dass die Bundesrepublik Deutschland im europäischen Vergleich in dieser Hinsicht noch Aufholbedarf besitzt (Jung & Stahl, 2013). Hinsichtlich rehabilitationsmedizinischer Aspekte des Entlassungsmanagements gibt es bis dato, soweit bekannt, keine umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen; hier fehlt es zudem an einheitlichen Definitionen und Rahmenbedingungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Bedarf an Forschung zum Thema *Entlassungsmanagement aus der Rehabilitation* besteht und umfassende Untersuchungen neue Erkenntnisse in dieser Hinsicht versprechen würden.

Dank der Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und den zugehörigen acht Rehabilitationskliniken ist ein Projekt zustande gekommen, welches grundlegende Erkenntnisse für die Rehabilitationsforschung erbringen kann: Es soll im Rahmen dieser Arbeit geprüft werden, ob ein neu entwickeltes Fragebogeninstrument zur Thematik des *Entlassungsmanagements deutscher Rehabilitationskliniken* im Sinne einer postalischen Nachbefragung ehemaliger Rehabilitanden im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung routinemäßig eingesetzt werden kann. Weiterhin soll versucht werden, mithilfe der Befragungsergebnisse erste Erkenntnisse über die Struktur und Durchführung des Entlassungsmanagements sowie Hinweise auf dessen Auswirkung auf den gesamten Rehabilitationsprozess zu gewinnen.

Eine solche Rehabilitandennachbefragung mithilfe eines eigens konzipierten Fragebogens findet in diesem Umfang erstmalig statt und verspricht aufschlussreiche Erkenntnisse, welche für zukünftige Rehabilitanden, den Rehabilitationsprozess sowie für die Qualitätssicherung der DRV von großem Wert sein könnten.

Die vorliegende Arbeit enthält acht Kapitel: Im folgenden Kapitel 2 werden der Hintergrund der Arbeit und die Rahmenbedingungen dargestellt sowie ein Überblick über den Stand der Forschung gegeben, ferner werden aktuelle rehabilitationswissenschaftliche Themen erläutert. In Kapitel 3 werden die Ziele und Fragestellungen dieser Arbeit formuliert. Kapitel 4 enthält alle relevanten Informationen zur Methodik dieser Untersuchung, während Kapitel 5 einen Überblick über die Entstehung und Entwicklung des Fragebogeninstruments gibt. In Kapitel 6 werden die quantitativen und qualitativen Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt, welche sodann in Kapitel 7 diskutiert werden. Weiterhin wird ein Ausblick auf die

weitere Forschung gegeben und es werden mögliche Schlussfolgerungen für die Rehabilitationspraxis gezogen. Das abschließende Kapitel 8 enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

2. Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Rehabilitation und Teilhabe

Rehabilitation im Sinne *tertiärer* Prävention dient dazu, der Verschlimmerung chronischer Erkrankungen bzw. körperlicher Behinderung vorzubeugen (Faller & Lang, 2010). Dem wurde in den letzten Jahren hinzugefügt, dass eine Person zudem im Rahmen ihrer *funktionalen Gesundheit* betrachtet wird. Dies beinhaltet, dass nicht nur körperliche Voraussetzungen (*Körperfunktionen und –strukturen*) sondern auch die Fähigkeit zur Ausführung von Handlungen (*Aktivitäten*) und die Teilhabe am sozialen Leben (*Partizipation*) zum Wohlbefinden und zur *funktionalen Gesundheit* einer jeden Person beitragen (Gutenbrunner, 2007).

Regelungen zur Rehabilitation finden sich im deutschen Sozialrecht in verschiedenen Büchern des Sozialgesetzbuches (SGB). Da die Vorgaben für die Rehabilitation und die Begrifflichkeiten in den verschiedenen Büchern des SGB in Teilen voneinander abweichen, wurde mit dem 2001 in Kraft getretenen Sozialgesetzbuch IX mit dem Titel *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* versucht, eine einheitliche Anwendung des Rehabilitationsrechts über die verschiedenen Träger hinweg zu ermöglichen und eine bessere Abstimmung der Träger im Interesse der Rehabilitanden zu erreichen. Seitdem soll Rehabilitation nicht nur *Fürsorge* und *Versorgung* sein sondern auch *selbstbestimmte Teilhabe am Leben* ermöglichen (Farin & Stein, 2009). Als Grundlage dieses Verständnisses dient dem Gesetzgeber die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (engl.: *International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF]*) und das darin integrierte biopsychosoziale Modell der WHO (DRV Bund, 2009). Dieses Modell beschreibt die Interaktion zwischen der Aktivität eines Individuums und den Körperfunktionen, der Partizipation (Teilhabe) und dem Gesundheitsproblem (laut ICD-10) – es weist aber insbesondere auf die Bedeutung von Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren für die funktionale Gesundheit oder die Funktionsfähigkeit einer Person hin.

Damit wird Behinderung (im Sinne einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit) einerseits erstmals für alle Sozialleistungsbereiche einheitlich definiert, andererseits wird jetzt zwischen *körperlicher*, *geistiger* und *seelischer* Gesundheit unterschieden. Die ICF-

Klassifikation beinhaltet als definierende Komponenten u.a. *Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivität* und *Partizipation bzw. Teilhabe*. Diese Klassifikation ist im Gegensatz zum sogenannten *Krankheitsfolgenmodell der Rehabilitation*, welches einen Vorläufer darstellt, wertneutral (Gutenbrunner et al., 2007).

Die ICF-Klassifikation wird genutzt, um Einschränkungen der Gesundheit im Rahmen einer Rehabilitation zu klassifizieren sowie um die funktionale Gesundheit einer Person zu beschreiben und einzuschätzen (Hüller & Schuntermann, 2005).

2.2 Rehabilitationsforschung: gestern und heute

Das Rehabilitationssystem in Deutschland bietet ein breites Spektrum an medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungsangeboten und ist gleichzeitig fachlich spezialisiert und differenziert (Haaf & Schliehe, 2000); im internationalen Vergleich gilt es als fortschrittlich und hoch entwickelt (Volk & Kunze, 2012). Nichtsdestotrotz wird dieses System, wie in der Einleitung angedeutet, in den nächsten Jahren mit einer steigenden Anzahl chronisch Kranker konfrontiert werden. Um diese Herausforderungen besser zu bewältigen, ist es wichtig, eine ständige, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Neubewertung der verschiedenen Rehabilitationskonzepte und -strukturen stattfinden zu lassen. Nur so kann eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Rehabilitationsversorgung garantiert werden (Haaf & Schliehe, 2000).

Diese Betrachtungsweise ist jedoch erst seit kurzem eine weitgehend akzeptierte Lehrmeinung: Bis Anfang der 90er Jahre war das Forschungsgebiet *Rehabilitationswissenschaften* in Deutschland wenig populär und nur wenige Forschungszentren waren etabliert. An vielen deutschen Hochschulen wurden bis dahin keine rehabilitationswissenschaftlichen Seminare angeboten (Koch et al., 2007).

Als Mitte der 90er Jahre einige Neuerungen im Bereich *Rehabilitation* eintraten und die Deutsche Rentenversicherung gemeinsam mit dem Bundesforschungsministerium diesen Bereich nachhaltig förderte, wurde die Rehabilitationsforschung entschieden vorangetrieben und als eigenständiges Forschungsgebiet etabliert. Als primäres Ziel galt eine wissenschaftliche und konstruktive Auseinandersetzung mit allen Aspekten der Rehabilitationsversorgung und des Rehabilitationssystems durchzusetzen (Haaf & Schliehe, 2000). Außerdem sollte eine verstärkte Bedarfs- und Ergebnisorientierung durch Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung in der Rehabilitation geschaffen werden (Koch et al., 2007).

Heute soll Rehabilitationsforschung individuelle Entwicklungen untersuchen und fördern, die zu einer verbesserten Anpassung an die Erkrankung und die (meist längerfristige) Beeinträchtigung führen (Haaf & Schliehe, 2000). Hierzu bildet erneut das *biopsychosoziale Modell* der WHO und das dreidimensionale Verständnis von Funktionsfähigkeit (*Körperfunktionen* und *-strukturen, Aktivitäten, Partizipation*) die Grundlage. Dies sorgt für einen interdisziplinären Forschungsansatz, der für sich eine ganzheitliche Sichtweise der Behandlung in der Rehabilitation jedes Einzelnen beansprucht (Haaf & Schliehe, 2000).

Es werden dabei *inhaltliche* und *strukturelle* Anforderungen an die Rehabilitationswissenschaft gestellt (Weis & Koch, 1996): Interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie eine Vernetzung von Theorie, Forschung und Praxis sollen gewahrt werden. Weiterhin sind Kommunikation und Austausch zwischen Praktikern, Forschern und Vertretern der Rehabilitationsträger wichtig und das biopsychosoziale Prozessmodell soll als theoretische Grundlage dienen.

Um diesem Anspruch Rechnung zu tragen, sind in der Folge diese wesentlichen Forschungsfelder entstanden (Haaf & Schliehe, 2000): *Rehabilitationsdiagnostik und Prognose des Rehabilitationserfolges, Patient in der Rehabilitation, Untersuchung zur Wirksamkeit von rehabilitativen Maßnahmen und Reha-Systemforschung*. In den letzten Jahren haben sich zudem folgenden Themen als besonders relevant herausgestellt: *indikationsübergreifende Rehabilitationsforschung, Patientenorientierung, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung und Leitlinien* (Koch et al., 2007).

Aktuelle Forschungsgebiete betreffen u.a. Zielorientierte individuelle Nachsorgekonzepte (Fahrenkrog et al., 2018), online-gestützte Informationsangebote für die Nachsorge (Stamm-Balderjahn et al., 2018) und die qualitätsorientierte Einrichtungsauswahl (Koch, 2019; DEGEMED, 2018).

2.3 Qualitätssicherung

Wie oben erwähnt, ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) der größte Leistungs- und Kostenträger rehabilitativer Maßnahmen in der Bundesrepublik Deutschland (DRV, 2018b). Sie ist daher besonders an Qualität und Nutzen der durchgeführten rehabilitativen Maßnahmen interessiert.

Im Kontext der Qualitätssicherung wurden bereits sehr früh drei *Qualitätsdimensionen* unterschieden - *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* – die es jeweils separat zu untersuchen gilt (Dorenburg & Tiefensee, 2000):

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation stellt *Strukturqualität* die strukturellen Voraussetzungen für die medizinische Versorgung und die Leistungserbringung dar. Hierzu zählen insbesondere *personelle* und *räumliche Gegebenheiten, medizinisch-technische Ausstattung* und *das therapeutische Angebot*. Davon unterschieden wird die *Prozessqualität, welche u.a. die Angemessenheit diagnostischer und therapeutischer Leistungen sowie die sachgerechte Durchführung* betrifft – *Prozessqualität ist das Tun oder Nicht-Tun am Patienten*.

Schließlich bleibt die *Ergebnisqualität*: Hier geht es u.a. um den Grad der Zielerreichung und die endgültige Beurteilung des Erfolgs einer Maßnahme. Diese Qualitätsdimensionen bilden die Grundlage der Qualitätssicherung.

Weiterhin gilt Qualitätssicherung als Oberbegriff verschiedener Maßnahmen, die das gemeinsame Ziel verfolgen, die Qualität gesundheitsbezogener Leistungen und die Versorgungspraxis systematisch zu hinterfragen, d.h. zu bewerten, zu fördern und - falls notwendig - zu verbessern (Nübling & Schmidt, 1998, zitiert nach Dorenburg & Tiefensee, 2000, S. 199). Es ist anzunehmen, dass der Stellenwert der Qualitätssicherung, auch aufgrund der genannten gesellschaftlichen Veränderungen in den nächsten Jahren zunehmen wird. Steigende Ressourcenknappheit wird qualitativ hochwertige Rehabilitationsmaßnahmen notwendig machen. Qualitätssicherung kann in dieser Hinsicht durch Förderung einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung den Wettbewerb anstoßen (Dorenburg & Tiefensee, 2000).

Als übergreifende Ziele der Qualitätssicherung können formuliert werden: *Verbesserung der Wirksamkeit der Leistungen, Gewährleistung einer bedarfs- und patientengerechten Versorgung, Erhöhung der Transparenz der Leistungserstellung und Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven*. Um diese Ziele auch im Bereich der *medizinischen Rehabilitation* erreichen zu können, wurden schließlich spezielle Reha-Qualitätssicherungsprogramme entwickelt und etabliert (Dorenburg & Schliehe, 1998).

In den letzten 20 Jahren ist eine zunehmende institutionelle Ausdifferenzierung von *Qualitätsmanagement* und *Qualitätssicherung* in der medizinischen Rehabilitation zu

beobachten. Dies wird erreicht, indem immer neue systematische und kontinuierliche Aktivitäten zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung realisiert werden (Farin & Jäckel 2011).

Auch die Deutsche Rentenversicherung hat in den letzten Jahren ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Es setzt sich aus mehreren Bausteinen zusammen, die gemeinsam zur Sicherung der genannten Qualitätsdimensionen (*Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität*) beitragen sollen (Egner et al., 1998): Von allen beteiligten Einrichtungen werden bestimmte Strukturqualitätsmerkmale erfasst, die sowohl die gegebenen Voraussetzungen vor Ort als auch die konzeptuellen Merkmale betreffen. Diese Erfassung kann dafür genutzt werden, dass Rehabilitanden individueller zugewiesen werden können.

Ein weiterer Aspekt bildet das sog. Peer-Review-Verfahren, bei welchem geschulte Fachkollegen (sog. Peers) auf der Basis anonymisierter, zufällig ausgewählter Patientenunterlagen die Reha-Prozessqualität abgeschlossener Behandlungsfälle begutachten. Als Grundlage dient hierbei der standardisierte Entlassungsbericht der DRV, welcher durch einen individuellen Therapieplan ergänzt wurde.

Seit 2007 setzt die Deutsche Rentenversicherung als weiteres Instrument des Qualitätssicherungsprogramms die standardisierte Patientenbefragung ein, die u.a. die Zufriedenheit und das Ergebnis der Rehabilitation abfragt und regelmäßig durchgeführt wird (DRV, 2007). Dieser standardisierte Fragebogen zur Rehabilitandennachbefragung enthält 25 Fragen, die meist mittels 5-Stufen-Skalierung beantwortet werden können. Außerdem werden Einschätzungen hinsichtlich der Fragebogen-Verständlichkeit sowie soziodemographische Daten erfasst. Inhaltlich ist der Fragebogen in 11 übergeordnete Themenabschnitte eingeteilt, die jeweils einer eigenen Rehaprozess-relevanten Thematik zugeordnet werden können: u.a. *Gesundheitszustand vor der Reha, Fragen zum Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik, Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha, Erwerbstätigkeit und Leistungsvermögen*.

2.4 Entlassungsmanagement und Nachsorge

Das deutsche Gesundheitssystem ist sektoral gegliedert: einerseits gibt es eine separate *ambulante Versorgung* (z.B. Praxis eines niedergelassenen Arztes), andererseits die Möglichkeit der *stationären Versorgung* (z.B. Krankenhaus). Zusätzlich gibt es den Sektor der

Rehabilitation (stationär oder ambulant). Das Durchlaufen aller dieser Sektoren, die alle an der Behandlung eines einzelnen Patienten beteiligt sind, wird *Patientenkarriere* genannt (Faller & Lang, 2010). *Patientenkarriere* kann zudem bedeuten, dass mehrere Behandelnde bzw. Behandlungseinrichtungen im Sinne des Patienten zusammenwirken und teilweise sogar gemeinsam Entscheidungen treffen müssen (Brucks, 2008).

Durch die sektorale Gliederung kann es unter Umständen zur sog. *Schnittstellenproblematik* kommen. Schnittstellen sind dabei in komplexen Sozialsystemen vorkommende Übergangsstellen, „an denen organisatorische Zuständigkeiten, berufliche Fachkompetenzen und erbrachte Dienstleistungen ‚enden‘ [...] (Winge et al., 2002, S. 40). Die Informationsweitergabe zwischen den Sektoren kann dadurch erschwert sein, dass ein Behandlungssektor nicht die gleichen Informationen über einen Patienten (z.B. Vorerkrankungen und Therapien) besitzt wie ein anderer. Diese und andere sog. Schnittstellenprobleme können ungünstige Auswirkungen auf den Behandlungsprozess haben (Harfst et al., 2002) und sie können zu Störungen im Nachsorgeprozess führen (Raetzell, 2004).

Die *Schnittstellenproblematik* zeigt sich auch im Bereich der *medizinischen Rehabilitation*, da oftmals unterschiedliche Institutionen (u.a. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ambulante Gruppen) am Rehabilitationsprozess beteiligt sind und miteinander die Versorgung einzelner Patienten gestalten (Egelkraut & Glaser-Möller, 2010). Nach Raspe (2010) gibt es vielfältige Kommunikationsbeziehungen im Rehabilitationsprozess, die jedoch häufig nur ungenügend funktionieren: die Beziehung zwischen den Versicherten und dem Hausarzt, die Kontaktaufnahme mit der Rentenversicherung und die Antragsstellung sowie die Beziehung zwischen der Reha-Klinik und dem Hausarzt bzw. dem Arzt in der Rehabilitationseinrichtung.

2.4.1 Entlassungsmanagement

Gerade im Kontext der Schnittstellenproblematik gewinnt daher ein umfassendes Entlassungsmanagement immer mehr an Bedeutung. Entlassungsmanagement bedeutet eine koordinierte Entlassung, die frühzeitig (bei Aufnahme) den poststationären Versorgungsbedarf eines Patienten miteinbezieht (Wiedenhöfer et al. 2010). Das

Bundesministerium für Gesundheit (2016) beschreibt hierzu die Problematik des Entlassungsmanagements wie folgt:

„Der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in eine weitergehende medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung stellt eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten dar. Ziel muss sein, möglichst allen betroffenen Personen eine zeitige Rückkehr in den häuslichen Bereich, erforderlichenfalls mit ambulanter Pflege und Betreuung, zu ermöglichen. Um die Kontinuität der Behandlung und Betreuung durch einen nahtlosen Übergang sicherzustellen, bedarf es eines umfassenden, frühzeitig einsetzenden sektorenübergreifenden Versorgungsmanagements.“

Was hier gleich zu Beginn thematisiert wird, ist heutzutage ein häufiges Problem: Vor allem *vulnerable Patienten* (z.B. ältere oder chronisch kranke Patienten) sind durch manifeste Risiken, wie z.B. poststationäre gesundheitlichen Komplikationen oder die direkte Wiederaufnahme in ein Krankenhaus gefährdet (Jung & Stahl, 2013).

Kurlemann (2010) warnt in diesem Kontext vor dem sogenannten *Drehtüreffekt*: Ein Patient muss nach einem kurzen Aufenthalt zuhause unerwartet wieder in die Klinik eingewiesen werden, da er seinen Gesundheitsstatus nach der Entlassung nicht halten kann. Kompliziert wird dies deswegen, weil eine solche zeitnahe Wiederaufnahme, wenn sie hundert- oder tausendfach geschieht, das Gesundheitssystem empfindlich schädigen kann. Kurlemann fordert daher in Zeiten der DRGs oder Fallpauschalen-Abrechnung, die eine immer zeitigere Entlassung nach sich ziehen, dass ein „gut funktionierendes Entlassungsmanagement [...] in den Behandlungsstrukturen der Krankenhäuser fest verankert sein“ (a.a.O., S. 833) muss. Es müssten systematisch die Patienten erfasst werden, die ein gezieltes Entlassungsmanagement benötigen, um ausreichend Zeit für eine „zeitintensive Planung“ (a.a.O., S. 834) zu besitzen. Die könnte zur angesprochenen medizinischen Versorgungskontinuität führen.

Die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich Entlassungsmanagement aus der Krankenhausbehandlung finden sich im sog. Rahmenvertrag Entlassungsmanagement gemäß SGB V. Hier ist dargelegt, dass Krankenhäuser ein standardisiertes Entlassungsmanagement in multidisziplinärer Zusammenarbeit (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialdienst etc.) etablieren müssen. Diese Bestimmungen gelten gemäß § 40 Abs. 2 SGB V auch für stationäre

Rehabilitationskliniken (allerdings nur für Rehabilitanden, deren Rehabilitationsträger die gesetzliche Krankenversicherung ist) (Kraus & Koch 2018). Die Aufgabe eines Leistungserbringers ist es daher auch, neben einer adäquaten Rehabilitationsleistung die Nachsorge sicherzustellen. Falls nach der Entlassung erforderlich, ist es für Krankenhäuser und auch für Rehabilitationseinrichtungen möglich für einen Zeitraum bis zu 7 Tage Leistungen wie bspw. Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel zu verordnen (Bönisch & Ernst 2018).

2.4.2 Ablauf des Entlassungsmanagements

Wie ein derartiges Entlassungsmanagement im klinischen Alltag ablaufen könnte, skizzieren Mille und Stier (2014): *Entlassungsmanagement* beginnt hier bereits bei der Aufnahme der Patienten. Das heißt, dass bei elektiven Eingriffen schon beim ersten Patientenkontakt das zu erwartende postoperative Versorgungsbedürfnis exploriert und eingeschätzt wird. Wird dann festgestellt, dass sich durch die Operation z.B. besondere Anforderungen an die heimische Versorgungssituation ergeben, müssen bereits in der Folge des ersten Patientenkontakts Möglichkeiten der poststationären Versorgungshilfen besprochen werden. Dadurch ist im Vorfeld eine gezielte Vorbereitung möglich und der weitere Umgang mit den Patienten und ihren Angehörigen wird erleichtert.

2.4.3 Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement

Folgende Einflussfaktoren können auf ein umfassendes und sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement wirken (Eckl, 2010): Zunächst hat sich in den letzten Jahren die durchschnittliche *Verweildauer* in den Krankenhäusern in Deutschland deutlich reduziert, was eine verkürzte Vorbereitungszeit auf die Entlassung nach sich zieht. Dies kann die Durchführung eines patientengerechten Entlassungsmanagements erschweren. Ein weiterer Einflussfaktor auf das Entlassungsmanagement bildet die *soziale Situation* des Patienten. Hier müssen sowohl Ressourcen der Patienten als auch Defizite exploriert werden. Schließlich ist ein funktionierendes Entlassungsmanagement abhängig von *internen Krankenhausstrukturen*. Es müssen daher im Vorhinein strukturelle Voraussetzungen hinsichtlich Prozessanalyse, festgelegter Arbeitsschritte und geltender

Kompetenzzuordnungen geschaffen werden, um ein umfassendes Entlassungsmanagement zu garantieren.

2.4.4 Reha-Entlassungsbericht und Entlassungsmanagement aus der medizinischen Rehabilitation

Angesichts der hohen Zahl jährlich bewilligten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation besitzt der am Ende einer Rehabilitationsmaßnahme von den Behandlern erstellte Reha-Entlassungsbericht einen hohen sozialmedizinischen Stellenwert, nicht nur für die Behandler sondern auch für die Rehabilitanden. Er wird nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme erstellt, ist einem Arztbrief ähnlich und ist durch einen streng standardisierten Aufbau charakterisiert: Zuerst erscheinen Basisinformationen über die Patienten, es folgen die sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit, die Dokumentation therapeutischer Leistungen und ein ausführlicher Arztbericht (Textteil); dieser enthält u.a. das Therapieziel in der Rehabilitation, den Rehabilitationsverlauf, das Rehabilitationsergebnis, die sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgeempfehlungen (Deutsche Rentenversicherung, 2015).

Dieses standardisierte Format soll dazu beitragen, dass alle am Rehabilitationsprozess beteiligten Institutionen bzw. Personen optimal und zeitnah über patientenspezifische Informationen verfügen können. Der Entlassungsbericht nimmt damit vielfältige Funktionen wahr: Informationsweitergabe, Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens, Vernetzungsfunktion (soll zur Kontinuität der Versorgungskette beitragen), Funktion als Qualitätsindikator („Visitenkarte“ der Rehabilitationseinrichtung) und Baustein für Rehabilitationsplanungen (Deutsche Rentenversicherung, 2015), wie sich auch in einer größeren empirischen Studie zur Nutzung des Entlassungsberichtes bestätigen ließ (Ahnert et al., 2014).

Um bei der Überwindung der oben genannten *Schnittstellenproblematik* zu helfen, ist eine zeitnahe Entstehung des Entlassungsberichts grundlegend, bildet dieser doch „das wichtigste Kommunikationsmittel zwischen der institutionellen Rehabilitation und der ‚nachstationären‘ Phase [...]“ (Gerdes, 2004, S. 42).

Im Bereich *Entlassungsmanagement* in der medizinischen Rehabilitation gibt es aktuell keine einheitlichen Handlungspfade oder orientierende Leitlinien. Es fehlt insgesamt auch an einer

einheitlichen Definition. Diese sollte zudem neben rein medizinischen Aspekten der Entlassung zusätzlich rehabilitationsspezifische Aspekte wie z.B. *Zielvereinbarungen, Nachsorge, Umgang mit dem Reha-Entlassungsbericht* enthalten.

Angesichts dieser fehlenden Festlegung sollen an dieser Stelle und nach Berücksichtigung des rehabilitationswissenschaftlichen Hintergrundes einige nach eigenem Ermessen grundlegende Aspekte eines *umfassenden und sektorenübergreifenden Entlassungsmanagements aus der medizinischen Rehabilitation* genannt werden:

Von Bedeutung für das Entlassungsmanagement sind bereits die zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme stattfindenden *Aufnahmegespräche* zwischen Behandlern und Rehabilitanden. In diesen Gesprächen sollen eigene Reha-Ziele vom Patienten kommuniziert, formuliert bzw. zusammen mit dem Behandler erarbeitet werden können. Außerdem sollte während der Rehabilitationsmaßnahmen über *Nachsorgemaßnahmen* gesprochen bzw. ein *Nachsorgeschema* für den Alltag erstellt und mit dem Patienten in einem *Abschlussgespräch* besprochen werden. Hier wäre es wichtig, Hinweise auf besondere Nachsorgeprogramme zu geben, ggf. sollten Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung getroffen werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt eines funktionierenden Entlassungsmanagements und besonders in Hinblick auf die oben erwähnte *Schnittstellenproblematik* wäre die *zeitnahe Erstellung* und der *Versand des Entlassungsberichts*.

2.4.5 Nachsorge

Im rehabilitationswissenschaftlichen Kontext ist die Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag der Rehabilitanden (*Nachsorge*) von großer Bedeutung. Durch eine aktive Nachsorge können Erfolge, die während der stationären Phase erreicht wurden, zu langfristigen Gesundheitsverbesserungen für die Rehabilitanden führen (Gerdes, 2004). Zu häufig wird jedoch durch nachträgliche Patientenbefragungen herausgefunden, dass die Nachsorgeaktivitäten vieler Rehabilitanden niedrig sind (Köpke, 2005), und dies, obwohl sowohl die kurzfristige als auch die längerfristige Wirksamkeit der Reha in unterschiedlichem Ausmaß belegt ist (Haaf, 2005). Ein Grund für die niedrige Nachsorgeaktivität könnte sein, dass die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für die Rehabilitanden weitgehend

mit einem stationären Aufenthalt in einer Klinik und nicht mit deren Fortführung zuhause assoziiert ist (Deck et al., 2009).

3. Ziele und Fragestellungen

Die zielorientierte, partizipative und individualisierte Behandlungsplanung in der Rehabilitationseinrichtung und ein Entlassungsmanagement, welches den Rehabilitanden dazu anleitet, die Reha-Ziele nach dem Aufenthalt fortzuführen und in geeigneter Weise unter Alltagsbedingungen weiter anzustreben, stellen zentrale Qualitätsmerkmale für die medizinische Rehabilitation dar (Jäckel & Bengel, 2008). Während Entlassungsmanagement im Bereich der allgemeinen Klinikversorgung in Deutschland mittlerweile zum gesetzlich geforderten Standard gehört und zunehmend erforscht wird (Wiedenhöfer et al. 2010, Mille & Stier 2015), ist dieser Bereich im Kontext rehabilitationsmedizinischer Fragestellungen, wie oben erläutert, noch nicht hinreichend untersucht. Ein Standard zum Entlassungsmanagement aus der Rehabilitation wurde bislang auch noch nicht als Qualitätsindikator in die Qualitätssicherung aufgenommen.

Zielsetzung dieser Arbeit soll es daher sein, ein Fragebogeninstrument zu entwickeln, praktisch zu erproben und anschließend formativ zu evaluieren, das durch den Rehabilitationsträger in einer postalischen Reha-Nachbefragung (ca. 2-4 Monate nach der Rehabilitation) eingesetzt werden kann und die Qualität des Entlassungsmanagements erfassen soll.

Unter dem Blickwinkel der späteren Einsatzmöglichkeiten in der Qualitätssicherung soll außerdem geprüft werden, ob der Fragebogen zur Erhebung klinikspezifischer Unterschiede zwischen Rehabilitationskliniken und damit zur Verdeutlichung von Verbesserungspotentialen genutzt werden kann. Weiterhin soll das Instrument auch qualitative Hinweise auf Erfolgs- und Hindernisfaktoren für die medizinische Rehabilitation liefern können, die dann Impulse für das klinikbezogene Qualitätsmanagement bieten können.

Die Hauptfragestellung lautet:

Ist der neu entwickelte Kurzfragebogen zum Entlassungsmanagement deutscher Rehabilitationskliniken im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation routinemäßig einsetzbar?

Teilfragen bzw. Nebenfragestellungen betreffen folgende Aspekte:

1. Wie hoch ist der Anteil der Rehabilitanden, die im Nachbefragungszeitraum ihren Entlassungsbericht erhalten haben?
2. In welchem Ausmaß geben die Rehabilitanden in der Nachbefragung an, dass zielorientierte Aufnahme- und Abschlussgespräche durchgeführt wurden?
3. Lassen sich mit diesem Fragebogen Hinweise auf Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden zwischen den Rehabilitationskliniken (bzw. Abteilungen) finden?
4. Ist es möglich, mittels des Fragebogens geschlechtsspezifische, altersgruppenspezifische sowie indikationsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden festzustellen?
5. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein von eigenen Zielen vor der Rehabilitation und der Fortführung der Reha-Maßnahmen im Alltag?
6. Gibt es Zusammenhänge zwischen dem Erhalt des Reha-Entlassungsberichts und der Fortführung von Reha-Maßnahmen im Alltag?
7. Gibt es einen Zusammenhang zwischen einer höheren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme insgesamt und einem Abschlussgespräch?
8. Wie hoch ist die angegebene Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Rehabilitation?
9. Welche Themen werden im Freitextbereich von Rehabilitanden genannt? Gibt es Unterschiede zwischen den Kliniken?

Die Teil- und Nebenfragestellungen behandeln folgende Themenbereiche: Mittels Nebenfragestellung Nr. 1 soll herausgefunden werden, inwieweit die Rehabilitationskliniken den zeitnahen Versand des Entlassungsberichts einhalten. Anschließend soll das Vorhandensein von Aufnahme- und Abschlussgesprächen in der Rehabilitation als Teil des Entlassungsmanagements abgefragt werden. Die Nebenfragestellungen 3 und 4 betreffen mögliche Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden. Weiterhin sollen mögliche inhaltliche Zusammenhänge zwischen den Antworten der Rehabilitanden geprüft werden (Nr. 5-7). Dazu wird auch die allgemeine Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Rehabilitationsmaßnahme erhoben, da diese eine wichtige vermittelnde oder Einflussvariable bei der Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme darstellen dürfte. Schließlich sollen auch die Freitextangaben analysiert und ausgewertet werden.

4 Methodik

4.1 Studiendesign

Bei dieser Untersuchung handelt sich um eine Querschnittsstudie, die als postalische Nachbefragung nach dem Rehabilitationsaufenthalt bei allen Rehabilitanden im Rekrutierungszeitraum für einen definierten Erhebungszeitraum durchgeführt wurde. Die ehemaligen Rehabilitanden der acht Rehabilitationskliniken der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern wurden ca. zwei Monate nach Ende ihres Rehabilitationsaufenthaltes mithilfe des neu entwickelten Fragebogeninstruments postalisch nachbefragt.

4.2 Stichprobe und Rekrutierung

Die Erhebung erfolgte in den beteiligten Kliniken als Vollerhebung bei allen ehemaligen Rehabilitanden, bei denen die Rehabilitation ca. zwei Monate zurück lag, beginnend ab einem von der Hauptverwaltung der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern definierten einheitlichen Zeitpunkt (Zeitstichprobe - konsekutive Stichprobenziehung).

Die Rekrutierung sollte über einen Zeitraum von ca. einem halben Jahr hinweg erfolgen, damit eine hinreichend große Stichprobe von Fragebögen verschickt werden konnten (ca. 200/Klinik). Die Probanden wurden in dem Anschreiben (s. Abb. A.1 im Anhang) gebeten, den beigefügten Fragebogen auszufüllen und anschließend mit einem ebenfalls beigefügten vorfrankierten/-adressierten Rückumschlag an die Deutsche Rentenversicherung Nordbayern in Würzburg zurückzusenden.

In Zusammenarbeit mit der DRV Nordbayern konnten acht DRV-eigene Rehabilitationskliniken mit unterschiedlichen Abteilungen als Partner dieser Untersuchung gewonnen werden (an dieser Stelle erfolgt eine Pseudonymisierung mittels Buchstaben A-H):

Klinik	Abteilungen
A	Kardiologie und Orthopädie
B	Kardiologie und Psychosomatik
C	Onkologie und Orthopädie
D	Orthopädie
E	Dermatologie, Orthopädie und Innere Medizin
F	Onkologie und Urologie
G	Orthopädie
H	Innere Medizin und Orthopädie

Diese Kliniken waren angehalten, jeweils 200 Fragebögen an die ehemaligen Rehabilitanden im Anschluss (ca. nach zwei Monaten) an die Rehabilitationsmaßnahme zu versenden.

Um für eine ausreichende Anonymität der befragten Rehabilitanden und der teilnehmenden Kliniken zu sorgen, werden die Kliniken im weiteren nicht namentlich genannt, sondern mithilfe einer zufälligen Verschlüsselung numerisch codiert (Kliniken 1-8, Abteilungen 1-15) dargestellt.

4.3 Durchführung

Die konkrete Durchführung der Erhebung wurde von den einzelnen Rehabilitationskliniken selbst organisiert. Dazu erhielten die Kliniken eine endgültige Fassung des Fragebogens sowie ein Blanko-Anschreiben, das von dem jeweiligen Chefarzt unterzeichnet wurde (s. *Anschreiben Patienten* und *Anschreiben Versand* im Anhang). Die Fragebögen waren je Klinik bzw. Fachabteilung (falls eine Klinik mehrere Fachabteilungen hatte, z.B. Gastroenterologie oder Orthopädie) gekennzeichnet, um die Antwortbögen hinterher zuordnen zu können. Die Kliniken vervielfältigten die entsprechend benötigte Anzahl der Unterlagen und versandten sie sodann an ihre ehemaligen Rehabilitanden. Weiterhin lag dem Anschreiben ein bereits frankierter Rücksendeumschlag bei. Da je nach Größe der Fachabteilung unterschiedlich viele Patienten in den Reha-Kliniken behandelt wurden, differierte die Anzahl der versandten Fragebögen dementsprechend.

Zudem wurden die Rehabilitanden in den Kliniken ab Beginn der Untersuchung darüber informiert, dass sie ca. zwei Monate nach der Entlassung zum Aufenthalt in dieser Klinik postalisch nachbefragt werden.

4.4 Entwicklung des Fragebogeninstrumentes, Erprobung und formative Evaluation

Ein zentraler Aspekt dieser Arbeit und der hierfür notwendigen Fragebogenentwicklung stellt die *formative Evaluation* dar, bei welcher die Machbarkeit und Verbesserungspotenziale eines Instruments bzw. seines Einsatzes in der praktischen Umsetzung geprüft werden (Bortz & Döring, 2002). Dadurch soll eine Optimierung des eingesetzten Verfahrens ermöglicht und sollen Fehlerquellen frühzeitig identifiziert werden.

In der Literatur werden unterschiedliche Aspekte der *formativen Evaluation* beleuchtet: Für Morfeld und Wirtz (2006) bedeutet formative Evaluation die optimale Implementation einer Maßnahme. Es sollen zudem Faktoren ermittelt werden, die eine Programmimplementation optimieren können. Weiterhin sollen Prozesse geklärt werden, die durch eine Programmimplementation beeinflusst oder ausgelöst werden können und die das Erreichen der Interventionsziele erschweren oder erleichtern können. Moore et al. (2015) betonen zudem die Relevanz einer Machbarkeitsprüfung im Anschluss an eine Interventionsentwicklung. Die daraus entstehende Prozessevaluation könne eine sehr *lebendige Rolle* (engl.: „*vital role*“ [p. 2]) für das Verständnis und die Machbarkeit der Intervention sowie deren Optimierung spielen.

Ganz im Sinne einer *formativen Evaluation* wurde der selbst entwickelte Fragebogen über einen längeren Zeitraum hinweg unter inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten beraten und – im Diskurs mit den Reha-Wissenschaftlern der Abteilung für Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg sowie mit den leitenden Ärzten der beteiligten Rehabilitationskliniken - immer wieder intensiv überarbeitet (s. Kap. 5). Anschließend wurde der Fragebogen praktisch in der Rehabilitandennachbefragung eingesetzt und erprobt, so dass die tatsächliche Umsetzbarkeit anhand der Rückmeldungen der Rehabilitanden, der beteiligten Rehabilitationskliniken und der Chefärzte untersucht werden kann. Eine anschließende statistische Auswertung der Ergebnisse soll zudem prüfen,

ob mit Hilfe des Fragebogens u.a. Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden unterschiedlicher Kliniken (Abteilungen etc.) festzustellen sind.

Als *Teilschritte der formativen Evaluation* in dieser Arbeit können daher betrachtet werden:

die Entwicklung des Fragebogeninstruments, die Rückmeldungen der beteiligten Kliniken hinsichtlich des Fragebogens und des Versands sowie die Nachbefragung der beteiligten Mitarbeiter.

Zur Erprobung des Fragebogens werden die *Organisation des Versandes, die Bereitschaft der Rehabilitanden zum Ausfüllen des Fragebogens (Rücklaufquote)* und die *statistische Auswertung* gezählt. Der genaue und detaillierte Ablauf der einzelnen Evaluations- und Rückmeldephasen wird in Kap. 5 dargestellt.

4.5 Quantitative Auswertung

Für die statistische Auswertung der Fragebögen wurde das Statistik-Programm SPSS (Version 21) genutzt. Die Fragebögen wurden mit einer fortlaufenden Nummer versehen und anschließend manuell in das Datenverarbeitungsprogramm eingegeben. Um eine quantitative Auswertung der Daten vorzunehmen, wurden die verbalen Antwortalternativen der einzelnen Fragen in Ziffern umgesetzt (z.B. sehr groß = 1, groß = 2, mittel = 3, gering = 4, sehr gering = 5).

Für die Ergebnisdarstellung (s. Kap. 6) wurden zunächst deskriptive Statistiken erstellt. Zur Signifikanzprüfung möglicher Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden erfolgten je nach Skalenniveau eine einfaktorielle Varianzanalyse oder Chi-Quadrat-Tests.

4.6 Qualitative Inhaltsanalyse

Da es sich bei einem Frage-Item (Nr. 10) um eine offene Frage mit der Möglichkeit einer Freitextformulierung handelt, sollten die von den Rehabilitanden frei verfassten Kurztexpte und Kommentare im Sinne einer *qualitativen Inhaltsanalyse* ausgewertet werden. Für die Analyse wurde als Orientierung die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Brunner (2009) genutzt. Diese betrachtet u.a. als wesentliches Element das Arbeiten mit *Kategorien*

oder *Kategoriensystemen*. Wichtige Schritte sind hierbei die Textzusammenfassung sowie dessen *Reduktion auf die Kernaussagen*, eine *inhaltliche Strukturierung* und die *induktive Kategorienbildung*. Im Ergebnis dieser Analyseschritte werden die Rückmeldungen der Rehabilitanden inhaltlich zusammengefasst und komprimiert. Mit Hilfe der aus den Antworttexten induktiv abgeleiteten Kategorien werden die verschiedenen Antworten thematisch sortiert. Im Anschluss daran wird eine Auswertung der Freitextangaben mittels des entwickelten Kategoriensystems durchgeführt. Um das gesamte Antwortspektrum differenziert wiedergeben zu können, werden auch Angaben der Rehabilitanden erläutert und kategorisiert, die keinen direkten Bezug zum Entlassungsmanagement haben, jedoch wichtige Anregungen für das Qualitätsmanagement der einzelnen Kliniken bedeuten können.

Die folgenden elf thematischen Kategorien konnten anhand der Antworttexte der Rehabilitanden formuliert werden:

1. Klinikpersonal (Ärzte und Pflegekräfte)
2. Zufriedenheit mit Reha insgesamt
3. Organisation/Ablauf der Reha
4. Zufriedenheit mit körperlichem Zustand bzw. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung
5. Verpflegung
6. Nachsorge
7. Patientenschulung
8. Entlassungsbericht
9. Haus und Unterbringung
10. Anwendungen/Behandlung
11. Reha-Verfahren, Antragsstellung, Zugang zur Rehabilitation

Nach der ersten thematischen Einteilung in Kategorien erfolgte eine inhaltliche Wertung, bei der die Aussagen der Rehabilitanden differenziert wurden in *positive*, *negative* und *wertungsfreie Nennungen*.

Sollte die Rückmeldung eines Rehabilitanden mehrere thematische Kategorien betreffen, d.h. thematische Nennungen enthalten, die sowohl positiv als auch negativ zu werten sind,

dann werden die einzelnen Nennungen doppelt oder auch dreifach gewertet. Dies soll an einem Beispiel deutlich gemacht werden: Die Aussage eines Rehabilitanden „*Ich werde gerne wieder in Ihre Klinik kommen. Die Ärzte und die Betreuung waren vorbildlich und es gab gutes Essen*“ wird sowohl positiv für die Kategorie 1) *Klinikpersonal* als auch positiv für die Kategorie 5) *Verpflegung* gewertet. Das führt dazu, dass in der Auswertung eine größere Anzahl an thematischen Nennungen vorliegt, als es Freitextangaben gibt (224 Freitextangaben vs. 243 Nennungen).

Mit dem Ziel einer erhöhten Zuverlässigkeit der Kategorienbildung erfolgte eine Prüfung der Interrater-Übereinstimmung, indem die einzelnen thematischen Nennungen und Kategorienzuteilung ein zweites Mal von einer außenstehenden Expertin (Psychologie-Studentin und Mitarbeiterin in der Abteilung für Rehabilitationswissenschaften) überprüft und reevaluiert wurden, sodass unklare oder zweideutige Rückmeldungen durch eine Zweitmeinung eindeutiger zugeordnet werden konnten.

Aufgrund der speziellen Kennzeichnung der Fragebögen war es außerdem möglich, einzelne Wertungen den *jeweiligen Kliniken und Abteilungen* zuzuordnen.

4.7 Datenschutz und Ethik

Der Studienplan wurde am 7. April 2015 der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg vorgelegt. Mit dem Schreiben vom 10. Juli 2015 wurde die Untersuchung als unbedenklich eingestuft (Ethikvotum mit dem Aktenzeichen 84/15). Es wurden noch Hinweise zur Verbesserung des Informationsschreibens an die Rehabilitanden gegeben.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden ausschließlich anonymisierte Fragebogendaten der Rehabilitanden erhoben (keine Sozialdaten, insbesondere keine Arzteinschätzungen und keine Daten aus der Patientenakte). Die Fragebögen wurden in einem vorgegebenen Zeitraum an alle Rehabilitanden der beteiligten Kliniken der DRV Nordbayern geschickt, die in den zurückliegenden zwei bis vier Monaten ihre stationäre Rehabilitation abgeschlossen haben. Es wurden nur die Rehabilitanden angeschrieben, deren Kostenträger die DRV Nordbayern ist.

Allen Rehabilitanden, die in die Erhebungsstichprobe fielen, wurde durch die Kliniken der gleiche Fragebogen zugesandt. Diesem Brief wurde ein Erläuterungsschreiben des Chefarztes der Klinik beigelegt (s. Abb. A.1 im Anhang). Darin wurde über die geplante Erhebung berichtet, die dem Zweck dient, mehr über Verbesserungsmöglichkeiten der Klinik zu erfahren. Ferner wurde erläutert, dass die Teilnahme an dieser Befragung ausschließlich freiwillig ist und die Auswertung anonym erfolgt. Dies wurde dadurch gewährleistet, dass auf den Fragebogen keine weiteren Patientenangaben notiert werden sollen und dass von der Universität nur aggregierte (zusammenfassende) Daten über die Kliniken berichtet werden.

Es lag ferner ein voradressierter, freigestempelter Rücksendeumschlag („Porto zahlt Empfänger“) bei, mit dem der ausgefüllte Fragebogen anonym an die DRV Nordbayern zurückgesandt werden konnte („DRV Nordbayern, Stichwort Reha-Nachbefragung, 97064 Würzburg“). Es wurde außerdem zugesichert, dass die bei der DRV eingehenden Umschläge gesammelt und ungeöffnet an die Universität Würzburg weitergegeben werden. Weiterhin verbleiben die Fragebögen innerhalb der Universität Würzburg sicher und unzugänglich aufbewahrt. In der Universität wurden die Umschläge sodann geöffnet und die Daten in eine EDV-Maske übernommen und weiterverarbeitet. Die Original-Fragebögen wurden abgeheftet und nach den Vorgaben der Deutschen Forschungsgemeinschaft 10 Jahre archiviert. Im Ergebnisbericht und Publikationen werden nur aggregierte Daten wiedergegeben, personenbeziehbare Daten sind nicht vorhanden.

Die versandten Fragebögen waren nicht durchnummeriert oder personifiziert, somit war keine individuelle Rücklaufkontrolle möglich. Es konnte nicht festgestellt werden, ob bestimmte Personen geantwortet haben oder nicht. Auch sind aus den Antworten keine Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter möglich, so dass die Ergebnisse auch keinesfalls zur Leistungs- oder Verhaltenskontrolle verwendet werden können.

Die Rehabilitanden sollten auf den Fragebogen keine Daten angeben, die eine persönliche Identifizierung zulassen. Die einzigen für die Differenzierung der Stichprobe relevanten soziodemografischen Fragen beziehen sich auf das Geschlecht (m/w) und die Altersgruppe. Wegen der Häufigkeit der Altersgruppen und der Geschlechter in den Kliniken lassen diese Antworten aber keine Identifizierung einzelner Versicherter zu. Insofern wurden keine personenbezogenen Daten erhoben.

5 Fragebogenentwicklung

Das in der vorliegenden Untersuchung entwickelte Fragebogeninstrument war von Beginn als mögliche Ergänzung der routinemäßigen Rehabilitandennachbefragung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung gedacht. Dabei waren insbesondere Fragen zur Thematik des *Entlassungsmanagements aus der medizinischen Rehabilitation* von Interesse. Aber auch allgemein Reha-relevante Themen sollten in dem Fragebogen abgefragt werden (z.B. zur Zufriedenheit mit der Reha), um mögliche Zusammenhänge der Bewertung des Entlassungsmanagements mit der Gesamtbewertung der Rehabilitation abschätzen zu können. Da diese Nachbefragung zusätzlich zur routinemäßigen Nachbefragung der DRV im Rahmen der Qualitätssicherung stattfindet, sollte der konzipierte Fragebogen maximal 10-12 Items enthalten und einen überschaubaren zeitlichen Mehraufwand für die Rehabilitanden bedeuten. Die Fragen sollten dennoch eine differenzierte Bewertung der verschiedenen Aspekte des Entlassungsmanagements zulassen und auf diese Weise auch mögliche Unterschiede zwischen den Kliniken aufzeigen können, so dass die Ergebnisse im Rahmen des jeweiligen klinikinternen Qualitätsmanagements nutzbar sein können. Trotz aller Bemühungen kann es zu thematischen Überschneidungen oder inhaltlichen Ähnlichkeiten zwischen diesem Fragebogeninstrument und dem routinemäßig im Rahmen der Qualitätssicherung eingesetzten Fragebogen der DRV kommen, was nicht beabsichtigt ist und durch die mehrfache Überarbeitung des Fragebogens gemeinsam mit verschiedenen Expertengruppen minimiert sein sollte.

5.1 Itemformulierung und Einordnung in den thematischen Zusammenhang

Zu Beginn der Fragebogenkonstruktion wurden thematische Bereiche festgelegt, die der Fragebogen beinhalten soll. Es wurde darauf geachtet, dass inhaltlich möglichst komprimiert rehabilitationsspezifische Themengebiete (z.B. allgemeine Zufriedenheit mit der Reha, Reha-Ziele und partizipative Entscheidungsfindung) durch entsprechenden Frage-Items repräsentiert werden.

Nach Durchführung der Recherche und Sichtung der Literatur sowie vor dem Hintergrund des wissenschaftlichen Kontextes (s. Kap. 2) wurden folgende für den Fragebogen relevante

Themen ausgewählt: *Entlassungsmanagement als übergeordnetes Thema, Reha-Entlassungsbericht, Schnittstellenproblematik, Erwartungen an die Rehabilitation, allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme, Nachsorge, Reha-Zielvereinbarungen, soziodemographische Daten.*

Im Anschluss daran erfolgten die Item-Formulierung sowie ihre Zuteilung zum jeweiligen Themengebiet:

Tab. 5.1.: Item-Formulierung und thematische Zuordnung

Frage Nr.	Formulierung	Thematische Zuordnung/Inhalt
1	Wie groß waren Ihre Erwartungen an Ihren geplanten Rehabilitationsaufenthalt, bevor Sie diesen begonnen haben?	Erwartungen der Rehabilitanden vor der Rehabilitation
2	Wurde mit Ihnen im Aufnahmegespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über Ihre eigenen Reha-Ziele gesprochen (z.B.: Gewicht abnehmen, weniger Schmerzen, Verbesserung der psychischen Situation)?	gemeinsame Reha-Zielvereinbarungen
3	Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch (z.B. im Rahmen einer Abschlussvisite, ggf. durch einen Psychologen) durchgeführt?	Vorhandensein eines Abschlussgesprächs und dessen Inhalt
4	Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen?	
5	Sind Sie insgesamt nach der Klinikentlassung mit dem Ergebnis der Rehabilitation zufrieden?	allgemeine Zufriedenheit mit der Rehabilitation
6	Wie schwer fiel es Ihnen, Ihre während der Rehabilitation gefassten Vorsätze zur „Gesundheitsverbesserung“ in Ihrem Alltagsleben seit der Reha umzusetzen?	Nachsorge
7	Haben Sie sich nach der Entlassung aus der Reha in der Lage dazu gefühlt (z.B.: durch Informationen zu Ihrer Krankheit), auch im Alltag mehr für Ihre Gesundheit zu tun?	
8	Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch (z.B. Übungen, Untersuchungen, Diäten)?	
9	Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jede/n Rehabilitanden/in ein Reha-Entlassungsbericht	Erhalt des Entlassungsberichts und Umgang mit dem Entlassungsbericht

	verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten?	(Schnittstellenfunktion bei Übergang in die Primärversorgung)
9.1	Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?	
9.2	Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit dem behandelnden Facharzt oder Fachärztin über den Entlassungsbericht gesprochen?	
10	Haben Sie weitere Rückmeldungen zur Reha-Behandlung oder zur nachgehenden Behandlung?	Offene Frage mit der Möglichkeit individueller Rückmeldungen zur Rehabilitation
11	Frage nach Alter und Geschlecht	soziodemographischen Daten

Reihenfolge der Items

Die Festlegung der Item-Reihenfolge orientiert sich an der zeitlichen Abfolge einer Rehabilitationsmaßnahme. Die Bearbeitung des Fragebogens sollte auf diese Weise für die Rehabilitanden erleichtert sein, da sie keine unnötigen gedanklichen Zeitsprünge bei der Beantwortung machen müssen.

Zu Beginn des Fragebogens stehen daher Frage-Items, die sich mit der Zeit und den Erwartungen *vor einer Rehamaßnahme* beschäftigen, darauf folgt eine Frage, die thematisch der partizipativen Entscheidungsfindung *zu Beginn* der Rehabilitation zugeordnet wird (Frage Nr. 2). Die darauf folgenden Fragen Nrn. 3, 4 und 5 sollen das *Ende der stationären Maßnahme* behandeln. Danach geht es ab Frage Nr. 6 um den Alltag der Patienten zuhause. Schließlich geht es ab Frage Nr. 9 um den Erhalt des Entlassungsberichts. Diese innere Reihenfolge der Items ermöglicht zudem den Verzicht auf Zwischenüberschriften. Fragen zu soziodemografischen Variablen (zur groben Differenzierung der Teilnehmer) wurden an das Ende gestellt.

Aus diesen Überlegungen resultierte die erste Version des Fragebogens (s. Abb. A. 2 im Anhang), welche als Grundlage für die weiteren Überarbeitungsphasen diente.

5.2 Phasen der Überarbeitung

5.2.1 Erste Phase: Befragung der Chefärzte

Im Sinne der *formativen Evaluation* ist es wichtig, die Umsetzbarkeit und Machbarkeit des Fragebogeninstruments gleich zu Beginn und während der Entstehungszeit zu prüfen. Nur so gelingt es, den Fragebogen innerhalb verschiedener Phasen zu überarbeiten und zu optimieren.

In einer ersten Phase der Überarbeitung des Fragebogeninstruments standen die *sprachliche Verständlichkeit, Eindeutigkeit des Item-Inhalts* sowie *die Übereinstimmung mit den Vorstellungen der Chefärzte* der acht Rehabilitationskliniken im Fokus. Dazu wurde den beteiligten acht Chefärzten die erste Version des Fragebogens zugesandt mit der Bitte um formale und inhaltliche Kritik. Insgesamt konnten sieben Rückmeldungen verzeichnet werden.

Die beteiligten Chefärzte übten in unterschiedlichem Ausmaß Kritik, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt ist (s. Tab. 5.2). Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen wurde auf die Nennung der einzelnen Namen verzichtet und eine einfache, zufällige numerische Kodierung vorgenommen.

Tab. 5.2: Rückmeldungen der Chefärzte zum Fragebogen

Chefarzt	Kritik/Verbesserungsvorschläge
1	Die Abkürzung „Reha“ solle nicht benutzt werden, besser: „Rehabilitation“; bei den Fragen 10-12 müsse bedacht werden, dass der Entlassungsbrief nicht immer an den Patienten geschickt werde, sondern nur auf Wunsch des Patienten, daher stimmten diese Fragen inhaltlich nicht mit den Gegebenheiten überein.
2	Durch die Befragung würden keine neuen Erkenntnisse gewonnen; bei Frage 7 sei unklar, wer die Leistungen erbringen soll.
3	Es sollten Überschriften im Fragebogen eingesetzt werden: „vor“, „während“ und „nach“ der Reha; bei Frage 7 weiß man nicht, wer die Unterstützung leisten solle, man solle ein Beispiel geben.
4	Es bestehe keine Notwendigkeit für eine weitere Befragung, da eine weitere Befragung nur zu schlechteren Ergebnissen führen könne. 60 % der Rehabilitanden seien bloß Hauptschulniveau gewöhnt und mit einer weiteren Befragung überfordert, ein größerer Fokus auf die Erwartungen vor der Reha sei wünschenswert.
5	Bei Frage 2 würden nur somatische Beispiele genannt; bei Frage 3 würden keine Psychologen erwähnt. Es sei nicht ganz klar, was ein Abschlussgespräch qualitativ ausmachen würde und es wäre besser nach der Behandlungskontinuität zu fragen. Frage 7 sei unverständlich und die Antwort daher vorprogrammiert, da sich die Patienten immer mehr externe Unterstützung wünschen würden, die Reha solle aber auch vor allem das Erleben der Selbstwirksamkeit stärken.
6	Bei Frage 4 sind genauere Angaben bezüglich des Ergebnisses, also ob AZ, Fitness, Schmerzen etc. wünschenswert. Eigenverantwortlichkeit des Patienten? Bei Frage 7 sei fraglich, von wem die Unterstützung kommen solle. Bei Frage 10 solle noch gefragt werden, ob die Rehabilitanden oder der Hausarzt den Bericht erhalten haben.
7	Bei Frage 3 solle die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wegfallen. Bei Frage 5 solle eine Antwortmöglichkeit ergänzt werden, außerdem solle die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“ wegfallen. Frage 10 solle komplett entfallen, da diese Frage nur Ansprüche und Begehrlichkeiten von Seiten der Patienten wecken würde. Ebenso solle Frage 11 komplett entfallen. Anstelle von Frage 12 solle Frage 10 verändert eingefügt werden und „den“ durch „diesen“ ersetzt werden.

Resultierende Veränderungen des Fragebogens

Dank dieser Fülle an Verbesserungsvorschlägen und Anregungen konnten einige Änderungen des Fragebogens durchgeführt werden (s. Tab. 5.3).

Tab. 5.3: Anmerkungen und Änderungen anlässlich der Verbesserungsvorschläge **aus Phase 1** (CA= Chefarzt)

Anmerkungen/Änderungen	
Zu CA 1	Rehabilitation wird überall ausgeschrieben. Die Fragen 10 und 11 bauen aufeinander auf. Bei 10 geht es ganz konkret darum, ob der Patient den Entlassungsbericht bekommen hat, bei 11 darum, ob er ihn gelesen hat. 10 ist also die notwendige Filterfrage für 11. Unabhängig davon, ob er (oder der Hausarzt) ihn erhalten hat, wäre ein Gespräch über den Brief mit dem Hausarzt denkbar und sinnvoll. Dieses sollte auch separat erfragt werden (Frage 12).
Zu CA 2	Frage 7 wurde komplett überarbeitet.
Zu CA3	Durch die Strukturierung des Fragebogens wurde versucht, anhand der Fragenreihenfolge eine sinnvolle Reihenfolge der Items zu realisieren (s. Abschnitt 5.1). Weiterhin wurde bewusst auf das Nennen des Hausarztes als Beispiel für eine Unterstützungsmöglichkeit verzichtet, da es bei dieser Frage ausschließlich darum geht, <i>ob</i> weitere Unterstützung gewünscht wird. Von wem und in welcher Weise würde eine vertiefende Untersuchung bedeuten und müsste gesondert untersucht werden.
Zu CA 4	<p>Es wird versucht, möglichst wenige Fragen zu stellen, um die Befragten nicht zu überfordern.</p> <p>Zur Anregung, die Fragen 7-9 seien zu ähnlich:</p> <ul style="list-style-type: none">- Frage Nr. 7 bezieht sich explizit auf die Wünsche nach Unterstützung nach der Reha- Frage Nr. 8 bezieht sich auf das subjektive Gefühl gut vorbereitet worden zu sein- Frage Nr. 9 bezieht sich auf die Nachsorge <p>Da das Hauptthema dieser Arbeit und der Nachbefragung im Bereich des Entlassungsmanagements liegt, werden die Erwartungen an die Reha in diesem Kontext eher marginal behandelt. Trotz allem sollen sie bei der Auswertung beachtet werden - allerdings nur grob im Sinne möglicher Einflussfaktoren, nicht als eigener Untersuchungsgegenstand.</p>
Zu CA 5	Die Anmerkung, dass der Fragebogen zu somatisch orientiert sei, wurde umgesetzt und

der Text erweitert bzw. geändert.

Zu CA 6

Eine zu breite Auffächerung oder Beispielnennung ist für diesen Fragebogen zu weit gefasst, hier sei der Hinweis auf den DRV-Fragebogen gegeben.

Bezüglich der Anmerkung, es solle keine „Weiß-nicht“-Antwortmöglichkeit geben, empfehlen Jankisz und Moosbrugger (2007), dass eine „weiß-nicht“-Kategorie als alternative Antwortmöglichkeit gegeben werden sollte. Dies soll vor allem dann geschehen, wenn es die berechtigte Annahme gibt, dass einige Probanden zu dem jeweiligen Item-Inhalt keine ausgeprägte Meinung haben oder keine Antwort auf die Frage wissen. Es soll vermieden werden, dass sich einige Probanden dazu gedrängt fühlen, andere Antwortmöglichkeiten zu wählen.

Zu CA 7

Ähnlich verhält es sich auch bei den Fragen 2 und 6: hier gibt es ebenfalls die Antwortmöglichkeiten „Ich hatte keine Vorsätze“ und „Ich hatte keine Reha-Ziele“. Dies dient dazu, die Rehabilitanden, die wirklich Vorsätze oder vorgefasste Reha-Ziele hatten, von denen zu unterscheiden, auf die dies nicht zutrifft.

Fragen 10 und 11 beziehen sich auf einen wesentlichen Ansatz für die Partizipation des Patienten am Entlassungsmanagement, nämlich die Frage, ob er selbst den Entlassungsbericht erhalten hat und wie er damit umgegangen ist. Außerdem soll erfasst werden, wie hoch die Akzeptanz gegenüber dem Entlassungsbericht vonseiten der Patienten ist und ob den Bericht genutzt hat, um mit dem Hausarzt oder dem behandelnden Arzt darüber zu sprechen.

5.2.2 Zweite Phase: Rückmeldung durch Reha-Wissenschaftler

In einer *zweiten Phase* der Gestaltung und Evaluation des Fragebogens wurden Reha-Wissenschaftler, die sich im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit in einem hohen Maße mit Fragebogenkonstruktionen auskennen, zum Konzept und zur ersten Version des Fragebogens befragt. Da die ehemalige *Abteilung für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften der Universität Würzburg* mehrere Psychologen und Reha-Wissenschaftler beschäftigte, wurde hier eine fundierte Rückmeldung erwartet. In dieser Phase der Rückmeldung ging es erneut um die praktische Umsetzbarkeit und Verständlichkeit des Fragebogens, dieses Mal jedoch aus Sicht von Experten für Fragebogenkonstruktion (s. Tab. 5.4).

Tab. 5.4: Kritik durch psychometrische Experten (Reha-Wissenschaftler)

Zu Item	Anregungen und Kritik
1	Es sei nicht klar, welche Art der Erwartungen gemeint sein.
2	Es wäre besser nach einem Aufnahmegespräch zu fragen, weiterhin sollten die Antwortmöglichkeiten anders formuliert werden (statt „ja“, „eher ja“, „teils ja, teils nein“ usw. wäre „ja, alle“ usw. besser); die Antwortmöglichkeit „ <i>Ich hatte keine Reha-Ziele</i> “ sollte ebenfalls eingefügt werden.
4	Hier wäre es besser, die Antwortmöglichkeiten im Sinne der Sprachverständlichkeit zu ändern, statt nur „ja“ wäre „ja, völlig“ und statt nur „nein“ wäre „nein, völlig unzufrieden“.
5	Diese Frage sei unverständlich.
7	Bei dieser Frage sei nicht klar, wer als Ansprechpartner fungieren solle.
8	Die sprachliche Verständlichkeit sei schlecht, es müsse deutlicher werden, um welchen Zeitraum es sich handle.
10	Die Konditionalformulierung „wenn“ sollte in „falls“ geändert werden, das sei sprachlich eindeutiger.

Resultierende Veränderungen des Fragebogens

Durch diese Rückmeldungs-Phase konnten wiederum Anregungen zur Verbesserung des Fragebogens gefunden und umgesetzt werden. Bei Frage Nr. 1 wurde genauer formuliert, welche Erwartungen gemeint sind. Bei Frage Nr. 2 wurden alle Vorschläge umgesetzt und die vorgeschlagenen Antwortmöglichkeiten ergänzt. Frage Nr. 4 wurde nach Veränderung der Reihenfolge zu Frage 5, hier wurden die Antwortmöglichkeiten ebenfalls geändert. Frage 5 wurde verschoben und damit zu Frage 6, kritisierte sprachliche Unverständlichkeiten wurden neu formuliert. Frage 7 entfällt komplett, da ihre Formulierung nach den ersten Rückmeldungen eine eindeutige Beantwortung unmöglich machte. Bei den Fragen 8 und 9 wurden kleinere sprachliche Korrekturen durchgeführt. Frage 6 wurde so geändert, dass sie jetzt mit Frage 9.2 zusammenfällt. Schließlich erfolgte eine sprachliche Änderung der Fragestellung von „wenn“ in „falls“.

5.2.3 Endgültige Version

Die einzelnen Phasen der formalen und inhaltlichen Neugestaltung sowie Überprüfung des Fragebogens im Sinne der *formativen Evaluation* konnten sodann nach dieser Rückmeldephase abgeschlossen werden, hieraus resultierte schließlich die finale Version des Fragebogens (s. Abb. 1). Diese wurde im Anschluss mit einem Anschreiben an die Chefärzte der acht beteiligten Rehabilitationskliniken versandt (s. Abb. A. 3 im Anhang).

Der finale Fragebogen enthält nun 11 Items mit 14 Antwortmöglichkeiten. Von diesen 14 Antwortmöglichkeiten sind 13 im Sinne einer Aufgabe mit geschlossenem Antwortformat formuliert, die in sechs Fällen (*Items 1, 2, 5, 6, 7 und 8*) als Beurteilungsaufgabe im Sinne einer *verbalen Ratingskala (Likert-Skala)* erfolgt. In sieben Fällen (*Items 3, 4, 9, 9.1, 9.2 und 11*) kann die Frage durch Auswahl beantwortet werden. Eine Frage (*Item 10*) kann mithilfe eines freien Antworttextes beantwortet werden.

Abb.1: finale Version des Fragebogeninstruments

Fragebogen zur Nachbefragung von Rehabilitanden der DRV Nordbayern

Sehr geehrte/r Versicherte/r,

vor etwa zwei Monaten wurden Sie aus der stationären Rehabilitation entlassen. Damit wir unser Rehabilitationsangebot für alle Patienten ständig verbessern können, möchten wir Ihnen nun einige kurze Fragen stellen.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie jeweils den Kreis unter der am besten auf Sie zutreffende Möglichkeit an.

Sollte eine Frage mit „Falls ja“ beginnen, dann bezieht sie sich auf die vorherige Frage und sollte nur beantwortet werden, wenn die vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet wurde.

Bei **Frage 10** finden Sie ein Feld für Freitext, das Sie gerne mit eigenen Worten füllen können.

- 1) Wie groß waren Ihre Erwartungen an Ihren geplanten Rehabilitationsaufenthalt, **bevor** Sie diesen begonnen haben?

<i>sehr groß</i>	<i>groß</i>	<i>mittel</i>	<i>gering</i>	<i>sehr gering</i>
<input type="radio"/>				

- 2) Wurde mit Ihnen im Aufnahmegespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über Ihre **eigenen Reha-Ziele** gesprochen (z.B.: Gewicht abnehmen, weniger Schmerzen, Verbesserung der psychischen Situation)?

<i>ja, über alle</i>	<i>ja über die meisten</i>	<i>über einige</i>	<i>nein über keine</i>	<i>Ich hatte keine Reha-Ziele</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 3) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch (z.B. im Rahmen einer Abschlussvisite, ggf. durch einen Psychologen) durchgeführt?

<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 4) Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen?

<i>ja</i>	<i>nein</i>	<i>weiß nicht</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 5) Sind Sie insgesamt nach der Klinikentlassung mit dem Ergebnis der Rehabilitation zufrieden?

<i>ja völlig</i>	<i>eher ja</i>	<i>teils ja, teils nein</i>	<i>eher nein</i>	<i>nein, völlig unzufrieden</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Wie schwer fiel es Ihnen, Ihre während der Rehabilitation gefassten Vorsätze zur „Gesundheitsverbesserung“ in Ihrem Alltagsleben seit der Reha umzusetzen?

sehr einfach einfach befriedigend eher schwierig Ich hatte keine Vorsätze

7) Haben Sie sich nach der Entlassung aus der Reha in der Lage dazu gefühlt (z.B.: durch Informationen zu Ihrer Krankheit), auch im Alltag mehr für Ihre Gesundheit zu tun?

ja eher ja teils ja, teils nein eher nein nein

8) Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch (z.B. Übungen, Untersuchungen, Diäten)?

ja eher ja teils ja, teils nein eher nein nein

9) Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jede/n Rehabilitanden/in ein Reha-Entlassungsbericht verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten?

ja nein, interessiert mich auch nicht nein weiß nicht

9.1) Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?

ja nein, habe ich aber geplant nein weiß nicht

9.2) Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit dem behandelnden Facharzt oder Fachärztin über den Entlassungsbericht gesprochen?

ja nein, habe ich aber geplant nein weiß nicht

10) Haben Sie weitere Rückmeldungen zur Reha-Behandlung oder zur nachgehenden Behandlung?

.....

11) Abschließend noch zwei Fragen zu Ihrer Person:

Sind Sie: *männlich* *weiblich*

Sind Sie

unter 40 Jahre? 40 bis unter 50 Jahre? 50 bis unter 60 Jahre? 60 Jahre oder älter?

Vielen Dank fürs Ausfüllen und Zurücksenden!

5.3 Nachbefragung Chefärzte

Um die Machbarkeit und Umsetzung des Fragebogens **nach** praktischer Erprobung und Versand zu prüfen, wurden die beteiligten Chefärzte der acht Rehabilitationskliniken ca. zwei Monate nach Ende der Rücklaufphase kontaktiert und dazu befragt, wie sie die Organisation des Versandes, die Machbarkeit insgesamt und den Inhalt des Fragebogens bewerten (s. Abb. A.4 im Anhang).

Insgesamt haben vier von acht Verantwortlichen auf diese Anfrage reagiert und ihre Erfahrungen und Rückmeldungen schriftlich zugesendet: Zwei der vier Verantwortlichen empfanden die Organisation des Fragebogenversandes als unproblematisch. Zwei weitere bemerkten, dass durch die große Zahl an ausgewählten Rehabilitanden ein erhebliches Maß an zusätzlichem Aufwand entstanden sei und dies zumeist zu Lasten des Personals ging. Hinsichtlich des Inhalts des Fragebogens wurde die allgemeine Formulierung der Fragen, im Besonderen der Fragen Nr. 3 und Nr. 8 kritisiert. Zwei der vier Verantwortlichen regten an, dass eine Befragung der Ärzte in den Rehabilitationskliniken rehabilitationswissenschaftlich ebenfalls interessant sein könnte.

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden in einem Zeitraum von ca. 6 Monaten von allen acht Kliniken 1.435 Fragebögen an ehemalige Rehabilitanden verschickt. Wegen unterschiedlich hoher Fallzahlen differierte die Anzahl versandter Fragebögen pro Klinik und Abteilung teilweise erheblich (s. Tab. 6.1). Im Durchschnitt konnte pro Klinik eine Anzahl von 179 verschickten Fragebögen erreicht werden, von diesen wurden wiederum durchschnittlich 111 ausgefüllte Fragebögen von den Rehabilitanden zurückgesendet. Dadurch beläuft sich die Rücklaufquote aller Fragebogen insgesamt auf 63 %, allerdings mit deutlicher Varianz zwischen den Kliniken und den Abteilungen (s. Tab. 6.1).

Die höchste Rücklaufquote aller Kliniken konnte Klinik Nr. 1 mit 78 % erreichen. Die niedrigste Rücklaufquote einer Klinik hingegen liegt bei 54 % (Klinik Nr. 2). Hinsichtlich der Rücklaufquoten einzelner Abteilungen zeigt sich ein Spitzenwert von 82 % bei Abteilung 2 (die Abteilung 14 wird aufgrund der niedrigen Anzahl versandter Bogen in diesem Zusammenhang vernachlässigt).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass beinahe alle Rücklaufquoten (*Kliniken und Abteilungen*) über 50 % liegen, lediglich eine Abteilung (5) erreicht mit 44 % Rücklaufquote einen niedrigeren Wert (s. Tab. 6.1).

Tab. 6.1: Übersicht über die Rücklaufquote der Kliniken und Abteilungen

Klinik	Abteilung	versandte Fragebögen [n]	Rücklauf [n]	Rücklaufquote [Prozent]
1	1	65	53	82%
	2	135	103	76%
	Gesamt:	200	156	78%
2	3	99	57	58%
	4	99	50	51%
	Gesamt:	198	107	54%
3	5	66	29	44%
	6	100	63	63%
	Gesamt:	166	92	55%
4	7	200	124	62%
5	8	27	14	52%
	9	130	87	67%
	10	38	24	63%
	Gesamt:	195	125	64%
6	11	68	44	65%
	12	102	53	52%
	Gesamt:	170	97	57%
7	13	106	76	72%
	14	1	1	
	Gesamt:	107	77	72%
8	15	199	126	63%
Gesamt:		1.435	904	63%

Insgesamt konnte eine Stichprobe mit $n = 904$ ausgefüllten und zurückgesandten Fragebögen statistisch ausgewertet werden. Dadurch dass die Angaben der Rehabilitanden bei einzelnen Variablen teilweise fehlend oder lückenhaft waren, zeigen sich bei der statistischen Auswertung zum Teil niedrigere Werte.

Von den teilnehmenden Rehabilitanden geben ca. zwei Drittel an, männlich zu sein, ein Drittel gibt an, weiblichen Geschlechts zu sein (s. Tab. A.1 im Anhang). Die Verteilung des Geschlechts auf einzelne Kliniken zeigt Unterschiede (s. Tab. 6.2): Während über 80% der

ehemaligen Rehabilitanden der Klinik Nr. 1 angeben, männlich zu sein, tun dies nur ca. 58 % der Rehabilitanden der Klinik Nr. 3.

Tab. 6.2: Anteil männlicher Rehabilitanden/Klinik

		Klinik								
		1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
männlich	Anzahl	111	67	53	95	81	70	48	78	603
	Prozent	81,0%	63,2%	58,2%	76,6%	64,8%	73,7%	62,3%	62,9%	68,6%
Gesamt	Anzahl	137	106	91	124	125	95	77	124	879

Weiterhin können Unterschiede in der Verteilung des Geschlechts auf einzelne Indikationen gefunden werden: während über 70 % der orthopädischen Rehabilitanden angeben männlich zu sein, trifft dies nur für ca. 50 % der psychosomatischen Rehabilitanden zu (s. Tab. 6.3).

Tab. 6.3: Verteilung Geschlecht/Indikation

		Geschlecht			
		männlich	weiblich	Gesamt	
Indikation	Orthopädie	Anzahl	379	155	534
		Prozent	71,0%	29,0%	100,0%
	Innere Medizin	Anzahl	189	92	281
		Prozent	67,3%	32,7%	100,0%
	Dermatologie	Anzahl	9	5	14
		Prozent	64,3%	35,7%	100,0%
	Psychosomatik	Anzahl	25	24	49
		Prozent	51,0%	49,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl	602	276	878	
	Prozent	68,6%	31,4%	100,0%	

Hinsichtlich der Einordnung in verschiedene Altersgruppen zeigt sich, dass nur 6,5 % aller Rehabilitanden angeben, *unter 40 Jahre* alt zu sein. Die größte Gruppe aller Rehabilitanden hingegen gibt an, *50 bis unter 60 Jahre* alt zu sein (s. Tab. 6.4).

Tab. 6.4: Anteile unterschiedlicher Altersgruppen/Klinik

		Klinik								Gesamt		
		1	2	3	4	5	6	7	8			
Altersgruppe	<40	Anzahl	6	9	9	5	12	7	2	6	56	
		Prozent	4,5%	8,7%	10,1%	4,1%	9,7%	7,6%	2,6%	4,8%	6,5%	
	40-< 50	Anzahl	32	19	18	38	28	18	9	47	209	
		Prozent	24,1%	18,4%	20,2%	31,1%	22,6%	19,6%	11,7%	37,9%	24,2%	
	50-< 60	Anzahl	69	55	45	60	64	52	33	57	435	
		Prozent	51,9%	53,4%	50,6%	49,2%	51,6%	56,5%	42,9%	46,0%	50,3%	
	≥60	Anzahl	26	20	17	19	20	15	33	14	164	
		Prozent	19,5%	19,4%	19,1%	15,6%	16,1%	16,3%	42,9%	11,3%	19,0%	
	Gesamt		Anzahl	133	103	89	122	124	92	77	124	864

Bezugnehmend auf die Altersverteilung pro Indikationsgruppe zeigen sich erwartete Verhältnisse: In der Gruppe der internistischen und orthopädischen Rehabilitanden geben ca. 50 % an *zwischen 50 und 60 Jahre* alt zu sein. Insgesamt am häufigsten geben Rehabilitanden der Indikation „Psychosomatik“ an, *unter 40 Jahre alt* zu sein (s. Tab. A.2 im Anhang).

6.2 Antworthäufigkeiten, Itemanalyse

6.2.1 Antworthäufigkeiten

Eine Analyse der Antworthäufigkeiten zeigt, welche Antworttendenzen die Rehabilitanden bei einzelnen Frage-Items haben (s. Tab. 6.5): bei Frage Nr. 1 geben insgesamt über 70 % der Rehabilitanden an, dass ihre Erwartungen an den Rehabilitationsaufenthalt im Vorhinein „groß“ oder „sehr groß“ gewesen seien. Lediglich unter drei Prozent der Befragten geben an, dass sie „geringe“ oder „sehr geringe“ Erwartungen gehabt hätten.

Bei Frage Nr. 2 geben insgesamt 84 % aller Befragten an, dass mit ihnen in einem Aufnahmegespräch „über alle“ oder „über die meisten“ ihrer Reha-Ziele gesprochen wurde.

Weiterhin berichten fast 90 % der Rehabilitanden, dass mit ihnen ein Abschlussgespräch durchgeführt wurde (Frage Nr. 3); von diesen geben weitere 78,8 % an, dass mit ihnen über eine Fortsetzung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag gesprochen wurde (Frage Nr. 4).

Schließlich geben ca. 70 % aller Befragten an insgesamt mit der Reha-Maßnahme zufrieden zu sein (Frage Nr. 5).

Bei Frage Nr. 6, die nach der subjektiven Einschätzung zur Durchführung von Vorsätzen zur „Gesundheitsverbesserung“ im Alltag fragt, geben über 40 % der Befragten an, dass sie dies als „einfach“ oder „sehr einfach“ empfinden. Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass nur insgesamt 13 Rehabilitanden angeben (< 2 %), nach der Rehabilitation keine Vorsätze gehabt zu haben.

Knapp unter 70 % der Rehabilitanden geben zudem bei Frage Nr. 7 an, dass sie sich nach der Entlassung aus der Reha in der Lage gefühlt hätten („ja“ und „eher ja“) , auch im Alltag mehr für ihre Gesundheit zu tun; nur insgesamt 6 Rehabilitanden (< 1 %) entschieden sich für die Antwort „nein“. Bei der konkreten Frage nach der Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag (Frage Nr. 8) geben beinahe drei Viertel aller Rehabilitanden an, weiterhin selbst rehabilitative Maßnahmen durchzuführen („ja“ und „eher ja“), lediglich knapp über 3 % verneinen dies („eher nein“ und „nein“).

Bei Frage Nr. 9, der Frage nach dem Erhalt des Entlassungsberichts, geben ca. 85 % aller Befragten an, im Nachbefragungszeitraum den Reha-Entlassungsbericht erhalten zu haben. Bemerkenswert bei dieser Frage ist, dass nur 0,7 % der Befragten angeben, dass sie der Entlassungsbericht nicht interessiert.

Tab. 6.5: Antwortverteilung

Frage Nr.	n	Missing	Antwortmöglichkeiten				
1) Wie groß waren Ihre Erwartungen an Ihren geplanten Rehabilitationsaufenthalt, bevor Sie diesen begonnen haben?			sehr groß	groß	mittel	gering	sehr gering
	896	8	174	487	210	23	2
			19,2 %	53,9 %	23,2 %	2,5 %	0,2 %
2) Wurde mit Ihnen im Aufnahmegespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über Ihre eigenen Reha-Ziele gesprochen?			ja, über alle	ja, über die meisten	über einige	nein, über keine	ich hatte keine Reha-Ziele
	898	6	434	328	115	17	4
			48,0 %	36,3 %	12,7 %	1,9 %	0,4 %
3) Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch durchgeführt?			ja		nein		weiß nicht
	902	2	797		93		12
			88,2 %		10,3 %		1,3 %

Tab. 6.5: Antwortverteilung

Frage Nr.	n	Missing	Antwortmöglichkeiten				
			ja	nein	weiß nicht		
4) Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen?							
	853	51	712	125	16		
			78,8 %	13,8 %	1,8 %		
5) Sind Sie insgesamt nach der Klinikentlassung mit dem Ergebnis der Rehabilitation zufrieden?			ja völlig	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein, völlig unzufrieden
	900	4	279	360	202	34	25
			30,9 %	39,8 %	22,3 %	3,8 %	2,8 %
6) Wie schwer fiel es Ihnen, Ihre während der Rehabilitation gefassten Vorsätze zur „Gesundheitsverbesserung“ in Ihrem Alltagsleben seit der Reha umzusetzen?			sehr einfach	einfach	befriedigend	eher schwierig	Ich hatte keine Vorsätze
	882	22	48	325	350	146	13
			5,3 %	36,0 %	38,7 %	16,2 %	1,4 %
7) Haben Sie sich nach der Entlassung aus der Reha in der Lage dazu gefühlt, auch im Alltag mehr für Ihre Gesundheit zu tun?			ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
	883	21	289	322	226	40	6
			32,0 %	35,6 %	25,0 %	4,4 %	0,7 %
8) Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch?	881	23	445	231	176	18	11
			49,2 %	25,6 %	19,5 %	2,0 %	1,2 %
9) Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jede/n Rehabilitanden/in ein Reha-Entlassungsbericht verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten?			ja	nein	nein, interessiert mich auch nicht	weiß nicht	
	881	23	766	92	6	17	
			84,7 %	10,2%	0,7%	1,9 %	
9.1) Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?			ja	nein, habe ich aber geplant	nein	weiß nicht	
	802	102	742	17	37	6	
			82,1%	1,9%	4,1%	0,7%	
9.2) Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit dem behandelnden Facharzt oder Fachärztin über den Entlassungsbericht gesprochen?	815	89	504	203	104	4	
			55,8%	22,5%	11,5%	0,4%	

Von den Rehabilitanden, die den Entlassungsbericht erhalten haben, geben über 95 % an, diesen auch gelesen zu haben (s. Tab. A.3 im Anhang). 65 % der Rehabilitanden berichten sogar darüber, nach dem Durchlesen des Entlassungsberichts diesen mit einem weiterbe-

handelnden Arzt besprochen zu haben, 40 % geben an, dies noch tun zu wollen (s. Tab. A.4 im Anhang).

6.2.2 Itemanalyse

Um einen Eindruck über die Verständlichkeit der Items zu erhalten, wurde die Anzahl der gültigen Antworten den verschiedenen Fragen gegenübergestellt (s. Tab. 6.6). Hierbei zeigt sich, dass ausschließlich bei den Items Nr. 4, 9.1 und 9.2 ist ein nennenswerter Anteil ungültiger Antworten zu verzeichnen ist (*fehlend*): bei Frage Nr. 4 sind es 7% ungültige Antworten, bei den Fragen 9.1 und 9.2 sind es über 10% ungültige Antworten. Allerdings handelt es sich bei diesen Fragen auch um konditionale Fragen, d.h. diese schließen inhaltlich an die Vorfrage (Filterfrage) an und beziehen sich auch direkt auf diese. Alle anderen Items sind überwiegend sinnvoll beantwortet worden. Es kann kein offensichtlicher Hinweis auf Unverständlichkeiten festgestellt werden. Für die statistische Analyse wurden zudem nur die Antworten ausgewertet, die bei diesen konditional gestellten Fragen die Vorfrage mit „ja“ beantwortet haben (s. Kap. 6.3).

Tab. 6.6: Beantwortungshäufigkeiten der Items

Frage Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9.1	9.2	10	11
N Gültig	896	894	890	837	900	869	883	881	864	796	811	879	864
Fehlend	8	10	14	67	4	35	21	23	40	108	93	25	40
Anteil fehlender Antworten (Prozent)	1%	1%	2%	7%	1%	4%	2%	3%	4%	12%	10%	3%	4%

Da bei den Frage-Items 3, 4, 9, 9.1 und 9.2 eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten erfolgte (s. Kap. 6.3), können diese nur mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Diese Antwortmöglichkeiten können numerisch einem minimalen Zahlenwert von 1 = ja und einen maximalen Zahlenwert mit 2 = nein zugeordnet werden. Bei den restlichen Frage-Items handelt es sich um rangskalierte Antwortmöglichkeiten, die zwischen vier und fünf Antwortmöglichkeiten anbieten, dabei ist der minimale Zahlenwert immer = 1 und der maximale Zahlenwert schwankt zwischen 4 und 5.

Aufgrund der Formulierung der Frage-Items drücken geringere Zahlenwerte daher eher eine zustimmende Haltung zur Frage aus, höhere Zahlenwerte sind als eher ablehnend zu werten.

Mithilfe der statistischen Datenverarbeitung können einzelne Mittelwerte der numerisch kodierten Antworten pro Klinik analysiert werden und Tendenzen im Antwortverhalten der Rehabilitanden klinikvergleichend dargestellt werden (s. Tab. A.5 im Anhang). Hierbei zeigt sich, dass die Werte im Klinikvergleich in geringem, aber eindeutigem Ausmaß differieren.

Bei den mehrstufigen Antwortmöglichkeiten (Ratings) ist eine sachgerechte Verteilung, wenn auch gelegentlich linkssteil, festzustellen, sodass eine weitergehende statistische Verwertung möglich erscheint. Eine Itemschwierigkeit von 1 oder 0 bei dichotomen Items findet sich nicht – diese würde darauf hindeuten, dass ein Item nicht geeignet ist, um zwischen den Antwortenden oder Antwortendengruppen (Kliniken/Abteilungen) zu differenzieren (s. Tab. A.5 im Anhang).

6.3 Statistische Auswertung der quantitativen Ergebnisse

Um bei der Auswertung der Daten im Sinne der Fragestellung aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen, wird bei den Fragen Nr. 3, Nr. 4, Nr. 9, Nr. 9.1 und Nr. 9.2 (thematisch behandeln sie die Frage nach einem Abschlussgespräch sowie den Erhalt und den Umgang mit dem Entlassungsbericht) in der statistischen Datenverarbeitung eine Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten durchgeführt:

bei Frage Nr. 9 werden ausschließlich die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“ definiert, was durch die Zusammenfassung von Antwortmöglichkeiten „nein“ und „nein, interessiert mich auch nicht“ erreicht wird („**ja**“ vs. „**nicht-ja**“). Zudem wird bei den allen o.g. Frage-Items die Antwortmöglichkeit „weiß nicht“, die jeweils nur von ca. 0,4- 2% der Rehabilitanden gewählt wurde, für diese Auswertung als *fehlend* eingestuft und somit in der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt. Für die Signifikanzprüfung werden die Antwortmöglichkeiten („ja“, „nein aber geplant“, „nein“ und „weiß nicht“) bei den Fragen Nrn. 9.1. und 9.2. insofern zusammengefasst, dass nur noch die Antwortmöglichkeiten „ja oder nein aber geplant“ und „nein“ gibt.

Weiterhin werden die Antwortmöglichkeiten „Ich hatte keine Reha-Ziele“ (bei Frage Nr. 2) und „Ich hatte keine Vorsätze“ (bei Frage Nr. 6) in der statistischen Auswertung als *fehlend* betrachtet, auch da sie von sehr wenigen Probanden gewählt wurden (s. Tab. 6.5).

Schließlich werden die Antworten der *konditional formulierten* Frage-Items Nr. 4 („*Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag*“)

gesprochen?“), Nr. 9.1 („Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?“) und 9.2 („Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt [...] über den Entlassungsbericht gesprochen?“) für die weitere statistische Analyse insofern neu definiert, dass die Antworten auf diese Fragen lediglich als gültig für die Auswertung betrachtet werden, wenn die Rehabilitanden die vorherige Frage mit „Ja“ beantwortet haben.

Im Folgenden soll nun geprüft werden, ob es mithilfe des Fragebogens prinzipiell möglich ist, signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden zu finden. Dazu werden bei den rangskalierten Frage-Items (Nrn. 1, 2, 5, 6, 7 und 8) *einfaktorielle Varianzanalysen* und bei den dichotom formulierten Frage-Items (Nrn. 3, 4, 9, 9.1 und 9.2) *Chi-Quadrat-Tests* durchgeführt.

6.3.1 Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden zwischen verschiedenen Kliniken

In der statistischen Analyse der Antwortmöglichkeiten in Abhängigkeit von der jeweiligen Rehabilitationsklinik werden in den Antworttendenzen der Frage-Items Nrn. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 und 9.1 signifikante Unterschiede deutlich (s. Tab. A.6 im Anhang).

Hier zeigt sich beispielsweise bei der Beantwortung der Frage Nr. 3 („Wurde mit Ihnen am Ende der Rehabilitation ein Abschlussgespräch durchgeführt?“), dass die Kliniken Nr. 2 und Nr. 7 bei Beantwortung der Frage mit „ja“ mit knapp 96 % die höchsten Werte erzielen (s. Tab. 6.7).

Bei Frage Nr. 4, bei der es um ein Abschlussgespräch über die Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag geht, erzielt die Klinik Nr. 6 mit ebenfalls ca. 96 % den höchsten Wert (s. Tab. 6.8). Weiterhin werden Unterschiede bei Frage Nr. 9 in der statistischen Analyse deutlich: während Rehabilitanden der Kliniken Nr. 4, 5 und 6 zu jeweils über 95 % angeben, ihren Entlassungsbericht erhalten zu haben, geben dies nur 74 % der Rehabilitanden aus Klinik Nr. 1 an (s. Tab. 6.9). Ähnliche Unterschiede finden sich auch bei den konditional zu Frage Nr. 9 gestellten Unterfragen 9.1 und 9.2 (s. Tab. A.7 und A.8 im Anhang): während über 99 % der Rehabilitanden der Kliniken Nr. 6, 7 und 8 angeben ihren Entlassungsbericht gelesen zu haben oder dies zu planen, geben dies nur 84 % der Klinik Nr. 1 an.

Tab. 6.7: Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch (z.B. im Rahmen einer Abschlussvisite, ggf. durch einen Psychologen) durchgeführt (**Frage Nr. 3**)?

		Klinik								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Ja	Anzahl	129	103	73	111	109	89	74	109	797
	Prozent	86,0%	96,3%	81,1%	90,2%	90,1%	91,8%	96,1%	87,2%	89,6%
Nein	Anzahl	21	4	17	12	12	8	3	16	93
	Prozent	14,0%	3,7%	18,9%	9,8%	9,9%	8,2%	3,9%	12,8%	10,4%
Gesamt	Anzahl	150	107	90	123	121	97	77	125	890
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: p=0,009

Tab. 6.8: Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen (**Frage Nr. 4**)?

		Klinik								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Ja	Anzahl	110	95	68	93	105	86	62	93	712
	Prozent	80,3%	93,1%	82,9%	78,8%	88,2%	95,6%	82,7%	81,6%	85,1%
Nein	Anzahl	27	7	14	25	14	4	13	21	125
	Prozent	19,7%	6,9%	17,1%	21,2%	11,8%	4,4%	17,3%	18,4%	14,9%
Gesamt	Anzahl	137	102	82	118	119	90	75	114	837
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: p=0,003

Tab. 6.9: Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jede/n Rehabilitandin/en ein Reha-Entlassungsbericht verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten (**Frage Nr. 9**)?

		Klinik								Gesamt
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Ja	Anzahl	94	88	62	118	121	96	75	112	766
	Prozent	74,0%	83,0%	72,1%	95,9%	98,4%	99,0%	97,4%	89,6%	88,7%
Nicht-Ja	Anzahl	33	18	24	5	2	1	2	13	98
	Prozent	26,0%	17,0%	27,9%	4,1%	1,6%	1,0%	2,6%	10,4%	11,3%
Gesamt	Anzahl	127	106	86	123	123	97	77	125	864
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p < 0,01$

6.3.2 Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden verschiedener Abteilungen

Um herauszufinden, ob es zudem möglich ist anhand des Fragebogens signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der ehemaligen Rehabilitanden aus unterschiedlichen Abteilungen zu finden, werden die oben genannten statistischen Analysen durchgeführt. Dabei können wiederum signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden bei den Fragen Nrn. 2 (Frage nach Aufnahmegespräch), 3 und 4 (Frage nach Abschlussgespräch), 6, 7 und 8 (Nachsorge) 9 und 9.1 (Erhalt und Umgang mit dem Entlassungsbericht) festgestellt werden (s. Tab. A.9 und A.10 im Anhang).

6.3.3 Indikationsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden

Da bei der Erstellung des Fragebogens eine Kennzeichnung der einzelnen Abteilungen und damit auch einzelner Indikationen möglich war, konnten für die Auswertung der Fragebögen zusätzlich *indikationsspezifische Analysen* erfolgen.

Insgesamt werden fünf verschiedene Indikationen unterschieden: *Orthopädie, Innere Medizin, Dermatologie, Psychosomatik und Urologie*. Die beiden größten Indikationengruppen bilden die Abteilungen 2, 6, 7, 10, 12 und 15, welche zum Bereich *Orthopädie* gehören, sowie die Abteilungen 1, 3, 5, 9, 11 und 13, die der Indikation *Innere Medizin* zugeordnet werden. Vollständigkeitshalber werden im Folgenden die Auswertungen der Indikationen *Dermatologie* und *Psychosomatik* dargestellt, indikationsspezifische Aussagen sind jedoch aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht sinnvoll.

Bei der statistischen Analyse der indikationsspezifischen Antworttendenzen können erneut signifikante Unterschiede bei den Fragen Nrn. 3, 8 und 9 gefunden werden (s. Tab. A.11 und A.12 im Anhang).

So kann festgestellt werden, dass orthopädische Rehabilitanden mit knapp unter 90% angeben, dass mit ihnen am Ende des Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch durchgeführt wurde, während dies knapp über 90% der internistischen Rehabilitanden angeben (s. Tab. A.12). Trotz des geringen Unterschiedes zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($p=0,029$).

Es zeigt sich weiterhin, dass über 80 % der Rehabilitanden, die eine orthopädische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben, „ja“ oder „eher ja“ bei der Frage nach rehabilitativen Maßnahmen im Alltag wählen (Frage Nr. 8) , während dies nur knapp über 60 % der internistischen Rehabilitanden angeben (s. Tab. 6.10).

Hinsichtlich Frage Nr. 9, die den Erhalt des Entlassungsberichts im Nachbefragungszeitraum thematisiert, zeigen sich zwischen den beiden großen Indikationengruppen „Innere Medizin“ und „Orthopädie“ keine deutlichen Unterschiede, im Schnitt geben 90% der Rehabilitanden an, dass sie ihren Entlassungsbericht im Nachbefragungszeitraum erhalten haben. Trotzdem zeigt die Signifikanzprüfung ein signifikantes Ergebnis (s. Tab. 6.11).

Tab. 6.10: Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch (z.B. Übungen, Untersuchungen, Diäten) (Frage Nr. 8)?

		Indikation				
			Innere			
		Orthopädie	Medizin	Dermatologie	Psychosomatik	Gesamt
Ja	Anzahl	288	125	7	24	444
	Prozent	53,8%	44,5%	50,0%	48,0%	50,5%
Eher ja	Anzahl	150	66	1	14	231
	Prozent	28,0%	23,5%	7,1%	28,0%	26,3%
Teils ja, teils nein	Anzahl	85	75	5	11	176
	Prozent	15,9%	26,7%	35,7%	22,0%	20,0%
Eher nein	Anzahl	7	9	1	1	18
	Prozent	1,3%	3,2%	7,1%	2,0%	2,0%
Nein	Anzahl	5	6	0	0	11
	Prozent	0,9%	2,1%	0,0%	0,0%	1,3%
Gesamt	Anzahl	535	281	14	50	880
	% Indikation	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. 6.11: Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jeden Rehabilitanden ein Reha-Entlassungsbericht verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten? (Frage Nr. 9)

		Indikation				
			Innere			
		Orthopädie	Medizin	Dermatologie	Psychosomatik	Gesamt
Ja	Anzahl	465	250	14	36	765
	Prozent	88,9%	90,6%	100,0%	72,0%	88,6%
Nicht-Ja	Anzahl	58	26	0	14	98
	Prozent	11,1%	9,4%	0,0%	28,0%	11,4%
Gesamt	Anzahl	523	276	14	50	863
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p = 0,001$

6.3.4 Geschlechts- und altersgruppenspezifische Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden

Die Analyse der Antworttendenzen der Rehabilitanden **in Abhängigkeit vom Geschlecht** der Rehabilitanden zeigt signifikante Unterschiede bei den Fragen Nrn. 2 und 9.1 (s. Tab. A.15 – A.17 im Anhang). Bei der Frage Nr. 2 geben beispielsweise mehr Frauen als Männer an, dass

mit ihnen in einem Aufnahmegespräch über alle ihre oder die meisten ihrer Reha-Ziele gesprochen wurde (s. Tab. A.16 im Anhang). Bei Frage Nr. 9.1 geben wiederum mehr Frauen an, dass sie ihren Entlassungsbericht gelesen haben oder dies planen, wobei hier bei beiden Geschlechtern der Wert über 90 % liegt (s. Tab. A.17 im Anhang).

Hinsichtlich der Antworttendenzen **in Abhängigkeit der einzelnen Altersgruppen** können bei den Frage Nrn. 6, 7 und 9.2 signifikante Unterschiede gefunden werden (s. Tab. A.18-A.21).

Es zeigt sich beispielsweise bei Frage Nr. 7, dass die Gruppe der *50-60-Jährigen* bei der Antwortmöglichkeit „ja“ (*nach der Rehabilitation habe man sich in der Lage dazu gefühlt, im Alltag mehr für die eigene Gesundheit zu tun*) mit beinahe 50 % den größten Anteil hat (s. Tab. A.20 im Anhang). Bei Frage Nr. 9.2, bei der es um den Umgang mit dem Entlassungsbericht geht, geben wiederum Rehabilitanden der Altersgruppe der *50-60-Jährigen* am häufigsten an, dass sie den Entlassungsbericht mit einem weiterbehandelnden Arzt besprochen haben bzw. dies planen (s. Tab. A.21 im Anhang).

6.3.5 Zusammenhangsanalysen

Um herauszufinden, ob es inhaltliche Zusammenhänge zwischen den Antworten der Rehabilitanden bei einzelnen Frage-Items gibt, werden diese mittels *Kreuztabelle* analysiert. Diese könnten explorativ Hinweise auf mögliche kausale Zusammenhänge geben. Wie in den Nebenfragestellungen beschrieben, betreffen diese Zusammenhänge u.a. die Frage, ob Rehabilitanden, die angeben, einen Entlassungsbericht im Nachbefragungszeitraum erhalten zu haben, auch häufiger angeben, noch weiterhin rehabilitative Maßnahmen im Alltag durchzuführen (s. Kap. 3).

Hierzu zeigt die Kreuztabelle aus den Fragen Nr. 8 (*„Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch?“*) und Nr.9 (*„Haben Sie Ihren Entlassungsbericht bis zum heutigen Tag erhalten?“*), dass 78,0 % derjenigen Rehabilitanden, die angeben, den Entlassungsbericht erhalten zu haben, bei der Frage nach der Fortführung der rehabilitativen Maßnahmen mit „ja“ oder „eher ja“ antworten. Demgegenüber tun dies nur 73,2 % derjenigen, die angeben, den Entlassungsbericht im Nachbefragungszeitraum nicht erhalten zu haben (s. Tab. 6.12). Trotz des geringen Unterschiedes zeigt sich ein signifikantes Ergebnis ($p=0,046$).

Tab. 6.12: Zusammenhangsanalyse der Fragen **Nr. 8 und Nr. 9**

		[...] Haben Sie Ihren Entlassungsbericht bis zum heutigen Tag erhalten?			
		Ja	Nicht-Ja	Gesamt	
Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch?	Ja	Anzahl	392	48	440
		Prozent	51,3%	49,5%	51,1%
	Eher ja	Anzahl	204	23	227
		Prozent	26,7%	23,7%	26,4%
	Teils ja, teils nein	Anzahl	147	18	165
		Prozent	19,2%	18,6%	19,2%
	Eher nein	Anzahl	12	6	18
		Prozent	1,6%	6,2%	2,1%
	Nein	Anzahl	9	2	11
		Prozent	1,2%	2,1%	1,3%
	Gesamt	Anzahl	764	97	861
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p = 0,046$

Weiterhin ist es von Interesse, ob mithilfe des Fragebogens ein Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein eines *Reha-Abschlussgesprächs* und einer *höheren Zufriedenheit mit der Reha-Maßnahme* gefunden werden kann. Dabei zeigt die Kreuztabelle der Fragen Nr. 3 („Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch [...] durchgeführt?“) und Nr. 5 („Sind Sie insgesamt nach der Klinikentlassung mit dem Ergebnis der Rehabilitation zufrieden?“), dass über 70% der Rehabilitanden, die angeben, dass mit ihnen ein Abschlussgespräch durchgeführt wurde, auch angeben, dass sie *völlig zufrieden* oder *eher zufrieden* mit der Rehabilitationsmaßnahme sind. Nur ca. 2% dieser Probanden zeigen sich völlig unzufrieden mit dem Ergebnis der Rehabilitationsmaßnahme. Demgegenüber zeigen sich ca. 17% der Rehabilitanden, die angeben, dass kein Abschlussgespräch aus der Rehabilitation stattgefunden hat, *völlig* oder *eher unzufrieden* mit dem Ergebnis der Rehabilitation (s. Tab. 6.13). Der Chi-Quadrat-Test für diese Analyse zeigt ein signifikantes Ergebnis ($p < 0,01$).

Tab. 6.13: Zusammenhangsanalyse der Fragen **Nr. 3** und **Nr. 5**

			Sind Sie insgesamt nach der Klinikentlassung mit dem Ergebnis der Rehabilitation zufrieden?					
			Ja, völlig	Eher ja	Teils ja, teils nein	Eher nein	Nein, völlig unzufrieden	Gesamt
Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch durchgeführt?	Ja	Anzahl	265	321	168	26	15	795
		Prozent	33,3%	40,4%	21,1%	3,3%	1,9%	100%
	Nein	Anzahl	11	34	30	7	9	91
		Prozent	12,1%	37,4%	33,0%	7,7%	9,9%	100%
Gesamt		Anzahl	276	355	198	33	24	886
		Prozent	31,2%	40,1%	22,3%	3,7%	2,7%	100%

Chi-Quadrat- Test für Unterschiedsprüfung: $p < 0,01$

Hinsichtlich eines möglichen Zusammenhangs zwischen einem stattgefundenen Abschlussgespräch (Frage Nr. 4) und der Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag (Frage Nr. 8) zeigt die Kreuztabelle, dass 80 % der Rehabilitanden, die angeben, dass in ihrem Abschlussgespräch über die Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag gesprochen wurde, auch angeben, rehabilitativen Maßnahmen ganz oder überwiegend fortzuführen, während dies nur 65% derjenigen angeben, die nicht über die Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag gesprochen haben. (s. Tab. 6.14). Das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests zeigt sich auch hier signifikant ($p < 0,01$).

Tab. 6.14: Zusammenhangsanalyse der **Fragen Nr. 8** und **Fragen Nr. 4**

			Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch [...]?					
			Ja völlig	Eher ja	Teils ja, teils nein	Eher nein	Gesamt	
Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen?	Ja	Anzahl	376	181	124	8	7	696
		Prozent	54,0%	26,0%	17,8%	1,1%	1,0%	100%
	Nein	Anzahl	44	34	35	5	2	120
		Prozent	36,7%	28,3%	29,2%	4,2%	1,7%	100%
Gesamt		Anzahl	420	215	159	13	9	816
		Prozent	51,5%	26,3%	19,5%	1,6%	1,1%	100%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p < 0,01$

Schließlich wurde versucht, Hinweise auf einen inhaltlichen Zusammenhang zwischen den Antworttendenzen der Fragen Nr. 2 („*Wurde mit Ihnen im Aufnahmegespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über eigene Reha-Ziele gesprochen? [...]?*“) und Nr. 8 („*Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch [...]?*“) zu finden. Dabei zeigt sich, dass über 80 % der Befragten, die angeben, dass mit ihnen zu Beginn einer Rehabilitation über alle ihre Reha-Ziele gesprochen wurden, auch angeben, dass sie noch weiterhin rehabilitative Maßnahmen im Alltag durchführen („Ja völlig“ und „eher ja“.). Demgegenüber geben auch 37,5% der Rehabilitanden, die angeben dass in einem Aufnahmegespräch nicht über ihre Reha-Ziele gesprochen wurde an, dass sie noch weiterhin rehabilitative Maßnahmen im Alltag durchführen („ ja völlig“ und „eher ja“) (s. Tab. 6.15). Trotzdem kann hier ein signifikantes Ergebnis im Chi-Quadrat-Test erzielt werden ($p < 0,01$) .

Tab. 6.15: Zusammenhangsanalyse der Fragen Nr. 8 und Nr. 2

		Führen Sie selbst auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch [...]?						Gesamt
		Ja völlig	Eher ja	Teils ja, teils nein	Eher nein	Nein		
Wurde mit Ihnen im Aufnahmegespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über Ihre eigenen Reha-Ziele gesprochen?	Ja, über alle	Anzahl	248	101	68	4	6	427
		Prozent	58,1%	23,7%	15,9%	0,9%	1,4%	100%
	Ja, über die meisten	Anzahl	147	93	71	6	2	319
		Prozent	46,1%	29,2%	22,3%	1,9%	0,6%	100%
	Über einige	Anzahl	42	31	30	6	1	110
		Prozent	38,2%	28,2%	27,3%	5,5%	0,9%	100%
	Nein, über keine	Anzahl	4	2	6	2	2	16
		Prozent	25,0%	12,5%	37,5%	12,5%	12,5%	100%
	Gesamt	Anzahl	441	227	175	18	11	872
		Prozent	50,6%	26,0%	20,1%	2,1%	1,3%	100%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p < 0,01$

6.4 Qualitative Analyse

Bei Frage Nr. 10 des Fragebogens („*Haben Sie weitere Rückmeldungen zur Reha-Behandlung oder zur nachgehenden Behandlung?*“) handelt es sich um eine offene Frage, die den Rehabilitanden die Möglichkeit geben soll, eigene Rückmeldungen oder Kommentare zum Rehabilitationsaufenthalt zu verfassen. Im Folgenden werden die Ergebnisse und Rückmeldungen der Rehabilitanden mithilfe der in Kap. 4 dargelegten *qualitativen Inhaltsanalyse* analysiert und dargestellt.

Zuerst wurden die einzelnen Rückmeldungen der Rehabilitanden inhaltlich komprimiert und dann einzelnen Kategorien zugeordnet. Weiterhin erfolgte eine Einteilung in *positive* und *negative* Inhalte sowie *wertungsfreie* (neutrale) Kommentare. Ferner erfolgte eine erneute Prüfung der Zuteilungen durch eine zweite Person.

Insgesamt entschieden sich $n = 224$ Rehabilitanden (24,8 % aller Befragten) dazu, eine Rückmeldung in Freitext-Form abzugeben. Nach erster Sichtung wurden für die inhaltliche Strukturierung elf Kategorien gebildet (die bereits in Kap. 4 aufgeführt wurden). Im zweiten Schritt wurden die einzelnen Äußerungen auf die in Kap. 4 genannten elf Kategorien verteilt. Insgesamt konnten durch inhaltliche Mehrfachnennungen 243 Nennungen zugeordnet werden:

Tab. 6.16: Rückmeldungen im Rahmen der Freitext-Angabe (Frage Nr. 10)

Kategorie	positive Rückmeldungen	negative Rückmeldungen	wertneutrale Rückmeldungen
1) Klinikpersonal (Ärzte und Pflegekräfte)	9	18	0
2) Zufriedenheit mit Rehabilitation insgesamt	48	9	1
3) Organisation/Angebot	0	14	0
4) Zufriedenheit mit körperlichem Zustand bzw. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung	2	9	0
5) Verpflegung	4	10	0
6) Nachsorge	14	14	13
7) Patientenschulung	1	3	0
8) Entlassungsbericht	0	9	0
9) Haus und Unterbringung	2	10	0
10) Anwendungen/Behandlung	7	41	0
11) Reha-Verfahren, Antragsstellung, Zugang	0	5	0

Zu Kategorie 1) „Klinikpersonal“ wurden insgesamt 27 Rückmeldungen aufgeführt, von denen 9 positiv und 18 negativ sind. Positive Nennungen betreffen hauptsächlich die Freundlichkeit, die Kompetenz des Personals und die Betreuung (z.B.: „Hohe Kompetenz und Freundlichkeit des Personals“; „Sehr gute ärztliche Betreuung“). Negative Aussagen betreffen hauptsächlich Sprachschwierigkeiten und -barrieren in der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, die Anzahl der Ärzte und den zeitlichen Rahmen (z.B.: „Die Ärzte sind schlecht

und sprechen kaum deutsch“; „Die Stations-Ärzte waren eine Zumutung. Schlechte Deutsch-Kenntnisse, kein Interesse am Patienten“).

Zur Kategorie 2) „Zufriedenheit mit der Reha insgesamt“ gibt es insgesamt 58 Nennungen, von denen 48 positiv und 9 negativ sind, sowie 1 wertneutrale Rückmeldung („*Möchte im Jahr 2018 meine Reha wiederholen*“). Die positiven Rückmeldungen sind meist kurz gehalten und besitzen einen unspezifischen Charakter, u.a. „*Insgesamt mit Reha sehr zufrieden*“; „*Ich war sehr zufrieden mit der Klinik und Behandlung*“; „*Die Reha-Behandlung war hervorragend*“. Eher negativ empfanden die Rehabilitanden das subjektive Fehlen eines Reha-Erfolgs: „*Die Reha-Behandlung war sehr enttäuschend, auf Probleme wurde nicht eingegangen, [...]*“; „*Fand mich oft allein gelassen mit meinen Symptomen, falsche Einrichtung für mich*“.

Hinsichtlich Kategorie 3) „Organisation/Angebot während der Reha-Maßnahme“ gibt es lediglich 14 negative Rückmeldungen, deren Inhalte sich meist auf Öffnungszeiten der Einrichtungen vor Ort, den täglichen Behandlungsablauf und die Freizeitangebote beziehen, u.a. „*2-3 Behandlungen sind zu wenig, keine Freizeitangebote, der Aufenthalt war langweilig*“; „*begrenzte Möglichkeiten zur Ausübung von Aktivitäten am Wochenende*“; „*bessere Öffnungszeiten der sportlichen Einrichtungen wären gut*“.

Bei Kategorie 4) „Zufriedenheit mit körperlichem Zustand bzw. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung“ können 2 positive und 9 negative Rückmeldungen registriert werden. Positiv äußern sich die Rehabilitanden u.a. wie folgt: „*Mir hat die Reha viel gebracht, ich bin wieder gut einsetzbar!*“ und „*Mir geht es seitdem viel besser*“. Negative Aussagen haben meist mit dem subjektiven Gefühl von persistierender Krankheit und noch vorhandenen Schmerzen zu tun, z.B. „*Ich war zum größten Teil sehr zufrieden, leider konnten mir meine Schmerzen nicht genommen werden*“; „*Bin arbeitsfähig in die Reha gekommen und arbeitsunfähig entlassen worden*“.

Die Kategorie 5) „Verpflegung“ erhält 4 positive und 10 negative Nennungen. Positiv äußern sich die Rehabilitanden u.a. derart: „*sehr freundliches, kompetentes Team von allen Beteiligten. Großes Lob an die Küchenbrigade*“. Häufig bemängelt wurde die fehlende Abwechslung des Essens bzw. des Speiseplans und die Temperatur der Speisen, z.B. „*mehr Optimierung des Speiseplanes auf die Bedürfnisse der Patienten, allgemein eine Verbesserung*“; „*Verpflegung sehr eintönig, besonders das Abendessen*“.

Bei Kategorie 6) „Nachsorge“ ist die Verteilung äußerst homogen: 14 positive Äußerungen, 14 negative und 13 wertneutrale Äußerungen. Bei den positiven Äußerungen geht es zumeist um die Qualität des Nachsorgeprogramms IRENA und den Reha-Sport, z.B. *„Nehme am IRENA-Programm teil, hilft mir den Alltag besser zu bewältigen“*; *„Nachsorgeprogramm IRENA gibt mir eine begleitende Struktur, sehr gut!“* und *„Reha-Sport bekommt mir sehr gut“*. Negativ für die Rehabilitanden sind erneut Umstände, die den Reha-Sport betreffen, sowie die Schwierigkeit der Nachsorge im Alltag: *„Die Reha war super, aber leider im Alltag nicht immer durchführbar“*; *„IRENA müsste länger sein!“*. Die wertneutralen Äußerungen sind meist dergestalt, dass die Rehabilitanden den Freitext nutzen, um mitzuteilen, dass sie in das IRENA-Programm eingeschlossen wurden.

Zum Thema „Patientenschulung“ (Kategorie 7) äußern sich die Befragten einmal positiv und dreimal negativ. Positiv äußert ein Rehabilitand: *„Sehr informierte Fachvorträge“*. Negative Äußerungen beziehen sich meist auf den Inhalt der Vorträge bspw. *„Manche Vorträge waren sehr oberflächlich.“*

Zum Thema „Entlassungsbericht“ (Kategorie 8) gibt es wiederum lediglich 9 negative Rückmeldungen. Diese nehmen meist Bezug auf den Inhalt der Berichte, den Versand und den verzögerten Erhalt des Entlassungsberichts, u.a. *„Der Abschlussbericht war fehlerhaft, ich wurde 1 Jahr älter gemacht und Arbeitssituation falsch“*; *„Die Versendung des Abschlussberichtes dauert viel zu lange, keine vernünftige Weiterbehandlung“*; *„Den EB haben nur meine Ärzte bekommen“*.

Zu Kategorie 9) „Haus und Unterbringung“ gibt es 2 positive (*„Gebäude war alt, aber sauber, Essen sehr gut. Leider zu wenige Anwendungen am Wochenende“*; *„Das Bett war zwar zu kurz, aber das Haus war super“*) und 10 negative Äußerungen. Diese haben meist mit den strukturellen Voraussetzungen der Einrichtungen zu tun, u.a. dem Schwimmbad oder dem Fitnessraum, aber auch mit den hygienischen Verhältnissen, z.B. *„Schade, dass die Kältekammer meist defekt war und dass selten Massagen möglich waren“*; *„Der Fitnessraum war zu klein, lange Wartezeiten“*; *„Inventar (Polster, Aufzug und Parkettboden) war sehr heruntergekommen“*.

In der Kategorie 10) „Anwendungen/Behandlungen“ gibt es 7 positive und 41 negative Rückmeldungen: Positiv sind für die Rehabilitanden meist die Behandlung an sich sowie die Therapeuten erinnerlich: *„Der Behandlungsplan durch den Orthopäden war sehr effektiv und*

hilfreich“; *„Anwendungen und Therapeuten waren freundlich und sehr bemüht“*. Die negativen Äußerungen bezogen sich hauptsächlich auf die geringe Anzahl der durchgeführten Behandlungen (sowohl somatische als auch psychotherapeutische Behandlungen) und den Behandlungsablauf: *„Mehr Anwendungen wären wünschenswert und längere Öffnungszeiten“*; *„Viel zu wenig Einzelanwendungen, manchmal 2-3 Std. Leerlauf!“*; *„Hätte mir mehr Einzelgespräche mit Psychologen gewünscht“*.

Der letzten Kategorie 11) *„Reha-Verfahren, Antragsstellung, Zugang“* können insgesamt 5 negative Nennungen zugeordnet werden. Dominierender Inhalt dieser Aussagen ist die Wartezeit bis zur Reha-Maßnahme und die Problematik einer Verlängerung: *„Reha nach 4 Jahren ist zu spät“*; *„Hätte gerne eine Verlängerungswoche bekommen, wurde aber abgelehnt.“*

6.4.1 Zusammenfassung

Die Auswertung der qualitativen Ergebnisse weist darauf hin, dass ein großer Teil der Rehabilitanden ergänzende eigene Rückmeldungen zur Reha-Maßnahme sowie zu nachfolgenden Behandlungen abgegeben hat. Diese können, wie erwartet sinnvoll, im Rahmen des klinik-internen Qualitätsmanagements verwendet werden. Bei näherer Betrachtung der Rückmeldungen zeigen sich inhaltliche Schwerpunkte für bestimmte Kliniken, die in einem zweiten (hier nicht vorgesehenen) Schritt mit den Besonderheiten der jeweiligen Klinik abgeglichen werden sollten und auf Veränderungspotentiale hin untersucht werden könnten, dies sollte jedoch am besten vor Ort geschehen.

Insgesamt zeigen sich die Rehabilitanden überwiegend sehr zufrieden mit der Rehabilitationsmaßnahme, positiv erwähnt werden vor allem die *Nachsorgeprogramme*. Auch zum *Klinikpersonal*, dem eigenen *körperlichen Zustand bzw. den Verbesserungen durch die Reha* und zur *Verpflegung während der Reha-Maßnahme* gibt es positive Rückmeldungen. Die *Organisation bzw. das Angebot während der Reha-Maßnahme*, der *Entlassungsbericht* sowie die *Anwendungen und Behandlungen während der Reha-Maßnahme* werden meist nur erwähnt, wenn sie kritisch auffallen (41 negative Rückmeldungen).

Insgesamt zeigt sich an der Auswertung der offenen Fragen, dass diese eine wichtige Ergänzung zu den quantitativen Angaben bieten, die auch unmittelbare Impulse für die einzelnen Kliniken geben können.

7 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es zu prüfen, ob ein eigens konzipiertes Fragebogeninstrument zum *Entlassungsmanagement in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen* im Rahmen einer postalischen Nachbefragung ehemaliger Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern sinnvoll und praktisch in der Routine einsetzbar ist. Es sollte auch geprüft werden, ob es darüber hinaus geeignet ist, Unterschiede zwischen Rehabilitationseinrichtungen aufzuzeigen, so dass es für einen möglichen routinemäßigen Einsatz in der Qualitätssicherung verwendbar ist. Schließlich sollten auch Hinweise auf förderliche und hinderliche Faktoren im Entlassungsmanagement erfragt werden, die für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement Verwendung finden können.

7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Entwicklung und Erprobung des Fragebogens erfolgte mit Unterstützung der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern bei Rehabilitanden der acht DRV-eigenen Rehabilitationskliniken. In jeder Klinik sollten 200 Rehabilitanden angeschrieben werden, deren Reha-Maßnahme ca. 2 Monate zurück lag (Zeitstichprobe). Von insgesamt 1.435 versandten Fragebögen kamen 904 zurück, was einem akzeptablen Rücklauf von 63 % entspricht. Dies ist insofern erwähnenswert, da kein Erinnerungsschreiben an die ausgewählten Rehabilitanden versandt wurde. Diese große Anzahl der vorliegenden Fragebögen und die hohe Rücklaufquote erlauben es davon auszugehen, dass im weitesten Sinne repräsentative Ergebnisse erzielt wurden.

Die Stichprobenbetrachtung zeigt, dass knapp 50 % aller Rehabilitanden angaben, zur Altersgruppe der 50- bis unter 60-Jährigen zu gehören, 20 % sind 60 Jahre und älter, 30 % jünger als 50 Jahre. Diese Verteilung entspricht in etwa der Population der Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung: Laut Reha-Bericht 2018 betrug das Durchschnittsalter von Frauen, die 2016 eine medizinische Rehabilitation abgeschlossen haben 53,0 Jahre, bei den Männern waren es 52,7 Jahre (DRV, 2018a). Die Geschlechterverteilung zeigt mit 69 % männlicher Teilnehmer einen größeren Männeranteil (in der Indikation Psychosomatik dagegen etwa 50 %) als im Durchschnitt der Rehabilitanden der gesetzlichen Rentenver-

sicherung: Allerdings ist sie für Kliniken der ehemaligen Arbeiterrentenversicherung nach Einschätzung des Ltd. Arztes der DRV Nordbayern durchaus typisch.

Die Itemanalyse lässt darauf schließen, dass die Frage-Items ausreichend verständlich waren. Ungültige Antworten gab es im wesentlichen nur bei den konditionalen Fragen (deren Beantwortung nur erfolgen sollte, wenn bei der vorausgehenden Filterfrage mit „ja“ geantwortet worden war), hier könnte bei einer Überarbeitung des Fragebogens eine grafische Unterstützung erfolgen. Bei mehrstufigen Antwortmöglichkeiten war eine sachgerechte Verteilung der Antworten zu finden (keine Schwierigkeitsindizes von oder nahe 0 oder 1), die eine Varianz zwischen Kliniken oder anderen Gruppen von Antwortenden zulässt, so dass alle Fragen, die zuvor in einem mehrstufigen Prozess mit Klinik- und Forschungsexperten rational konzipiert wurden, brauchbar erscheinen.

Die quantitative Analyse der Fragebogenergebnisse konnte zeigen, dass das angestrebte Entlassungsmanagement aus der Rehabilitation, wie es sich in den Fragen widerspiegelt und in Kap. 5.1 näher definiert wurde, bei einem weit überwiegenden Teil der Rehabilitanden durchgeführt wurde (Tab. 6.5). Über 80 % der Probanden geben an, dass im Aufnahmegespräch über die meisten oder alle Reha-Ziele gesprochen worden ist, 88 % bestätigen, dass es ein Abschlussgespräch gegeben hat, knapp unter 80 % geben an, dass beim Abschlussgespräch über die Fortführung der rehabilitativen Behandlung im Alltag gesprochen worden ist. Knapp unter 85 % der Rehabilitanden bestätigen zudem, dass sie nach Abschluss der Rehabilitation den Entlassungsbericht erhalten haben und fast alle (82 %) haben ihn auch gelesen und die meisten (78,0 %) haben bereits mit ihrem weiterbehandelnden Arzt darüber gesprochen (55,5 %) oder planen dies (22,5 %). Es zeigt sich außerdem, dass nur wenige Rehabilitanden angeben, im Vorhinein keine eigenen Reha-Ziele gehabt zu haben (0,4%). Weiterhin berichten nur wenige Rehabilitanden, dass sie nach der Rehabilitationsmaßnahme keine Vorsätze zur Gesundheitsverbesserung hatten (<2%). Und es geben lediglich 0,7% der Rehabilitanden an, dass sie der Entlassungsbericht nicht interessiert.

Die weitergehende Untersuchung zeigt trotz der erfreulich positiven Werte, dass sich in den meisten Fragen signifikante Unterschiede zwischen den Kliniken finden lassen, die sinnvolle Ansatzpunkte für die Qualitätssicherung darstellen können. Die weitergehende Untersuchung weist aber auch auf eine wichtige Einschränkung hin. Es lassen sich nämlich

auch signifikante Antwortunterschiede in Abhängigkeit von der Indikation der jeweiligen Abteilung, in der die Rehabilitanden behandelt wurden, und auch von Geschlecht und Alter feststellen. Das bedeutet, dass diese Variablen als Confounder beim Vergleich der klinikbezogenen Unterschiede berücksichtigt werden müssen, um Vergleiche zwischen einzelnen Kliniken, die ggf. mit diesem Instrument vorgenommen werden, gerecht zu gestalten.

In Sinne der Nebenfragestellungen wurden auch Hinweise auf Zusammenhänge zwischen den Antworten auf die verschiedenen mit den Items erfragten Variablen geprüft. Die durchgeführten Zusammenhangsanalysen gaben Hinweise darauf, dass ein positiver Zusammenhang zwischen dem *Vorhandensein eigener Rehabilitationsziele vor der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme* und der selbst angegebenen *Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag* nach der Rehabilitation besteht. Es findet sich auch ein Zusammenhang zwischen dem *Erhalt des Reha-Entlassungsberichts* und der selbst angegebenen *weiteren Fortführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag*. Schließlich findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Angabe, dass ein *Abschlussgespräch* stattgefunden hat, und einer insgesamt *höheren Zufriedenheit* mit der Rehabilitationsmaßnahme.

Ergänzend zu den quantitativ zu beantwortenden Items wurde in dem Fragebogen auch eine offene Frage gestellt, die qualitativ ausgewertet wurde. Sie sollte konkrete Kritikpunkte und weitere Rückmeldungen erbringen, die für die Kliniken später eine Grundlage für das interne Qualitätsmanagement darstellen können. Hier zeigt sich eine erfreulich große Bereitschaft der Befragten, ihre Bewertungen inhaltlich zu ergänzen (ca. 25 % nutzten die Freitextangabe). Die Antworten ließen sich mithilfe einer systematischen Inhaltsanalyse sinnvoll ordnen. Es konnten 11 Kategorien mit i.d.R. positiver und negativer Ausprägung zusammengestellt werden: (1.) Klinikpersonal; (2.) Zufriedenheit mit der Reha insgesamt; (3.) Organisation/Angebot während der Reha-Maßnahme; (4.) Zufriedenheit mit körperlichem Zustand bzw. Arbeitsfähigkeit bei Entlassung; (5) Verpflegung; (6.) Nachsorge; (7.) Patientenschulung; (8.) Entlassungsbericht; (9.) Haus und Unterbringung; (10.) Anwendungen/Behandlungen und (11.) Reha-Verfahren, Antragstellung, Zugang.

Die Kategorisierung der Antworten zeigt, dass es durchaus klinikbezogene Schwerpunkte bzw. Unterschiede in den Themen der offenen Antworten gibt, die wertvolle Impulse für das

linikinterne Qualitätsmanagement darstellen können. Überwiegend positive Rückmeldungen zeigten sich in der Kategorie „Zufriedenheit mit der Rehabilitation insgesamt“. Eher negative Äußerungen betrafen die Kategorien „Klinikpersonal“, „Entlassungsbericht“ und „Anwendungen/Behandlungen“.

7.2 Einordnung in den wissenschaftlichen Kontext

Entlassungsmanagement – klinikspezifische und abteilungsspezifische Unterschiede

Wie in Kap. 2 dargestellt, gilt ein umfassendes und gut strukturiertes Entlassungsmanagement als hilfreich für die kritische Phase des Übergangs von einem medizinischen Sektor in den nächsten (Bundesministerium für Gesundheit, 2016). Obwohl die Antworten der meisten Rehabilitanden auf die Items im vorliegend geprüften, kriteriumsorientierten Fragebogen darauf hinweisen, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wichtige Aspekte von Entlassungsmanagement (wie in Kap. 5.1. definiert) realisiert werden, können zum Teil erhebliche Unterschiede gefunden werden: Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, finden sich bei den Frage-Items klinikvergleichend (Nrn. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 und 9.1) und abteilungsvergleichend (Nrn. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 und 9.1) signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der Rehabilitanden. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass abteilungs- bzw. klinikspezifisch unterschiedliche Praktiken im Entlassungsmanagement durchgeführt werden. Dass diese Unterschiede existieren bzw. dass der Bereich „Vorbereitung auf die Entlassung“ noch problematisch ist, darauf weisen auch die Ergebnisse von Jung und Stahl (2013) hin, welche zudem das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich darstellen.

Wie erwartet, finden sich in den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung auch Hinweise darauf, dass Rehabilitanden, die ihren Entlassungsbericht frühzeitig erhalten, häufiger zur Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag bereit sind (Tab. 6.12). Auch führen Rehabilitanden, mit denen ein Abschlussgespräch durchgeführt wurde, häufiger rehabilitative Maßnahmen im Alltag durch (Tab. 6.14). Auch wenn die Kausalrichtung der Zusammenhänge nicht klar ist, spricht viel für Annahme, dass ein umfassendes und strukturiertes Entlassungsmanagement zu einem stabilen Behandlungserfolg beitragen kann (Kurlemann, 2010).

Entlassungsbericht

Die Analyse der Ergebnisse der Fragen Nr. 9 - 9.2 zeigt auch, dass ein Großteil der Rehabilitanden Interesse am eigenen Entlassungsbericht hat und diesen auch inhaltlich kennt (s. Tab. 6.5). Dieser Eindruck wird zudem durch die Ergebnisse der *qualitativen Inhaltsanalyse der offenen Frage (Nr. 10 zu Rückmeldungen zur Rehabilitation und der Nachsorge)* gestützt, da auch hier viele Rückmeldungen zu diesem Thema verzeichnet werden. Diese sind jedoch überwiegend negativen Inhalts und beziehen sich zumeist auf den Inhalt des Entlassungsberichts: Viele Rehabilitanden geben an, dass der Inhalt ihres Entlassungsberichts nicht korrekt sei. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Darstellungen und Formulierungen des Entlassungsberichts inhaltlich weniger gut verständlich für die Rehabilitanden sind. In diesem Sinne wurde in einer Untersuchung von Vogel et al. (2014) gefunden, dass die Rehabilitanden die Verständlichkeit des Reha-Entlassungsberichtes allenfalls als befriedigend einschätzen. Was hierbei auch deutlich wird, ist, dass Rehabilitanden insgesamt wenig über das Konzept des Entlassungsberichts wissen, zudem finden sich Hinweise darauf, dass der Reha-Entlassungsbericht in manchen Fällen besser auf die Problematik, die Situation und die Erwartungen des Rehabilitanden abgestimmt werden muss.

So führten Brandes und Niehues (2014) eine Untersuchung durch, bei der Rehabilitandinnen zu Beginn einer Reha-Maßnahme ihre individuellen Reha-Ziele schriftlich vermerken sollten. Diese wurden am Ende mit den Einträgen im Reha-Entlassungsbericht verglichen. Hierbei zeigte sich, dass es nur bei einem Drittel der Rehabilitandinnen zu deutlichen Übereinstimmungen kam. Pohontsch et al. (2013) schlagen daher vor, Rehabilitanden direkt nach der Rehabilitation einen Kurzbrief des Entlassungsberichts mitzugeben, in dem die wichtigsten Informationen für sie zusammengefasst sind.

Nachsorge und Vorbereitung der Nachsorge

Nachsorge nach der Rehabilitation soll dabei helfen, gesundheitliche Erfolge, die während einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme erreicht wurden, im Alltag fortzuführen. Dieser Alltagsbezug ist deswegen wichtig, da die „eigentliche Rehabilitation [...] in den langfristigen Anpassungs- und Bewältigungsprozessen im Alltagsleben der

Rehabilitanden“ stattfindet (Gerdes, 2004, S. 40). Im Rahmen dieser Untersuchung gaben ca. 79 % aller Probanden an, dass mit ihnen in einem Abschlussgespräch über die Fortsetzung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag gesprochen wurde, weiterhin berichten ca. 75 % der Probanden darüber, dass sie noch immer rehabilitative Maßnahmen im Alltag durchführen (s. Tab. 6.5).

Diese Ergebnisse zeichnen ein positives Bild der Nachsorge-Praxis der teilnehmenden Rehabilitanden und bilden daher eine gewisse Diskrepanz zu den eingangs zitierten Untersuchungen von Köpke (2005), der in seiner Befragung herausfand, dass über 70 % der teilnehmenden Rehabilitanden keinerlei Nachsorgeaktivität mehr zeigten. Auch die Probanden der Befragung bei Deck und Raspe (2004) geben eher negative Erfahrungen mit dem Thema Nachsorge wieder: Hier konstatieren nur ca. 40 % der Befragten, dass sie insgesamt „sehr gut“ auf die Zeit nach der Reha vorbereitet wurden. Ein weiteres Drittel gibt an, nützliche Verhaltensempfehlungen für den Bereich „Beruf“ und weitere 40 % für den Bereich „Alltag“ erhalten zu haben. Nur ein Fünftel schildert zudem, auf Nachsorgeprogramme hingewiesen worden zu sein.

Hier gibt es zwei Erklärungsansätze: Einerseits sind zwischen den Untersuchungen von Köpke (2005) sowie Deck und Raspe (2004) und der aktuellen Untersuchung mehr als 10 Jahre vergangen und in dieser Zeit haben die Rehabilitationsträger, nicht zuletzt aufgrund der zitierten Kritik, intensive Aktivitäten beim Ausbau der Nachsorgeangebote entfaltet. Nicht zuletzt wurde veranlasst, dass in den Kliniken zum Thema Nachsorge intensiv beraten wird. Zudem wurden intensivierete Nachsorgeprogramme wie IRENA (intensivierte Rehabilitationsnachsorge) ins Leben gerufen, welche sich positiv auf die Nachsorgeaktivität auszuwirken scheinen (s. unten). Andere Ansätze zur Optimierung der Nachsorgeaktivität könnten u.a. „Checklisten für das Aufnahmegespräch“ (Deck et al., 2009), eine aktive Nachsorgeunterstützung mithilfe moderner Kommunikationstechnologien (Kordy et al., 2011) oder die Begleitung von Rehabilitanden durch einen Nachsorgebeauftragten im Alltag sein (Deck & Hüppe, 2014). Auch das Vorhandensein von Nachsorgegesprächen im poststationären Verlauf scheint positive Effekte zu haben (Kubiak et al., 2015). Zudem bildet der Bereich *Nachsorge* wie eingangs beschrieben einen aktuellen rehabilitationswissenschaftlichen Forschungsschwerpunkt.

Eine andere Erklärung geht davon aus, dass in der vorliegenden Erhebung nur Selbsteinschätzungen/Selbstberichte gefragt wurden, die zudem mit ca. zwei Monaten noch sehr nah am stationären Aufenthalt lagen. Die Ergebnisse dürften daher auch eine gewisse Überschätzung der tatsächlichen Nachsorgeaktivitäten darstellen.

Auch in den Freitextangaben zu Frage 10 wird häufig auf die Nachsorge Bezug genommen. Viele äußern sich positiv zum intensivierten Reha-Nachsorgeprogramm der Deutschen Rentenversicherung (IRENA; Deutsche Rentenversicherung, 2017) bzw. teilen schlicht mit, dass sie an IRENA teilnehmen. Kritisiert wird gelegentlich, dass die Nachsorgeprogramme schwer im Alltag umsetzbar seien sowie dass es zu wenige Plätze gebe. Dies bestätigt die Bemühungen der Deutschen Rentenversicherung zur nachhaltigen bundesweiten Ausweitung der IRENA-Angebote. Letztere wird insbesondere unterstützt durch die positiven Evaluationsergebnisse, beispielsweise von Lamprecht et al. (2011) oder Erler et al. (2013). Sie lassen auch vermuten, dass diese Bemühungen um Ausweitung der Nachsorge inzwischen zu einer Verbesserung der Angebote und der Empfehlungen geführt haben, die zehn Jahre zuvor noch als problematisch kritisiert wurden (Gerdes, 2004).

Versand der Entlassungsberichte

Die vorliegende Befragung sollte auch untersuchen, ob der konsequente zeitnahe Versand der Entlassungsberichte an die Rehabilitanden möglich ist und ob dieses den weiteren Versorgungsprozess unterstützt. Es zeigte sich, dass der Großteil der Befragten angibt (85 %), den Entlassungsbericht innerhalb des Befragungszeitraumes erhalten zu haben. Fast alle, die ihn erhalten hatten, hatten ihn zum Befragungszeitpunkt auch bereits gelesen (82 %). Fast ebenso viele geben an, dass sie den Entlassungsbrief mit dem weiterbehandelnden Arzt besprochen haben oder dieses planen (s. Tab. 6.5).

Zusammengenommen sind diese Ergebnisse als durchweg positiv zu werten, sie zeigen, dass der Erhalt des Entlassungsberichts vom Rehabilitanden genutzt wird und dass er auch die Kontinuität zum weiterbehandelnden Arzt zu fördern in der Lage ist. Jacobi und Kaluscha (2004) fanden hierzu heraus, dass allein das Wissen um den Inhalt des Entlassungsberichts positive Auswirkungen auf den Rehabilitationsprozess haben kann.

Der Anteil der Rehabilitanden, die den Entlassungsbericht innerhalb von zwei Monaten, wie in dieser Untersuchung, erhalten haben, ist zwar größer als bei Gerdes (2004), der berichtet

hatte, dass 70 % der Befragten angaben, in einem Zeitraum von 6 bis 9 Monaten nach der Rehabilitationsmaßnahme ihren Entlassungsbericht erhalten und gelesen zu haben. Allerdings waren die Kliniken in der vorliegenden Untersuchung auch gebeten worden, den Rehabilitanden die Entlassungsberichte frühzeitig und unmittelbar zuzusenden.

Im Hinblick auf die zuvor genannte Schnittstellenproblematik (s. Kap. 2.4) ist der Entlassungsbericht daher als ein wertvolles Bindemittel anzusehen, da er wichtige Informationen und therapeutische Weiterempfehlungen enthält, die gerade im niedergelassenen Bereich von hohem Wert sind und für manche Fachärzte die einzige Informationsquelle über die allgemeine gesundheitliche Situation ihrer Patienten darstellen (Völter-Mahlknecht & Rieger, 2014).

Indikationsspezifische Unterschiede

Wie in Kapitel 6 dargestellt, finden sich erklärungsbedürftige Unterschiede zwischen den Antworten von Rehabilitanden verschiedener Indikationen.

Trotz der niedrigen Fallzahl sei hier erwähnt, dass bei Frage Nr. 3 u.a. deutlich wird, dass alle psychosomatischen Rehabilitanden angeben, an einem Abschlussgespräch teilgenommen zu haben. Demgegenüber geben jedoch weniger als die Hälfte dieser Rehabilitanden an, dass sie weiterhin rehabilitative Maßnahmen durchführen (Frage Nr. 8). Dies ist auf den ersten Blick unerwartet, weil verschiedene Langzeitstudien gezeigt haben, dass gerade die psychosomatische Rehabilitation besonders nachhaltige Effekte zeigt (Haaf, 2005). Eine Erklärung könnte sein, dass es für die Nachhaltigkeit der Effekte in der psychosomatischen Rehabilitation darauf ankommt, ob die Rehabilitanden im Anschluss an die Reha-Maßnahme eine ambulante Psychotherapie beginnen oder weiterführen. Und es ist denkbar, dass die Rehabilitanden dieser Untersuchung unter Fortführung der rehabilitativen Maßnahmen nicht die ambulante Psychotherapie verstanden haben.

Bei der Frage nach der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag (Frage Nr. 8) berichten orthopädische Rehabilitanden zudem insgesamt häufiger als Rehabilitanden anderer Indikationen davon, weiterhin rehabilitative Maßnahmen im Alltag durchzuführen. Auf den ersten Blick passt dies nicht mit den Ergebnissen von Metaanalysen zur Wirksamkeit orthopädischer Rehabilitation zusammen. Wiederholt hat sich da gezeigt, dass die Wirksamkeit beispielsweise beim größten Symptombereich „chronische Rückenschmerzen“ eher gering ist (Haaf, 2005). Vermutlich sind die je nach Indikation unterschiedlichen

Behandlungsbedarfe und Reha-Nachsorgekonzepte nicht vergleichbar, so dass auch nicht erwartet werden darf, dass sie in gleicher Weise die Effektivität der Versorgung verbessern.

Weiterhin geben die internistischen Rehabilitanden (u.a. Kardiologie und Onkologie) bei dieser Befragung eine verhältnismäßig geringe Nachsorgeaktivität an (s. Tab. 6.10). Dies ist insofern überraschend, da die Wirksamkeit kardiologischer Rehabilitation sehr gut belegt ist und gute kurzfristige wie zum Teil auch langfristige Ergebnisse erzielt werden (Haaf, 2005). Ähnlich positiv sind die Ergebnisse der Metaanalysen zur Wirksamkeit der Rehabilitation bei Krebserkrankungen, welche u.a. auch auf eine höhere Bereitschaft zur Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im Alltag zurückgeführt werden (Haaf, 2005). Auch hier dürfte, wie bereits zuvor erwähnt, gelten, dass der objektive Nachsorgebedarf je nach Indikation unterschiedlich sein mag und dass die Selbsteinschätzung über die Nachsorgeaktivität – je nach Art der erforderlichen Aktivität – mehr oder weniger von der tatsächlichen Nachsorge abweichen könnte.

Geschlechts- und altersgruppenspezifische Ergebnisse

Auffällig ist schließlich noch, dass sowohl signifikante geschlechts- als auch altersspezifische Unterschiede in den Antworten der Rehabilitanden zum erlebten Entlassungsmanagement gefunden wurden. Mehr Frauen als Männer haben die Frage bejaht, ob mit ihnen im Aufnahmegespräch über die Reha-Ziele gesprochen worden ist (Frage Nr. 2) (s. Tab. A.16). Weder Mittag und Grande (2008) noch Deck und Raspe (2004) sehen geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Reha-Zielen bzw. bei der Bedeutung der Reha-Ziele. Der in dieser Untersuchung gefundene Unterschied betrifft auch nicht die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Reha-Zielen, sondern eher den Bericht über die Inhalte des Aufnahmegesprächs, die von Männern und Frauen (leicht) unterschiedlich erlebt werden.

Auch finden sich leichte Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter, diese sind allerdings schwer zu interpretieren, zumal sich auch in den (wenigen) Hinweise aus der Literatur hierzu eher zurückhaltende Einschätzungen finden: Während Härtel (2000) bei Frauen über dem 50. Lebensjahr ein abnehmendes Gesundheitsbewusstsein annimmt, können Deck und Raspe (2004) keine altersbezogenen Unterschiede in der Nutzung von Entlassungsberichten durch die Rehabilitanden finden.

Ergebnisse der offenen Frage (Nr. 10) nach allgemeinen Rückmeldungen zur Rehabilitation oder zur nachgehenden Behandlung

Die sehr zahlreichen freien Antworten (n=243) zur Frage 10 ließen sich in Rahmen der qualitativen Analyse sinnvoll in elf inhaltliche Kategorien ordnen. Auf diese Weise war eine Systematisierung der Rückmeldung und eine Differenzierung nach Themen, die in den verschiedenen Kliniken genannt wurden, zu leisten. Die Systematisierung bietet damit eine gute Grundlage für mögliche klinikspezifische Rückmeldungen und ggf. – bei Wiederholungserhebungen - auch für die Darstellung von Veränderungen im Laufe der Zeit.

In der Zusammenschau lässt sich allerdings feststellen, dass sich viele Rehabilitanden zufrieden mit ihrer durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme zeigen (48 positive Nennungen). Andere Rehabilitandenbefragungen zum diesem Thema zeichnen ein ähnlich positives Bild (Meyer et al., 2008; Raspe et al., 1997). Dabei werden besonders oft die Bereiche „Behandlungen“, „Klinik und Unterbringung“ sowie „Schulungen und Vorträge“ und die „Betreuung durch Pflegekräfte“ genannt. Seltener wird auf positive Aspekte in den Bereichen „Ärztliche Betreuung“ und „Rehabilitationsplan und –ziele“ hingewiesen (Meyer et al., 2008; Klosterhuis et al., 2010). Vergleichbar ist es auch hier: Nennungen in der Kategorie *Klinikpersonal* sind zumeist negativen Inhalts, wie auch Rückmeldungen in den Kategorien *Organisation/ Angebot während der Reha-Maßnahme*. Im Unterschied zu den oben zitierten Studien finden sich in dieser Nachbefragung jedoch in den Bereichen *Anwendungen bzw. Behandlungen* als auch bei den strukturellen Gegebenheiten (*Haus und Unterbringung*) eher negative Angaben im Freitext.

Personal und Sprachproblematik

In den Antworten auf die offene Frage nach allgemeinen Rückmeldungen zur Reha-Behandlung und zur Nachsorge wird des Öfteren auf Verständigungsprobleme mit Ärzten mit zu geringen Deutschkenntnissen hingewiesen. Da es in der Medizin und speziell in der Rehabilitation auf das gegenseitige Verstehen ankommt, ist dies natürlich ein ernstzunehmendes Problem, welches aber nicht nur den Reha-Bereich, sondern das Gesundheitswesen insgesamt betrifft. Wie eine Statistik der Bundesärztekammer zeigt, ist der Anteil ausländischer Ärzte in Deutschland in den letzten Jahren immer weiter angestiegen, zuletzt auf einen Höchstwert von ca. 50.800 Beschäftigte im Jahr 2017 (11,8 % aller Ärzte;

Bundesärztekammer, 2019). Problematisch, vor allem im Kontext des Entlassungsmanagements scheint dabei zu sein, dass schon beim Aufnahmegespräch wichtige Informationen verloren gehen können, mögliche Ziele der Rehabilitanden nicht wahrgenommen werden und wichtige Hinweise zur rehabilitativen Nachsorge nicht verstanden werden können. Da aufgrund der aktuellen demographischen Entwicklung und des aktuellen Ärztemangels in Deutschland in nächster Zeit immer häufiger ausländische Ärzte eingestellt werden dürften, um eine ausreichende medizinische Versorgung in Deutschland zu gewährleisten, sollte intensiver auf die sprachlichen Fähigkeiten der Ärzte geachtet und es sollten ggf. nachhaltig entsprechende Förderung geboten werden. Dies entspräche einer optimierten Strukturqualität und wäre eine sinnvolle Investition in die Zukunft (Arndt, 2016).

7.3 Methodische Anmerkungen zur Untersuchung

Der Fragebogen sollte die verschiedenen Aspekte eines gelungenen Entlassungsmanagements in der medizinischen Rehabilitation erfassen (s. dazu Kap. 5.1). Zum Zeitpunkt des Beginns der Untersuchung gab es zu diesem Konzept aber nur vereinzelte Artikel, die jeweils auf spezielle Aspekte hinweisen und zudem häufig nicht einschlägig für das besondere Feld der medizinischen Rehabilitation waren. Es gab und gibt bislang kein abgesichertes Gesamtkonzept für das Entlassungsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Die Items des Fragebogens entstammten somit den vorhandenen Hinweisen aus der Literatur und dem Konsens der in der Studie einbezogenen Experten (siehe Kap. 4.4) über relevante operationalisierbare Kriterien eines guten Entlassungsmanagements (s. Kap. 5.1). Mit der in den kommenden Jahren zu erwartenden Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements in den Reha-Einrichtungen ist immer wieder auch zu prüfen, ob es Items/Fragen gibt, die sinnvoll zu ergänzen sind, oder ob bestimmte Gewichtungen oder Schwerpunktsetzungen vorgenommen werden sollen. Zu dieser Frage und auch zur Frage, ob Summenwerte, Gesamt- oder Teilwerte (Skalenwerte) begründbar und hilfreich für die Interpretation sind, könnten auch weitergehende Faktorenanalysen Hinweise geben. Sie wurden jetzt aber nicht vorgenommen, weil diese Fragen nicht im Vordergrund der vorliegenden Arbeit standen.

Die Fragebogenerprobung fand unter naturalistischen Bedingungen statt und sollte die Umsetzbarkeit im Reha-Alltag prüfen. Weitere Fragestellungen sollten im Sinne von Nebenfragestellungen explorativ untersucht werden. Das Design und die Rahmenbedingungen der Erprobung brachten Vorteile, wie die Nähe zur Versorgung und zur weiteren Umsetzbarkeit der Ergebnisse, aber sie führten auch zu methodischen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Bei dem gewählten Studiendesign handelte es sich um eine retrospektive Querschnittstudie, die im Nachhinein mögliche Verzerrungen durch Erinnerungsfehler beinhalten kann. Da diese Erinnerungsfehler aber wiederum zwischen den Reha-Einrichtungen gleich verteilt sein werden, dürfte dieser Effekt keinen Einfluss auf die Frage haben, ob Klinikunterschiede durch das Instrument erkennbar sind.

Die gefundenen signifikanten Effekte von Einflussvariablen wie *Geschlecht*, *Alter* oder *Indikation* zeigen, dass eine einfache Interpretation von Ergebnisunterschieden zwischen den Kliniken oder Abteilungen unzulässig ist, sondern dass eine mögliche Verwendung in der Qualitätssicherung nur unter statistischer Berücksichtigung der Einflüsse von Confoundern, d.h. unter entsprechender Adjustierung akzeptabel ist.

Die Organisation und der Ablauf des Fragebogenversandes lagen in vollem Ausmaß in den Händen der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und der beteiligten acht Reha-Kliniken. Das war einerseits sehr versorgungsnah und war in diese Form auch geplant, führte aber zu der Einschränkung, dass es (trotz einheitlicher Vorgaben) Unterschiede in der vorherigen Aufklärung der Patienten über die geplante postalische Befragung gegeben haben mag (die klinikbezogenen, teils erheblichen Unterschiede im Rücklauf deuten darauf hin, s. Tab. 6.1). Auch die Nachbefragungszeiträume wurden von den Kliniken etwas unterschiedlich gehandhabt. Beides kann im Nachhinein zu Unterschieden im Antwortverhalten bei einzelnen Frage-Items geführt haben und somit die Aussagekraft einzelner Antworttendenzen u.a. hinsichtlich des Erhalts des Entlassungsberichts vermindern.

7.4 Weitere Forschung und Ausblick

In der vorliegenden Studie wurde ein kurzes Nachbefragungsinstrument für die medizinische Rehabilitation entwickelt, welches sich insbesondere auf die verschiedenen Aspekte des Entlassungsmanagements konzentriert und für die Nutzung in der Qualitätssicherung gedacht war. Die Erprobung in acht Rehabilitationskliniken zeigte anhand des hohen Rücklaufs und der Ergebnisse der Itemanalyse, dass der Fragebogen in der Umsetzung routinetauglich ist (Hauptfragestellung). Hinsichtlich der Frage-Formulierungen zeigt die Analyse der einzelnen Beantwortungshäufigkeiten, dass der Fragebogen von den Rehabilitanden gut angenommen wurde und die einzelnen Frage-Items insgesamt verständlich für die Befragten erscheinen. Die allermeisten Rehabilitanden haben alle Fragen ausgefüllt, kein Fragebogen-Item wurde überproportional häufig nicht beantwortet. Positiv zu verzeichnen ist außerdem, dass durch die wiederkehrenden Überarbeitungsphasen ein stark gekürztes Fragebogeninstrument erstellt werden konnte, das einen nur geringen Beantwortungsaufwand für die Rehabilitanden darstellt; negative Rückmeldungen im Freitext hinsichtlich der Fragebogenlänge konnten zudem keine gefunden werden.

Gleichwohl bleibt regelmäßig zu prüfen, ob neuere theoretische oder konzeptionelle Entwicklungen darauf hinweisen, dass bestimmte wichtige Aspekte in dem Fragebogen ergänzt werden müssen.

Die weitergehenden statistischen Auswertungen entsprechend den Nebenfragestellungen zeigen, dass die Ergebnisse sinnvolle Auswertungen zulassen: Es werden interpretierbare Unterschiede zwischen Kliniken und Abteilungen deutlich, aber es werden auch wichtige Einflussfaktoren deutlich (Geschlecht, Alter, Indikation), die im Rahmen einer Routineauswertung als Confounder im Rahmen der statistischen Adjustierung genutzt werden müssen, um faire Vergleiche zwischen Reha-Einrichtungen zu ermöglichen. Auch für das klinikinterne Qualitätsmanagement bietet der Fragebogen wertvolle Impulse. Die offene Frage wurde von vielen Rehabilitanden genutzt und so konnten zusätzlich zu den quantitativen Ergebnissen auch aufschlussreiche Ergebnisse aus der qualitativen Inhaltsanalyse generiert werden, die in der Klinik vertiefend genutzt werden können.

Im Weiteren sollte eine vertiefte psychometrische Untersuchung des Fragebogens erfolgen, die Kennwerte für die Items liefert, die auch die Faktorenstruktur untersucht und die

Reliabilität und Hinweise auf Validität prüft. Zu prüfen ist sodann, insbesondere unter inhaltlichen Gesichtspunkten, ob der Fragebogen zukünftig einen Gesamtscore bieten sollte und ob Subskalen, die über die einzelnen Items hinausgehen, definiert werden sollen.

Auch die formale Gestaltung sollte weiterentwickelt werden: Konditionale Items sollten besser als solche erkennbar sein, um Falschantworten zu vermeiden. Die einzige offene Frage sollte klarer auf das Entlassungsmanagement bezogen werden. Da sie aber oft genutzt wurde, um allgemeine (offene) Rückmeldungen zur Klinik zu geben (die auch gut verwertbar sind), sollte vielleicht eine zweite offene und allgemeine Frage über Rückmeldungen zur Klinikbehandlung gestellt werden. Der Versand durch die Kliniken erwies sich als praktikabel, allerdings sollte hier auf einheitliche Informationen und Versendebedingungen Wert gelegt werden.

Aufgrund der genannten demographischen Veränderungen und der damit verbundenen Zunahme der rehabilitationsbedürftigen und multimorbiden Patienten in unserem Gesundheitssystem wird die medizinische Rehabilitation an Bedeutung gewinnen. Raspe (2009) konstatiert zu diesem Thema: „Medizinische Rehabilitation [...]“ ist „eine der unverzichtbaren und an Gewicht gewinnenden Grundfunktionen unseres Gesundheitswesens“ (S. 47). Dazu wird die Rehabilitation enger mit der allgemeinen Gesundheitsversorgung vernetzt werden müssen, Schnittstellen sollten überbrückt werden. Gründe dafür sind laut Raspe nicht nur epidemiologische und demografische Veränderungen sondern auch der Wille des Gesetzgebers, enge ökonomische Rahmenbedingungen sowie ein wachsendes Interesse an Evidenz-basierter Medizin. Eine wichtige Veränderung liegt in dieser Richtung in der Implementierung einheitlicher Abläufe beim Entlassungsmanagement aus der medizinischen Rehabilitation, deren Umsetzung dann auch Bestandteil der Routine-Qualitätssicherung werden sollte.

8. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, einen kurzen Fragebogen für Rehabilitanden zum *Entlassungsmanagement von Rehabilitationskliniken* zu entwickeln, der durch den Rentenversicherungsträger mit dem Ziel der Qualitätssicherung im Rahmen einer postalischen Nachbefragung ehemaliger Rehabilitanden eingesetzt werden kann. Weiterhin war es im Sinne der Nebenfragestellungen interessant, ob Unterschiede im Antwortverhalten der *Rehabilitanden* je nach *Klinik, Abteilung, Indikation* und *Geschlecht* sowie *Altersgruppen* gefunden werden können. Es sollte außerdem untersucht werden, ob inhaltliche Zusammenhänge im Antwortverhalten der Rehabilitanden festgestellt werden können.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern und acht Rehabilitationskliniken wurde das Vorhaben umgesetzt. Der Fragebogen wurde, nach einer mehrstufigen Entwicklungsphase, ca. zwei Monate nach Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme an über 1.400 ehemalige Rehabilitanden mit der Bitte um Rücksendung geschickt. Dabei sollten Hinweise auf die routinemäßige Einsetzbarkeit des Fragebogens im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung gewonnen werden.

Zunächst wurden der Fragebogen und die einzelnen Items in mehreren Schritten aus der Literatur thematisch abgeleitet und in mehreren Rückmeldeschleifen mit den Chefarzten der beteiligten Reha-Kliniken und Reha-Wissenschaftlern konzipiert. Die Erprobungsversion wurde sodann bei 1.435 Rehabilitanden in 8 Rehabilitationskliniken eingesetzt. Von 904 Rehabilitanden wurden Fragebögen zurückgeschickt (Rücklaufquote 63%). Nach den verfügbaren Angaben (Geschlecht, Alter) sind sie repräsentativ für die Rehabilitanden der DRV Nordbayern. Die Itemanalyse lässt auf eine hohe Verständlichkeit der Items schließen, auch scheinen die Items durchaus die verschiedenen Aspekte des Entlassungsmanagements differenziert zu erfassen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die erfragten Anforderungen des Entlassungsmanagements von den Kliniken zum weit überwiegenden Anteil erfüllt werden. Allerdings zeigen sich signifikante Unterschiede bezogen auf Kliniken und Abteilungen. Gleichzeitig finden sich auch alters-, geschlechts- und indikationsbezogene Unterschiede. Diese Unterschiede geben Hinweise darauf, dass die Ergebnisse, sofern sie für einen fairen Vergleich von Kliniken im

Rahmen von Qualitätssicherung genutzt werden sollen, nur unter Adjustierung der entsprechenden Einflussvariablen verwendet werden können.

Die qualitative Analyse der Freitextangaben in den Fragebögen kann auf eine große Zahl individueller Rückmeldungen zurückgreifen. Die entsprechenden offene Frage wurden von vielen Rehabilitanden genutzt (25% der Antwortenden). Die Schwerpunkte positiver und negativer Rückmeldungen unterscheiden sich von Klinik zu Klinik und bieten Ansatzpunkte für das klinikinterne Qualitätsmanagement. Hierzu wurde deduktiv ein Kategoriensystem mit 11 inhaltlich definierten Kategorien (u.a. Zufriedenheit mit der Reha insgesamt, Entlassungsbericht, Nachsorge etc.) mit i.d.R. positiven und negativen Ausprägungen entwickelt, in das sich die vorliegenden Rückmeldungen sinnvoll einordnen ließen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass der Fragebogen in der Reha-Nachbefragung zur Qualität des Reha-Entlassungsmanagements einsetzbar ist. Hier kann er – bei angemessener Adjustierung – sowohl als Baustein zur Qualitätssicherung der Einrichtungen medizinischen Rehabilitation in Frage als auch zur Unterstützung der beteiligten Einrichtungen beim Qualitätsmanagement eingesetzt werden. Vor einer routinemäßigen Befragung sollte jedoch eine tiefergehende psychometrische Testung des Fragebogens erfolgen.

Anhang: Vertiefende Statistiken (Erläuterungen im Text) und Abbildungen

Tab. A.1: Geschlecht/ Altersgruppe

		Geschlecht		Gesamt	
		Männlich	Weiblich		
Altersgruppe	<40	Anzahl	38	18	56
		Prozent	67,9%	32,1%	100,0%
	40-<50	Anzahl	146	63	209
		Prozent	69,9%	30,1%	100,0%
	50-<60	Anzahl	302	131	433
		Prozent	69,7%	30,3%	100,0%
	≥60	Anzahl	108	52	160
		Prozent	67,5%	32,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl	594	264	858	
	Prozent	69,2%	30,8%	100,0%	

Tab. A.2: Altersgruppe/ Indikation

		Altersgruppen				Gesamt	
		<40	40-<50	50-<60	≥60		
Indikation	Orthopädie	Anzahl	36	147	258	82	523
		Prozent	6,9%	28,1%	49,3%	15,7%	100,0%
	Innere Medizin	Anzahl	14	51	141	72	278
		Prozent	5,0%	18,3%	50,7%	25,9%	100,0%
	Dermatologie	Anzahl	0	3	10	1	14
		Prozent	0,0%	21,4%	71,4%	7,1%	100,0%
	Psychosomatik	Anzahl	6	8	25	9	48
		Prozent	12,5%	16,7%	52,1%	18,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	56	209	434	164	863	
	Prozent	6,5%	24,2%	50,3%	19,0%	100,0%	

Tab. A.3: Kreuztabelle Frage 9 / Frage 9.1

		Haben Sie Ihren Entlassungsbericht bis zum heutigen Tag erhalten?				Gesamt
		ja	auch nicht	weiß nicht		
Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?	ja	Anzahl	740	1	0	741
		Prozent	96,9%	25,0%	0,0%	93,7%
	nein, habe ich aber geplant	Anzahl	13	1	2	16
		Prozent	1,7%	25,0%	8,7%	2,0%
	nein	Anzahl	11	2	21	34
		Prozent	1,4%	50,0%	91,3%	4,3%
Gesamt		Anzahl	764	4	23	791
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. A.4: Kreuztabelle Frage 9.1 / Frage 9.2

		Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?			Gesamt	
		nein, habe ich aber				
		ja	geplant	nein		
Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt [...] über den Entlassungsbericht gesprochen?	ja	Anzahl	479	6	11	496
		Prozent	65,0%	40,0%	31,4%	63,0%
	nein, habe ich aber geplant	Anzahl	187	8	2	197
		Prozent	25,4%	53,3%	5,7%	25,0%
	nein	Anzahl	71	1	22	94
		Prozent	9,6%	6,7%	62,9%	11,9%
Gesamt		Anzahl	737	15	35	787
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. A.5: Mittelwerte einzelner Frage-Items im Klinikvergleich

Klinik		Frage1	Frage2	Frage3	Frage4	Frage5	Frage6	Frage7	Frage8	Frage9	Frage 9.1	Frage 9.2
1	Mittelwert	2,06	2,06	1,14	1,20	2,21	2,76	2,27	2,05	1,26	1,16	1,21
	Standardabw.	,72	,89	,35	,39	1,03	,85	,97	1,07	,44	,37	,406
2	Mittelwert	2,17	1,60	1,04	1,07	2,03	2,78	2,13	2,05	1,17	1,04	1,08
	Standardabw.	,79	,69	,19	,25	,98	,83	,89	,98	,38	,20	,279
3	Mittelwert	2,16	1,79	1,19	1,17	2,14	2,66	1,93	1,56	1,28	1,12	1,15
	Standardabw.	,89	,80	,39	,38	,89	,79	,92	,93	,45	,33	,358
4	Mittelwert	2,18	1,60	1,10	1,21	2,15	2,77	2,05	1,72	1,04	1,03	1,13
	Standardabw.	,68	,73	,29	,41	1,02	,79	,84	,79	,19	,18	,339
5	Mittelwert	1,97	1,52	1,10	1,12	1,94	2,59	1,99	1,70	1,02	1,02	1,12
	Standardabw.	,67	,66	,30	,32	,96	,79	,89	,88	,13	,13	,331
6	Mittelwert	2,24	1,52	1,08	1,04	1,92	2,61	1,82	1,59	1,01	1,01	1,14
	Standardabw.	,67	,65	,28	,21	,79	,81	,82	,79	,10	,10	,346
7	Mittelwert	2,08	1,66	1,04	1,17	1,89	2,49	1,92	1,82	1,03	1,00	1,11
	Standardabw.	,726	,703	,195	,381	1,014	,887	,949	,989	,160	,000	,311
8	Mittelwert	1,98	1,58	1,13	1,18	2,17	2,73	2,06	1,63	1,10	1,01	1,09
	Standardabw.	,726	,734	,335	,389	,953	,777	,919	,787	,306	,094	,281
Insgesamt	Mittelwert	2,10	1,68	1,10	1,15	2,07	2,68	2,04	1,77	1,11	1,05	1,13
	Standardabw.	,736	,768	,306	,357	,965	,815	,908	,921	,317	,211	,335

Tab. A.6: Klinikvergleichende Signifikanzprüfung der Antworttendenzen der einzelnen Frage-Items (Ergebnisse der Varianzanalyse)

		df	F	p-Wert
Frage Nr.1	Zwischen den Gruppen	7	2,045	0,047
	Gesamt	895		
Frage Nr. 2	Zwischen den Gruppen	7	8,092	< 0,01
	Gesamt	893		

Frage Nr. 5	Zwischen den Gruppen	7	1,921	0,063
	Gesamt	899		
Frage Nr. 6	Zwischen den Gruppen	7	1,662	0,115
	Gesamt	868		
Frage Nr. 7	Zwischen den Gruppen	7	2,648	0,010
	Gesamt	882		
Frage Nr. 8	Zwischen den Gruppen	7	5,192	< 0,01
	Gesamt	880		

Tab. A.7: Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen (**Frage Nr. 9.1**)?

		Klinik								
		1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Ja oder	Anzahl	90	90	58	118	119	96	75	113	759
nein aber	Prozent	84,1%	95,7%	87,9%	96,7%	98,3%	99,0%	100,0%	99,1%	95,4%
geplant										
nein	Anzahl	17	4	8	4	2	1	0	1	37
	Prozent	15,9%	4,3%	12,1%	3,3%	1,7%	1,0%	0,0%	0,9%	4,6%
Gesamt	Anzahl	107	94	66	122	121	97	75	114	796
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: $p < 0,01$

Tab. A.8: Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit dem behandelnden Facharzt oder Fachärztin über den Entlassungsbericht gesprochen (**Frage 9.2**)?

		Klinik								
		1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Ja oder	Anzahl	89	87	63	106	106	82	67	107	707
nein aber	Prozent	79,5%	91,6%	85,1%	86,9%	87,6%	86,3%	89,3%	91,5%	87,2%
geplant										
nein	Anzahl	23	8	11	16	15	13	8	10	104
	Prozent	20,5%	8,4%	14,9%	13,1%	12,4%	13,7%	10,7%	8,5%	12,8%
Gesamt	Anzahl	112	95	74	122	121	95	75	117	811

Prozent 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0% 100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: p=0,178

Tab.A.9: Abteilungsvergleichende Signifikanzprüfung der Antworttendenzen der einzelnen Frage-Items (Ergebnisse der Varianzanalyse)

		df	F	p-Wert
Frage Nr. 1	Zwischen den Gruppen	13	1,528	0,101
	Gesamt	894		
Frage Nr. 2	Zwischen den Gruppen	13	4,680	<0,001
	Gesamt	892		
Frage Nr. 5	Zwischen den Gruppen	13	1,688	0,058
	Gesamt	898		
Frage Nr. 6	Zwischen den Gruppen	13	1,924	0,024
	Gesamt	867		
Frage Nr. 7	Zwischen den Gruppen	13	1,833	0,034
	Gesamt	881		
Frage Nr. 8	Zwischen den Gruppen	13	4,753	<0,001
	Gesamt	879		

Tab. A. 10: Abteilungsvergleichende Signifikanzprüfung der Antworttendenzen (Ergebnisse der Chi-Quadrat-Testungen)

	Frage Nr.3	Frage Nr.4	Frage Nr.9	Frage Nr.9.1	Frage Nr.9.2
Chi-Quadrat- Test für Unterschieds-prüfung (Signifikanz)	p= 0,012	p= 0,05	p< 0,01	p< 0,01	p= 0,219

Tab. A.11: Indikationsspezifische Signifikanzprüfung der Antworttendenzen der einzelnen Frage-Items
(Ergebnisse der Varianzanalyse)

		df	F	p-Wert
Frage Nr.1	Zwischen den Gruppen	3	1,565	0,196
Frage Nr.2	Zwischen den Gruppen	3	1,654	0,175
Frage Nr.5	Zwischen den Gruppen	3	1,969	0,117
Frage Nr.6	Zwischen den Gruppen	3	2,494	0,059
Frage Nr.7	Zwischen den Gruppen	3	,591	0,621
Frage Nr.8	Zwischen den Gruppen	3	5,872	0,001

Tab. A.12: Wurde mit Ihnen am Ende Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch durchgeführt
(z.B. im Rahmen einer Abschlussvisite, ggf. durch einen Psychologen) (**Frage Nr. 3**)?

		Indikation				
		Orthopädie	Innere Medizin	Dermatologie	Psychosomatik	Gesamt
ja	Anzahl	481	254	11	50	796
	Prozent	88,3%	90,7%	78,6%	100,0%	89,5%
nein	Anzahl	64	26	3	0	93
	Prozent	11,7%	9,3%	21,4%	0,0%	10,5%
Gesamt	Anzahl	545	280	14	50	889
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: p= 0,029

Tab. A.13: Falls ja, haben Sie dabei über die Fortsetzung der rehabilitativen Behandlung in Ihrem Alltag gesprochen (**Frage Nr. 4**)?

		Indikation				
		Innere				
		Orthopädie	Medizin	Dermatologie	Psychosomatik	Gesamt
ja	Anzahl	430	224	10	47	711
	Prozent	84,1%	85,2%	76,9%	95,9%	85,0%
nein	Anzahl	81	39	3	2	125
	Prozent	15,9%	14,8%	23,1%	4,1%	15,0%
Gesamt	Anzahl	511	263	13	49	836
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat- Test für Unterschieds-prüfung: p=0,135

Tab. A.14: Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen (**Frage Nr. 9.1**)?

		Indikation				
		Orthopädie	Innere Medizin	Dermatologie	Psychosomatik	Gesamt
Ja oder nein aber geplant	Anzahl	461	247	14	36	758
	Prozent	95,1%	96,1%	100,0%	92,3%	95,3%
nein	Anzahl	24	10	0	3	37
	Prozent	4,9%	3,9%	0,0%	7,7%	4,7%
Gesamt	Anzahl	485	257	14	39	795
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat- Test für Unterschiedsprüfung: p=0,588

Tab. A.15: Geschlechtsspezifische Signifikanzprüfung der Antworttendenzen der einzelnen Frage-Items (Ergebnisse der Varianzanalyse)

		df	F	p-Wert
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	,050	0,824
1	Gesamt	870		
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	7,384	0,007
2	Gesamt	870		
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	1,928	0,165
5	Gesamt	874		
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	,139	0,710
6	Gesamt	861		
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	1,831	0,176
7	Gesamt	875		
Frage Nr.	Zwischen den Gruppen	1	,072	0,789
8	Gesamt	873		

Tab. A.16: Beantwortung der Frage Nr.2 (geschlechtsspezifisch)

		Geschlecht			
		Männlich	weiblich	Gesamt	
Wurde mit Ihnen im Aufnahme-gespräch zu Beginn Ihrer Rehabilitation über Ihre eigenen Reha-Ziele gesprochen?	Ja über alle	Anzahl	276	151	427
		Prozent	46,2%	55,1%	49,0%
	Ja über die meisten	Anzahl	225	93	318
		Prozent	37,7%	33,9%	36,5%
	Über einige	Anzahl	83	27	110
		Prozent	13,9%	9,9%	12,6%
	Nein über keine	Anzahl	13	3	16
		Prozent	2,2%	1,1%	1,8%
Gesamt		Anzahl	597	274	871
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. A.17: Beantwortung der Frage Nr. 9.1 (geschlechtsspezifisch)

		Geschlecht			
		männlich	weiblich	Gesamt	
Falls ja, haben Sie ihn durchgelesen?	Ja oder nein aber geplant	Anzahl	513	239	752
		Prozent	94,3%	97,6%	95,3%
	Nein	Anzahl	31	6	37
		Prozent	5,7%	2,4%	4,7%
Gesamt		Anzahl	544	245	789
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung **p=0,030**

Tab. A.18: Altersgruppenspezifische Signifikanzprüfung der Antworttendenzen der rangskalierten Frage-Items (Ergebnisse der Varianzanalyse)

		df	F	p-Wert
Frage Nr. 1	Zwischen den Gruppen	3	1,169	0,320
	Gesamt	855		
Frage Nr. 2	Zwischen den Gruppen	3	,788	0,501
	Gesamt	855		
Frage Nr. 5	Zwischen den Gruppen	3	1,088	0,353
	Gesamt	859		
Frage Nr.6	Zwischen den Gruppen	3	5,365	0,001
	Gesamt	847		
Frage Nr. 7	Zwischen den Gruppen	3	2,974	0,031
	Gesamt	861		
Frage Nr.8	Zwischen den Gruppen	3	1,579	0,193
	Gesamt	859		

Tab. A.19: Beantwortung der Frage Nr. 6 (altersgruppenspezifisch)

Wie schwer fiel es Ihnen, Ihre während der Rehabilitation gefassten Vorsätze zur „Gesundheitsverbesserung“ in Ihrem Alltagsleben seit der Reha umzusetzen?							
		sehr einfach	einfach	befriedigend	eher schwierig	Gesamt	
Altersgruppe	<40	Anzahl	1	21	25	8	55
		Prozent	2,1%	6,6%	7,4%	5,6%	6,5%
	40-<50	Anzahl	8	83	82	32	205
		Prozent	17,0%	26,0%	24,2%	22,4%	24,2%
	50-<60	Anzahl	22	139	186	81	428
		Prozent	46,8%	43,6%	54,9%	56,6%	50,5%
	≥60	Anzahl	16	76	46	22	160
		Prozent	34,0%	23,8%	13,6%	15,4%	18,9%
Gesamt	Anzahl	47	319	339	143	848	
	Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tab. A.20: Beantwortung der Frage Nr. 7 (altersgruppenspezifisch)

		Haben Sie sich nach der Entlassung aus der Reha in der Lage dazu gefühlt (z.B.: durch Informationen zu Ihrer Krankheit), auch im Alltag mehr für Ihre Gesundheit zu tun?						
		ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein	Gesamt	
Alters- gruppe	<40	Anzahl	14	27	14	1	0	56
		Prozent	5,0%	8,5%	6,4%	2,6%	0,0%	6,5%
	40-	Anzahl	61	90	46	10	1	208
	<50	Prozent	21,9%	28,3%	20,9%	25,6%	16,7%	24,1%
	50-	Anzahl	139	141	127	23	5	435
	<60	Prozent	49,8%	44,3%	57,7%	59,0%	83,3%	50,5%
	≥60	Anzahl	65	60	33	5	0	163
		Prozent	23,3%	18,9%	15,0%	12,8%	0,0%	18,9%
	Gesamt	Anzahl	279	318	220	39	6	862
		Prozent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tab. A.21: Beantwortung der Frage Nr. 9.2 (altersgruppenspezifisch)

		Falls ja, haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit dem behandelnden Facharzt oder Fachärztin über den Entlassungsbericht gesprochen?			
		ja oder nein aber geplant	nein	Gesamt	
Alters- gruppe	<40	Anzahl	37	12	49
		Prozent	5,3%	12,1%	6,2%
	40-	Anzahl	166	24	190
	<50	Prozent	24,0%	24,2%	24,0%
	50-	Anzahl	354	42	396
	<60	Prozent	51,1%	42,4%	50,0%
	≥60	Anzahl	136	21	157
		Prozent	19,6%	21,2%	19,8%
	Gesamt	Anzahl	693	99	792
			100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Quadrat-Test für Unterschiedsprüfung: p= 0,049

Abb. A. 1: Anschreiben an die Rehabilitanden:

Frankenland-Klinik · Schwarzallee 1 · 91438 Bad Windsheim

Fachklinik für medizinische
Rehabilitation
- Orthopädie
- Innere Medizin
- Dermatologie
- Schmerztherapie

Frankenland-Klinik
Schwarzallee 1
91438 Bad Windsheim

Sei gegrüßt f. Ankerbach an Patient.

Bad Windsheim,

„Nachbefragung von Rehabilitanden zum Reha- und Entlassungsmanagement als Methode der Qualitätssicherung in der Medizinischen Rehabilitation“

Sehr geehrte (ehemalige) Rehabilitandin, sehr geehrter (ehemaliger) Rehabilitand,

vor etwa zwei Monaten haben Sie wegen eines stationären Rehabilitationsaufenthaltes einige Zeit in unserer Klinik verbracht und wir hoffen, dass Sie diese in angenehmer Erinnerung behalten haben.

Damit wir mehr darüber erfahren, was in unserer Klinik gut läuft und was vielleicht auch noch nicht so gut ist und besser werden sollte, möchten wir Ihnen heute einige wenige Fragen stellen.

Wir schicken Ihnen deshalb diesen Fragebogen in der Anlage zu und möchten Sie bitten, den Fragebogen auszufüllen und ihn in dem ebenfalls beigefügten Rückumschlag an die dort vorgedruckte Adresse zurückzuschicken (möglichst innerhalb der nächsten **vier** Wochen). Sie müssen keinen Absender notieren und Sie müssen auch keine Briefmarke darauf kleben, denn nur so bleibt eine anonyme Beantwortung gewährleistet.

Dieses Projekt wird gemeinsam mit der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, durchgeführt (*Verantwortlicher: Dr. Heiner Vogel*). Die Auswertung der Fragebogen erfolgt innerhalb der Universität Würzburg.

Seite 1 von 2

  Deutsche
Rentenversicherung
Nordbayern

Die Umschläge werden nur innerhalb der Universität geöffnet und auch die Antwortfragebogen werden dort vertraulich aufbewahrt. Unsere Klinik und die Deutsche Rentenversicherung erhalten ausschließlich zusammenfassende Auswertungen zu den Ergebnissen, die keine Rückschlüsse auf Sie als Antwortende/n zulassen.

Sie *müssen* an diesem Projekt nicht teilnehmen. Ihnen entsteht dadurch sicher kein Nachteil. Wir würden uns aber über Ihre Antwort sehr freuen, denn je mehr Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mitmachen, desto zuverlässiger und aussagekräftiger sind die Ergebnisse!

Wenn Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne an Herrn Dr. Heiner Vogel von der Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Tel. Nr. 0931-31-82718, wenden.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsführung
Im Auftrag

Chefarzt

Anlage

Abb. A. 2: Fragebogen (Stand: 24.03.2014):

Universität Würzburg
Abteilung Medizinische Psychologie und Rehabilitationswissenschaften
(Briefkopf Klinik – oder DRV Nordbayern)

**Entwurf eines Fragebogens zur Nachbefragung der Rehabilitanden
(Stand 24.03.2014)**

(kurzer Einleitungstext)

- 1) Wie groß waren Ihre Erwartungen an Ihren geplanten Reha-Aufenthalt, bevor Sie diesen begonnen haben?

sehr groß	groß	mittel	gering	sehr gering
-----------	------	--------	--------	-------------

- 2) Wenn Sie **an den Beginn** Ihrer Reha-Maßnahme zurückdenken, haben Sie **eigene Reha-Ziele** (z.B.: Gewicht abnehmen, weniger Schmerzen) in Ihre Behandlung einbringen dürfen?

ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
----	---------	----------------------	-----------	------

- 3) Wurde mit Ihnen **zum Ende** Ihres Reha-Aufenthaltes ein Abschlussgespräch von Ihrem betreuenden Arzt bzw. ihrer betreuenden Ärztin durchgeführt?

ja	nein	weiß nicht
----	------	------------

- 4) Waren Sie mit dem Ergebnis Ihrer Rehabilitation nach Ihrer Entlassung zufrieden?

ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
----	---------	----------------------	-----------	------

- 5) Haben Sie schon einmal mit Ihrem Hausarzt bzw. Ihrer Hausärztin oder mit dem/der behandelnden Facharzt/ärztin über sinnvolle Fortsetzung der Behandlungen in Ihrem Alltag gesprochen?

ja	nein, habe ich aber geplant	nein	weiß nicht
----	-----------------------------	------	------------

- 6) Wie würden Sie den Übergang von der Rehabilitation in Ihr alltägliches Leben beschreiben?

sehr einfach	einfach	befriedigend	eher schwierig	sehr schwierig
--------------	---------	--------------	----------------	----------------

7) Haben Sie sich nach Ihrer Entlassung aus der Reha weitere Unterstützung (z.B.: Tipps zur Reha- Nachsorge) in Ihrem Alltag gewünscht?

ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
----	---------	----------------------	-----------	------

8) Haben Sie sich nach der Entlassung gut darauf vorbereitet gefühlt (z.B.: durch Informationen zu Ihrer Krankheit), auch nach der Rehabilitation ein gesundes Leben zu führen?

ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
----	---------	----------------------	-----------	------

9) Führen Sie auch weiterhin rehabilitative Maßnahmen nach dem stationären Aufenthalt durch (bspw. Übungen, evtl. Diäten)?

ja	eher ja	teils ja, teils nein	eher nein	nein
----	---------	----------------------	-----------	------

10) Nach Abschluss einer Rehabilitation wird für jeden Rehabilitanden/in ein Reha-Entlassungsbericht verfasst. Haben Sie diesen bis zum heutigen Tag erhalten?

ja	nein, interessierte mich auch nicht	nein	weiß nicht
----	-------------------------------------	------	------------

11) **Wenn ja**, haben Sie ihn durchgelesen?

ja	nein, habe ich aber geplant	nein	weiß nicht
----	-----------------------------	------	------------

12) Haben Sie mit Ihrem Hausarzt, Ihrer Hausärztin oder mit den behandelnden Ärzten über den Entlassungsbericht gesprochen?

ja	nein, habe ich aber geplant	nein	weiß nicht
----	-----------------------------	------	------------

13) Haben Sie weitere Rückmeldungen zur Reha-Behandlung, zum Reha-Entlassungsbericht oder zur nachgehenden Behandlung?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Abb. A.3: Anschreiben an die Chefarzte vor Versand des Fragebogens:

Nachbefragung von Rehabilitanden/Rehabilitandinnen zum Reha- und Entlassungsmanagement – Forschungsvorhaben der Universität Würzburg

Der Klinikverbund der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern ist QMS Reha® und DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Sehr geehrter Herr,

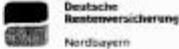
wie auf der diesjährigen Strategieklausur angekündigt, wird zusammen mit der Universität Würzburg, Herrn Dr. Vogel, oben bezeichnetes Forschungsvorhaben durchgeführt. Auf den Vortrag von Herrn Dr. Vogel anlässlich der Strategieklausur darf ich verweisen. Die Genehmigung von Herrn Ersten Direktor Krempf liegt vor.



Die Fragebogen wurden Ihnen ja zur Durchsicht und Ergänzung im Vorfeld zugeleitet. Ihre Rückmeldungen wurden auch, soweit dies möglich war, berücksichtigt und eingearbeitet. Hierzu nochmals herzlichen Dank.

In der Anlage erhalten Sie ein Anschreiben an die in Frage kommenden Rehabilitanden sowie den Fragebogen für die jeweilige Indikation. Diese werden wir Ihnen auch als Datei zukommen lassen, so dass Sie auswählen können, wie die Schreiben erstellt werden. Auch können Sie die entsprechende Anzahl von Fragebogen je Indikation drucken. Des Weiteren erhalten Sie 200 Freikuverts.

Seite 1 von 2



Betroffenen sind folgende Rehabilitanden:

- Versicherte der DRV Nordbayern
- 8 maximal 16 Wochen nach Entlassung (nach Möglichkeit sollte diesen der Rehabilitationsentlassungsbericht vorliegen)
- Im Hinblick auf den Rehabilitationsentlassungsbericht wurde anlässlich der Strategieklausur besprochen, dass die für die Nachbefragung in Frage kommenden Versicherten von Ihnen bei Entlassung gefragt werden, ob sie den Rehabilitationsentlassungsbericht persönlich zugesandt bekommen wollen.

Bitte senden Sie den Fragebogen für die jeweilige Indikation, das Anschreiben und den Freiumschlag an die in Frage kommenden Versicherten. Ziel sollten ca. 200 versendete Bogen je Klinik sein, um eine aussagefähige Rücklaufquote zu erhalten. Bitte vermerken Sie sich dabei, wie viele Bogen je nach Indikation versandt wurden, damit die Rücklaufquote ermittelt werden kann. Zu Ihrer Information füge ich noch die Projektskizze der Universität Würzburg bei. Für evtl. Fragen steht Ihnen Herr Wegmann (Tel. 0931 802-322) gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Mit freundlichen Grüßen
Die Geschäftsführung
Im Auftrag


Siegfried Hanzelka
Ltd. Verwaltungsdirektor
Leiter des Klinikverbundes



Anlagen

Literaturverzeichnis

- Ahnert, J., Ladwig, J., Holderied, A., Brüggemann, S. & Vogel, H. (2014). Optimierung des Reha-Entlassungsberichts der Deutschen Rentenversicherung – die Sichtweisen der Adressaten bzw. Nutzer. *Gesundheitswesen*, 76 (6), 351-358.
- Arndt, J. (2016). Sprachbarrieren im Krankenhaus – Wenn dem Arzt die Worte fehlen. *Pneumologie*, 70 (9), 564-566.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. 3. Auflage. Berlin: Springer.
- Bönisch, S. & Ernst, R. (2018). Medizinische Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.), *Rehabilitation -Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 441 ff.). Berlin: Springer.
- Brandes, I. & Niehues, C. (2014). Rehabilitationsziele in ärztlichen Entlassungsberichten und in Patientenfragebögen – am Beispiel von Endometriose-Patientinnen. *Rehabilitation*, 53, 8-16.
- Brucks, U. (2008). Patientenkarriere. In: Berth, H., Balck, F. & Brähler, E. (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z* (S. 320-324). Göttingen: Hogrefe.
- Bundesärztekammer (2019) Ausländische Ärztinnen und Ärzte. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/> (Stand: 2.2.2019).
- Bundesministerium für Gesundheit (2016). *Entlassungsmanagement*. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassungsmanagement.html> (Stand: 05.01.2017).
- Deck, R. & Raspe, H. (2004). Nachsorgeempfehlungen und ihre Umsetzung im Anschluss an die Rehabilitation. In: Deck, R., Glaser-Möller, N. & Mittag, O. (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung* (S. 55 ff). Lage: Jacobs Verlag.
- Deck, A., Hüppe, A. & Arlt, A.C. (2009). Optimierung der Rehabilitationsnachsorge durch eine längerfristige Begleitung der Rehabilitanden - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Rehabilitation*, 48, 39-46.
- Deck, R. & Hüppe, A. (2014). Begleitete Nachsorge in der Psychosomatik – Transfer des neuen Credo. *Rehabilitation*, 53, 305-312.
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (2018). DEGEMED-Faktenblatt zur Pilotierung einer qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ab Januar 2019. Verfügbar unter: <https://www.degemed.de/wp-content/uploads/2018/12/181122-Faktenblatt-DRV-Belegungssteuerung.pdf> (Stand: 22.03.2019).

Deutsche Rentenversicherung (2007). *Rehabilitandenbefragung. Fragebogen zur medizinischen Rehabilitation. Somatische Indikationen*. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_rehabilitandenbefragung/Fragebogen_Somatik_med_Reha_2007_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 05.01.2017).

Deutsche Rentenversicherung (2015). *Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht - Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015*. S. 8ff. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/_downloads/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=20 (Stand: 05.01.2017).

Deutsche Rentenversicherung (2017). *Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA)*. Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Navigation/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/infos_fuer_rehaeinrichtungen/6_nachsorge/irena_node.html (Stand: 08.01.2017).

Deutsche Rentenversicherung (2018a). *Reha-Bericht 2018*. Verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Stand: 30.11.2018]).

Deutsche Rentenversicherung (2018b). *Ziele, Methoden, Ergebnisse - Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung*. Verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/ziele_methoden_ergebnisse_node.html (Stand: 05.01.2018).

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009). *Handbuch Rehabilitation. Auszüge aus dem SGB IX – Erläuterungen*. Berlin: Druckerei Buck.

Dorenburg, U. & Schliehe, F. (1998). Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (2. Aufl.). (S. 219-224). München: Urban & Schwarzenberg.

Dorenburg, U. & Tiefensee, J. (2000). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 197-213). Berlin: Springer.

Eckl, B. (2010). Einflussfaktoren auf das Entlassungsmanagement. In: Wiedenhöfer et al. (Hrsg.), *Entlassungsmanagement – Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren* (S. 19-23). Bern: Huber.

Egelkraut, W. & Glaser-Möller, N. (2010). Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation – Einführung in das Thema. In: Deck, R., Glaser-Möller, N. & Remé, T. (Hrsg.), *Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation* (S. 13-16). Lage: Jacobs-Verlag.

- Egner, U., Gerwin, H., Müller-Fahrnow, W. & Schliehe, F. (1998). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 37, Suppl. 1, S2-S7.
- Erler, K., Heyne, A. & Neumann, U. (2013). Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Intensivierten Rehabilitationsnachsorge – IRENA. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *DRV-Schriften Band 101 – 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (Mainz)*. (S. 55-56).
- Fahrenkrog, S., Bernert, S., Marquardt, M., Orban, A., Symannek, C., Martius, P.A. & Spyra, K. (2018). Zielorientierte individuelle Nachsorge (ZINA): ein bedarfsorientiertes differenzielles Nachsorgekonzept für die psychosomatische Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 31 (2), 97-105.
- Faller, H. (2008). Rehabilitation. In Berth, H., Balck, F. & Brähler, E. (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z* (S. 384ff). Göttingen: Hogrefe.
- Faller, H. & Lang, H. (2010). *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3. Aufl.) (S. 331 ff). Berlin: Springer.
- Farin, E. (2010). Die Patient-Behandler-Kommunikation bei chronischen Krankheiten: Überblick über den Forschungsstand in ausgewählten Themenbereichen. *Rehabilitation* 49, 277-291.
- Farin, E. & Jäckel, W.H. (2011). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 54, S. 176 – 184.
- Farin, E. & Stein, B. (2009). Strukturelle Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in der Rehabilitation, im Liaisondienst und im Bereich der Selbsthilfe. In: Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (Band 12) (S. 404-415). Göttingen: Hogrefe.
- Gerdes, N. (2004). Empfehlungen zur Gestaltung der Nachsorge aus reha-wissenschaftlicher Sicht. In: Deck, R., Glaser-Möller, N. & Mittag, O. (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung* (S. 39-54). Lage: Jacobs Verlag.
- Gutenbrunner, C. (2007). Grundlagen der Rehabilitation. In: Gutenbrunner, C. & Glaesener, J.-J. (Hrsg.), *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren* (S. 114ff) Heidelberg: Springer.
- Haaf, H.-G. (2005). Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 44, 259-276.
- Haaf, H.G. & Schliehe, F. (2000). Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In: Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 19-39). Berlin: Springer.
- Harfst, T., Koch, U. & Schulz, H. (2002). Nachsorgeempfehlungen in der psychosomatischen Rehabilitation – Empirische Analysen auf der Basis des einheitlichen Entlassungsberichts der Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 41, 407-414.

- Härtel, U. (2000). Geschlechtsspezifische Aspekte in der Rehabilitation: Das Beispiel koronare Herzkrankheit. In: Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 216-238). Berlin: Springer.
- Hüller, E. & Schuntermann, M.F. (2005). Behinderung/chronische Krankheit und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation* (3. Aufl.) (S. 12ff). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jäckel, W.H. & Bengel, J. (2008). Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 47, 65-66.
- Jacobi, E. & Kaluscha, R. (2004). Die Patientenunterschrift im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht. *Rehabilitation*, 43, 199-208.
- Jankisz, E. & Moosbrugger, H. (2007). Planung und Entwicklung von psychologischen Tests und Fragebogen. In: Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S. 28ff). Heidelberg: Springer.
- Jung, S. & Stahl, K. (2013). Die Qualität des Entlassungs- und Überleitungsmanagements. *Monitor Versorgungsforschung*, 1, 31ff..
- Khan, N. (2017). Entlassmanagement: Was bedeutet der Rahmenvertrag für Krankenhäuser? Die Ersatzkasse, auch über: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2017-0708/fokus-entlassmanagement-krankenhaeuser.html> (Stand: 30.11.2018).
- Klemperer, D. (2009). Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Klusen, N., Fließgarten, A. & Nebling, T. (Hrsg.), *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient* (S. 139ff). Baden Baden: Nomos.
- Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Widera, T. & Zander, J. (2010). Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Die Rehabilitation*, 49,356-367.
- Koch, U. (2019). Zur Nachhaltigkeit des Erfolges in der Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, 58, S.1.
- Koch, U., Lehmann, C. & Morfeld, M. (2007). Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. *Rehabilitation*, 46, 127-144.
- Köpke, K.-H. (2005). Aufwerten, ausbauen und systematisieren – Eine Analyse von Situation, Reformbedarf und innovativen Projekten zur Nachsorge in der Rehabilitation der Rentenversicherung. *Rehabilitation*, 44, 344-352.
- Kordy, H., Theis, F. & Wolf, M. (2011). Moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in der Rehabilitation. Mehr Nachhaltigkeit durch Internet-vermittelte Nachsorge. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 458-464.
- Körner, M. (2009). Ein Modell der partizipativen Entscheidungsfindung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48,160-165.

- Kraus, S. & Koch, R. (2018). Interprofessionalität in der Rehabilitation. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) (Hrsg.), *Rehabilitation -Vom Antrag bis zur Nachsorge – für Ärzte, Psychotherapeuten und andere Gesundheitsberufe* (S. 281 ff.). Berlin: Springer.
- Kubiak, N. et al. (2015). Der Einfluss von Nachsorgegesprächen auf die sozialmedizinische Entwicklung nach einer stationären psychosomatischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 54, 2-9.
- Kübler, A. (2017). Entlassmanagement: Was verbessert sich für die Patienten? Die Ersatzkasse, Heft 7-8; auch über: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2017-0708/fokus-entlassmanagement-patienten.html> (Stand: 30.11.2018).
- Kurlemann, U. (2010). Entlassungsmanagement – Minimierung der Schnittstellenprobleme zwischen Krankenhaus und nachstationärer Versorgung. *Der Gynäkologe*, 43, 832-838.
- Lamprecht, J., Behrens, J., Mau, W. & Schubert, M. (2011). Das intensivierete Rehabilitationsnachsorgeprogramm (IRENA) der Deutschen Rentenversicherung Bund- Berufsbegleitende Inanspruchnahme und Veränderungen berufsbezogener Parameter. *Rehabilitation*, 50, 186-194.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2009). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Buber, R. & Holzmüller, H. (Hrsg.). *Qualitative Marktforschung. Konzepte, Methoden, Analyse* (S. 669-680). Wiesbaden: Gabler.
- Meyer, T., Brüggemann, S. & Widera, T. (2008). Rehabilitation braucht Zielorientierung-aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell*, 3, 94-99.
- Mille, M. & Stier, A. (2014). Entlassungs- und Überleitungsmanagement. *Akt Urol*, 45, 381-397.
- Mittag, O. & Grande, G. (2008). PatientInnenorientierung in der Rehabilitation – Die Genderperspektive. *Rehabilitation*, 47, 98-108.
- Moore, G. et al. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*; 350: h1258; Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1136/bmj.h1258>.
- Morfeld, M. & Wirtz, M. (2006). Methodische Ansätze in der Versorgungsforschung. Das Beispiel Evaluation der Disease-Management-Programme. *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz*, 49, 120-129.
- Müller-Fahrnow, W., Schliehe, F. & Spyra, K. (2007). Das Rehabilitationssystem unter sich verändernden ökonomischen Bedingungen. In: Bengel, J. & Koch, U. (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften* (S. 95ff.). Berlin: Springer.
- Pohontsch, N., Träder, J.-M., Scherer, M. & Deck, R. (2013). Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. *Rehabilitation*, 52, 322-328.

- Raetzell, H.-E. (2004). Nachsorge in der Rehabilitation: Einführung in das Thema. In: Deck, R., Glaser-Möller, N. & Mittag, O. (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge. Bedarf und Umsetzung* (S. 13-16). Lage: Jacobs-Verlag.
- Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A. & Petras, H. (1997). Qualitätssicherung durch Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmungen und Bewertungen von Reha-Strukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation*, 36, XXXI-XLII.
- Raspe, H. (2009). Medizinische Rehabilitation: „Change we need“. *Rehabilitation*, 48, 47-50.
- Raspe, H. (2010). Brücken bauen! Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation – Probleme und Lösungen. In: Deck, R., Glaser-Möller, N. & Remé, T. (Hrsg.), *Schnittstellen der medizinischen Rehabilitation* (S. 17-26). Lage: Jacobs-Verlag.
- Schönle, P. W. (2003). Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 42, 261-268.
- Stamm-Balderjahn, S. et al. (2018). Entwicklung und Evaluation des Online-Portals herzwegweiser.de – Ein Informationsangebot für die Nachsorge kardiologischer Rehabilitanden und deren Behandler in Berlin-Brandenburg. *Rehabilitation* 57 (1), 31-37.
- Steinke, B. & Philgus, B. (2005). Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.), *Rehabilitation und Teilhabe. Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der Rehabilitation* (S. 3-9). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Strecker, M. (2010). Kooperation von Klinik- und niedergelassenen Ärzten wichtig – Optimale Schmerztherapie durch Entlassungsmanagement. *Kliniker* 39 (6), 278.
- Vogel, H., Braun, C., Escher, C., Reuss-Borst, M. & Faller, H. (2014). Wie wünschen sich die Rehabilitand(inn)en den Reha-Entlassungsbericht? Kongressbeitrag. *Gesundheitswesen*, 76, A205.
- Volk, J. & Kunze, B. (2012). Rehabilitation. In: Nagel, E. (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland – Struktur, Leistungen, Weiterentwicklungen* (5. Aufl.) (S. 213ff). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Völter-Mahlknecht, S. & Rieger, M.A. (2014). Patientenversorgung an der Schnittstelle von Rehabilitation und Betriebsärzten. *Dtsch Med Wochenschr*, 139 (31/32), 1609-1614.
- Weis, J. & Koch, U. (1996). Forschung in der Rehabilitationsmedizin. In: Delbrück, H. & Haupt, E. (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin* (S. 617-632). München: Urban & Schwarzenberg.
- Wiedenhöfer, D., Eckl, B, Heller, R. & Frick, U. (Hrsg.) (2010). *Entlassungsmanagement. Versorgungsbrüche vermeiden, Schnittstellen optimieren*. Bern: Verlag Hans Huber. S. 15.
- Winge, S., Mohs, A., Müller, K., Nörenberg, L., Pannicka, L. & Robra, B.-P. (2002). Schnittstellen in der Rehabilitation – Drei Modelle. *Rehabilitation* 41, 40-47.
- Zimmermann, L. et al. (2014). Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Rehabilitation*, 53, 219-223.

Danksagung

Zunächst danke ich Herrn Priv.-Doz. Dr. Heiner Vogel für die Überlassung meines Themas und für die jahrelange, fruchtbringende Kooperation in dieser Sache. Ich bedanke mich für die Geduld, die wohlwollende und unterstützende Art und die einzigartige Betreuung. Weiterhin danke ich Herrn Prof. Dr. Hermann Faller für die gründlichen und konstruktiven Korrekturen.

Besonders möchte ich mich auch bei der Deutschen Rentenversicherung Nordbayern mit Sitz in Würzburg bedanken, durch deren finanzielle und ideologische Unterstützung sowie einer großen Bereitschaft zu interdisziplinärer rehabilitationswissenschaftlicher Forschung diese Untersuchung erst möglich wurde. Weiterhin möchte ich mich bei den acht teilnehmenden Rehabilitationskliniken (Klinikum Frankenwarte, Höhenklinik, Klinikum Herzoghöhe, Ohlstadtlinik, Frankenlandklinik, Sinntalklinik, Rheumaklinik, Frankenklinik) und deren ärztliche Leitungen bedanken. Ohne diese Unterstützung wäre dieses Projekt nicht zustande gekommen. Besonders möchte ich mich auch bei Herrn Wegmann bedanken, der mir ein halbes Jahr lang sehr freundlich jede Woche einen Stapel Briefe überreicht hat.

Weiterhin möchte ich mich bei Herrn Dr. Michael Schuler und Herrn Dipl.- Psych. Roland Küffner, repräsentativ für alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (auch die des Sekretariats) aus der Abteilung für Medizinische Psychologie ehemals angesiedelt in der Klinikstraße 3 bedanken, die mir durch hilfreiche Tipps und gute Ratschläge ein schnelles Vorankommen ermöglicht haben.

Ein großer Dank gilt auch allen beteiligten Chefarzte/innen, Ober- und Assistenzärzte/innen sowie allen weiteren Beteiligten, die mit dem Versand des Fragebogens betraut waren und die durch meine Arbeit einen zeitlichen Mehraufwand zu bewältigen hatten.

Außerdem möchte ich mich bei meinen Freunden und meiner Familie für die langjährige Unterstützung bedanken. Ein besonderer Dank gilt meiner Schwester Maria und ihren ausgezeichneten Korrekturfähigkeiten, Veronika für ihren Enthusiasmus in dieser Sache sowie meinem Verlobten Felix, der diese Arbeit mit sehr viel Geduld und Wohlwollen fortwährend unterstützt hat.

Für eine langjährige, bereichernde und prägende Zusammenarbeit möchte ich mich zudem bei Herrn Prof. Dr. Dr. Hermann Lang bedanken, der durch Wort und Tat ein wertvoller Begleiter meiner Studienzeit war.

Schließlich möchte ich mich bei allen bereitwilligen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bedanken, die in so großer Zahl meinen Fragebogen ausgefüllt und zurückgesandt haben, ohne sie wäre diese spannende und aufschlussreiche Arbeit niemals zustande gekommen.