

Bedeutung von Patient Reported Outcomes (PROs) für Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation – Fortlaufendes Qualitätsmonitoring durch kontinuierliche Rehabilitandenbefragungen

Rüdiger Nübling, Udo Kaiser, David Kriz, Jürgen Schmidt

GfQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen

Kurzfassung

Patient Reported Outcomes (PROs) haben nicht nur für die Rehabilitationsforschung, sondern auch für die Routine-Qualitätssicherung bzw. für das Qualitätsmanagement eine hohe Bedeutung. Mehrere aktuelle Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen PROs und „harten“ Daten hin. In den aktuellen QM-Systemen sowie u.a. auch im „Strukturierten Qualitätsdialog“ (SQD) der DRV spielt das Patientenurteil über die Merkmale „Reha-Erfolg“ und „Rehabilitandenzufriedenheit“ eine herausragende Rolle. Sie werden künftig als Grundlage für die Zuweisungssteuerung der Patienten in die Einrichtungen herangezogen. Für eine frühzeitige Abschätzung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung sowie damit auch für die zeitnahe Initiierung von Verbesserungen sind kontinuierliche interne Befragungen die Methode der Wahl. Der Beitrag beschäftigt sich vor allem mit den Möglichkeiten, aber auch den Grenzen der Qualitätsverbesserungen durch ein Routinemonitoring der Rehabilitandensicht.

Schlüsselwörter

Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, strukturierter Qualitätsdialog, Patienten-/Rehabilitandenbefragung, Routinemonitoring, Patient Reported Outcomes (PRO)

Meaning of Patient Reported Outcomes (PROs) for quality management in medical rehabilitation – continuous quality monitoring with patient's reports

Abstract

Patient Reported Outcomes (PROs) are very important not only for rehabilitation research but also for routine quality assurance and quality management. Several recent studies indicate a link between PROs and „hard“ data. In the current QM systems and, among others, the „Structured Quality Dialogue“ (SQD) of the German pension insurance (Deutsche Rentenversicherung), the patient's judgment on the characteristics „rehab success“ and „rehabilitation satisfaction“ plays a prominent role. In the future, they will be used as the basis for assigning patients to the facilities. For an early estimation of the results of the external quality assurance as well as for the timely initiation of improvements, continuous internal surveys are the method of choice. The article deals above all with the possibilities, but also the limits of quality improvements through a routine monitoring of the rehabilitation perspective.

Key words

quality management, quality assurance, structured quality dialog, patient survey, routine monitoring, Patient Reported Outcomes (PRO)

1 Hintergrund

Die Patienten- bzw. Rehabilitandenperspektive hat eine hohe Relevanz sowohl in der Rehabilitationsforschung als auch für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation. Die Bewertung behandlungsbezogener Aspekte durch Patienten ist ein eigenständiger Qualitätsindikator, am Patientenurteil orientierte Qualitätsverbesserungen sind in allen gängigen Qualitätsmanagementmodellen gefordert. Das Erfassen der Bewertung von Behandlungsprozess und -ergebnis aus Sicht der Patienten bzw. Rehabilitanden ist auch wesentlicher Bestandteil der externen Qualitätssicherungsprogramme in der medizinischen Rehabilitation (5-Punkte-Programm der Rentenversicherung, QS-Programm der Gesetzlichen Krankenkassen; vgl. Nübling et al., 2007; Schmidt, Kriz & Nübling, 2011; Schmidt, Schmid-Ott & Nübling, 2015).

1.1 Patient Reported Outcomes (PROs)

Basis der Patient Reported Outcomes (PROs) ist das subjektive Patientenurteil. PROs werden deshalb häufig als weniger objektiv angesehen als z.B. medizinische Messungen oder Untersuchungen. Für die Rehabilitation ist der Einbezug der Patientenselbsteinschätzungen eine wichtige Grundlage für die Outcomemessung, weil die eigene Wahrnehmung von z.B. Gesundheitszustand, Leistungsmöglichkeiten und Motivation entscheidende Auswirkungen auf die Krankheitsverarbeitung und das tatsächliche Verhalten hat (Bengel, Wirtz & Zwingmann, 2008).

Bei der Definition von PROs kann man eine engere von einer weiteren Fassung unterscheiden. In der engeren Definition werden PROs als Oberbegriff für unterschiedliche Konzepte zur Messung subjektiv empfundener Gesundheitszustände verwendet (Brettschneider, Lühmann & Raspe, 2011), d.h. sie beziehen sich auf Selbsteinschätzungen von Patienten über ihre Gesundheit einschließlich Symptomen, Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Mook, Kohlmann & Zwingmann, 2006; Valderas & Alonso, 2008). Dies sind Parameter, über die letztendlich nur der Patient selbst Auskunft geben kann (Brettschneider et al., 2011, US Federal Drug & Food Administration, 2009; Weldering & Smith, 2013). In einer weiter

gefassten Definition werden PROs als von Patienten berichtetes Ergebnis oder als ergebnisrelevante bzw. ergebnisbezogene Patientenangaben verstanden (Wirtz, 2017). Sie beziehen neben gesundheits- und/oder symptombezogenen Einschätzungen auch die Erfahrungen und die Zufriedenheit der Patienten mit der Gesundheitsversorgung sowie das Gesundheitsverhalten ein (Basch, 2014; National Quality Forum, 2013). Valderas et al. (2008) unterscheiden zwischen PROs als Prozess- („Process of Healthcare“), Ergebnis- („Outcomes of Healthcare“) und Zufriedenheitsmessungen („Satisfaction with Healthcare“). Beispiele für PROs sind u.a. Health Related Quality of Life (HRQoL), Symptome/Beschwerden (z.B. Schmerzen, Erschöpfung, Depression, Angst), arbeitsbezogene Parameter (Work Ability, Return to work), Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit, Bewertungen von Therapiemaßnahmen/Therapeuten oder auch direkte Ergebnisbeurteilungen (z.B. Nutzenbeurteilung, Zielerreichung etc.).

Viele Autoren halten die für klinische Studien lange präferierte strikte Trennung „traditioneller Endpunkte“ und PROs nicht mehr für sinnvoll, sondern fordern eine Integration der Datenstränge (so z.B. die CONSORT-PRO-Arbeitsgruppe, Calvert, Brundage, Jacobsen, Schünemann & Efficace, 2013). Die Vorteile von PROs sind u.a. darin zu sehen, dass sie wichtige ergänzende Informationen zu den klassischen Outcomes liefern, vor allem bei chronischen Erkrankungen (Anker et al., 2014). PROs ermöglichen eine systematische Messung von Symptomen und sind oft reliabler als (externe) Beobachtungen von „Health Professionals“. Sie passen zudem zu einem kooperativen Modell der Gesundheitsversorgung (partizipative Entscheidungsfindung; Dirmaier & Härter, 2011) und erhöhen möglicherweise die Bereitschaft von Patienten, sich auf die Behandlung einzulassen (vgl. z.B. Wintner et al. 2012).

Wie Kyte et al. (2014) in einem systematischen Review zeigten, werden PROs in mehr als der Hälfte der RCT-Studien nicht einbezogen. Als mögliche Nachteile bei Nichtberücksichtigung der Patientenperspektive in klinischen Studien werden u.a. die Fehleinschätzung der Prävalenz oder des Schweregrads einer Erkrankung, fehlende prognostische Informationen über den Patienten, Mängel bzgl. des Verständnisses der Therapietreue des Patienten oder mangelnde Informationen für Effektivitätsvergleiche genannt (Bruner, Movsas & Basch, 2012). Bru-

ner et al. (2012) fordern wegen dieser Risiken, die Ergebnisse von klinischen Studien, die keine PROs enthalten, kritisch zu hinterfragen. Andere plädieren für die routinemäßige Berücksichtigung von PROs als Schlüsselvariablen für die Messung des Outcomes (Anker et al., 2014). Zu ergänzen ist an dieser Stelle, dass die Verwendung von PROs selbstverständlich nicht neu ist. So wurden PROs z.B. in der Evaluations- oder Psychotherapieforschung bereits seit Jahrzehnten eingesetzt, allerdings unter einer anderen Begrifflichkeit (z.B. als „self reports“).

1.2 PROs und „harte“ Daten – hier: Sozialversicherungsbeitragszahlungen

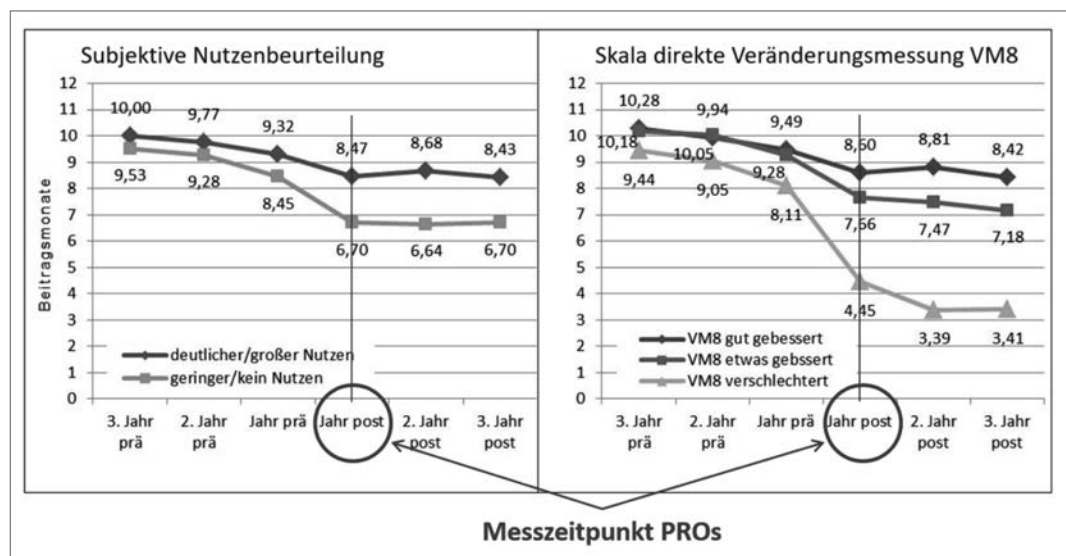
Wichtige Parameter für die Messung der Ergebnisqualität von Rehabilitationsmaßnahmen sind neben der möglichst weitgehenden Wiederherstellung von Gesundheit die Sicherstellung der Teilhabe im gesellschaftlichen Leben, vor allem die Teilhabe im Beruf (SGB IX § 4). Return to Work (RTW) stellt daher ein zentrales Ergebniskriterium für die medizinische Rehabilitation dar (Streibel & Egner, 2012, 2013). In diesem Zusammenhang gewinnen Routedaten der Sozialversicherung zunehmend an Bedeutung (Kaluscha et al., 2014). Ein „harter“ gesundheitsökonomischer Indikator für RTW ist die Kontinuität der Rentenbeitragszahlungen vor und nach einer Rehabilitationsmaßnahme (Deutsche Rentenversicherung, 2014). Eine wichtige Frage zur Tauglichkeit von PROs für die Bewertung der Ergebnisqualität von Gesundheitsmaßnahmen ist die nach

dem Zusammenhang zwischen „harten“ Indikatoren und den subjektiven Patienteneinschätzungen. Inwieweit korrespondieren PROs mit Indikatoren wie Beitragszahlungen? Diese Frage wurde u.a. im Rahmen der sogenannten „Reha-QM-Outcome-Studie“ (Requamo) untersucht. In der in Kooperation mit 21 Rehabilitationskliniken auf der Datenbasis von ca. 4.500 Rehabilitanden durchgeführten Studie wurden mehrere einmalig ein Jahr nach Behandlungsende erhobene PROs (u.a. Return to Work, subjektive berufliche Leistungsfähigkeit, Beschwerden, Zielerreichung, subjektive Nutzenbeurteilung, Patientenzufriedenheit) mit den Beitragszahlungen der Versicherten in einem Zeitraum drei Jahre vor und nach der Rehabilitation zusammengeführt. Es konnten substantielle Zusammenhänge zwischen PROs und SV-Beitragszahlungen nachgewiesen werden (Kaluscha et al., 2017, 2018; Nübling et al. 2015a, 2015b, 2016, 2017, 2018; Toepler et al., 2015, 2016).

Abb. 1 zeigt die Beitragsverläufe exemplarisch für zwei PROs: für subjektive Nutzenbeurteilung („deutlicher/großer“ vs. „geringer/kein“ Nutzen) sowie für die Skala zur direkten Veränderungsmessung VM8, die in drei Gruppen aufgeteilt wurde („gut gebesserte“, „etwas gebesserte“ und „verschlechterte“ Rehabilitanden). Im Trend zeigen sich für beide PROs vergleichbare Beitragsverläufe: die jeweilige PRO-Einschätzung konnte zum Katamnesezeitpunkt die Beitragsleistungen in der Zeit nach der Reha maßnahme gut differenzieren. Patienten, die von positiveren Ergebnissen berichteten, hatten höhere Beitragszahlungen. Ähnliche Verläufe ergaben sich auch für die weiter einbezogenen

Abbildung 1

Beitragsentwicklungen (Beitragsmonate pro Jahr) in den drei Jahren vor und nach der Reha, Vergleich der bei 1-Jahres-Katamnese gemessenen PROs: a) Nutzenbeurteilung (n = 2.545) und b) subjektive Veränderungseinschätzung (VM8; n = 2.596)



PROs (Nübling et al., 2017, 2018). Die multiple Korrelation zwischen zwölf unterschiedlichen PROs (Prädiktoren) und den SV-Beitragszahlungen ein Jahr nach der Reha (Kriterium) lag bei $R = .70$, die Varianzaufklärung bei knapp 50%. Ähnliche, etwas niedrigere Zusammenhänge fanden sich auch für die Vorhersage der zwei bzw. drei Jahre nach der Reha eingezahlten Beiträge (Nübling et al. 2017, 2018). Diese und auch andere Studien (z.B. Jankowiak, Kaluscha & Krischak, 2018; in diesem Heft) weisen darauf hin, dass PROs sowohl für die Rehabilitationsforschung als auch für ein Routinemonitoring im Rahmen der Qualitätssicherung/des Qualitätsmanagements von großem Nutzen sind bzw. sein können. Dies leitet über zu der neuen und hervorgehobenen Stellung von PROs im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung.

1.3 PROs im Qualitätssicherungsprogramm der DRV bzw. im strukturierten Qualitätsdialog (SQD)

Das 1994 eingeführte Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung (DRV) umfasst unterschiedliche qualitätsbezogene Datenerhebungen (Messung

von Qualitätsindikatoren), die Vergleiche von Rehabilitationseinrichtungen und entsprechende Ergebnismeldungen ermöglichen. Für die Einrichtungen besteht eine Verpflichtung zur Beteiligung, sofern eine DRV ihr federführender Hauptbeleger ist. Ein ähnliches Programm besteht für Kliniken, die federführend von einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) belegt werden (vgl. Farin u. Jäckel, 2011, Schmidt et al., 2015). Seit der Einführung des DRV-Programms wurden eine Reihe unterschiedlicher Verfahren und Instrumente kontinuierlich in die Routineanwendung überführt und die Berichterstattung weiterentwickelt (Klosterhuis, 2010). Mit dem sogenannten BQR-Konzept (Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen), welches zu einer Erhöhung der Wirksamkeit des Reha-QS-Programms beitragen soll, wurden in den vergangenen Jahren die erhobenen QS-Informationen verdichtet (vgl. Beckmann, 2012). Es sieht indikationsbezogene Bewertungen der Qualität von Reha-Einrichtungen vor und orientiert sich konzeptuell an Definitionen von Qualitätsoptima mit „100 Qualitätspunkten“ (maximal erreichbares Ergebnis). Wesentliche Bestandteile des Programms sind die Rehabilitandenbefragung, das Peer-Review-Verfahren, die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) sowie die Reha-Therapie-Standards (RTS; vgl. z.B. Schmidt et



Abbildung 2 „Vorgänger“ des strukturierten Qualitätsdialogs (SQD): Einführung des „5-Punkte-Programms“ als Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung (Titelseite und Auszug aus Müller-Farnow, 1993).

al., 2015; Widera & Beckmann, 2015). Im Rahmen der Rehabilitandenbefragung werden die Daten kontinuierlich als Stichprobe gezogen und insgesamt etwa 100.000 Fragebögen pro Jahr ausgewertet. Bezüglich der Erfassung der Ergebnisqualität stützt sich das Programm ausschließlich auf Angaben der Rehabilitanden (vgl. Schmidt et al. 2015). Die aus dieser Befragung ermittelten Ergebnisparameter „Rehabilitandenzufriedenheit“ und „Rehabilitationserfolg“ sind mit insgesamt 38% Gewichtung zentrale Elemente des Anfang 2017 eingeführten sogenannten Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD; DRV, 2017). Der SQD soll als ein „spezielles Instrument der Reha-Qualitätssicherung“ den direkten, persönlichen und partnerschaftlichen Austausch mit Reha-Einrichtungen fördern. Sein Ziel ist das „Identifizieren von Handlungsfeldern mit Optimierungspotential, die einen Qualitätsverbesserungsprozess mit einer Einrichtung auslösen können“ (DRV, 2017, S. 4; vgl. auch den Beitrag von Weinbrenner und Ostholt-Corsten in diesem Heft). Dabei werden die erfassten Qualitätsparameter nach einem bestimmten Berechnungsalgorithmus ausgewertet und klinikvergleichend je Hauptindikation dargestellt. Kliniken, die unter einen bestimmten Cutoff-Wert fallen, müssen sich dem SQD stellen und in enger Abstimmung mit dem Beleger konkrete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergreifen. Der SQD ist zwar nicht so hart formuliert, wie dies einer der Hauptinitiatoren des QS-Programms der DRV, Werner Müller-Fahrnow, 1993 bei der ersten Einführung im Rahmen einer Veranstaltung des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken (BDPK) in Bonn-Bad Godesberg formulierte (vgl. Abb. 2), es ist aber vom Grundsatz her ähnlich stringent.

2 Fragestellungen

Der vorliegende Beitrag geht folgenden Fragestellungen nach:

- Wie können Patient Reported Outcomes (PROs), wie sie im externen QS-Programm der DRV im Rahmen der Rehabilitandenbefragung über die Parameter „Rehabilitationserfolg“ und „Rehabilitandenzufriedenheit“ erhoben werden, für

interne Befragungen der Kliniken genutzt werden?

- Wie können v.a. negative Entwicklungen im Sinne von zunehmend kritischeren Patientenurteilen frühzeitig erkannt/aufgedeckt werden und so entsprechende Ergebnisse in der externen QS vermieden werden?

3 Patienten- bzw. Rehabilitandenbefragung

Nach Einführung des SQD wird es für Rehabilitationskliniken künftig zunehmend bedeutsamer, über den definierten Cutoffs liegende Qualitätsergebnisse zu erzielen. Kontinuierliche interne Qualitätsmessungen, wie z.B. interne Patienten- bzw. Rehabilitandenbefragungen, können helfen, Trends schon im Vorfeld der Rückmeldungen des externen QS-Programms zu erkennen und gegebenenfalls durch konkrete Verbesserungen zu korrigieren. Durch eine rechtzeitige Intervention in den Kliniken kann einer späteren „Aufälligkeit“ und damit auch der „Gefahr“ vorgebeugt werden, in den für die Einrichtungen recht aufwendigen und auch teuren SQD eingebunden zu werden. Letztlich wird so auch die eigene Verantwortung für gute Qualität und damit verbundene Ergebnisse in den Qualitätsmessungen gestärkt. Voraussetzung dafür ist, dass interne Befragungen inhaltlich mit denen der externen Qualitätssicherung korrespondieren.

3.1 Varianten

Für die Durchführung von Patienten-/Rehabilitandenbefragungen in der Rehabilitation lassen sich im Wesentlichen externe, von Leistungsträgern (z.B. DRV-Rehabilitandenbefragung) oder Portalen (z.B. Qualitätskliniken.de) von sogenannten, internen, von den Kliniken in eigener Regie oder von einem dienstleistenden Institut durchgeführte Befragungen unterscheiden. Während die Teilnahme an der Befragung im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV verpflichtend ist, ist die Teilnahme an einem Portal oder die Durchführung einer internen Befragung für Kliniken auf „freiwilliger“¹ Ba-

¹ Freiwillig ist dabei allerdings nur die Entscheidung über Art und Umfang der Befragung; im Rahmen der für die Belegung der Kliniken verpflichtenden QM-Zertifizierungen ist auch eine interne Befragung verpflichtender Bestandteil (vgl. z.B. Schmidt et al. 2015)

sis (vgl. Nübling et al., 2007, 2010; Schmidt et al., 2011; Schmidt et al., 2015).

Einige in der Regel auftretende Besonderheiten und Unterschiede der beiden genannten Befragungsvarianten sind im Folgenden (Tab. 1) exemplarisch am Beispiel der externen Rehabilitandenbefragung der DRV sowie der internen Befragung dargestellt, wie sie von der GfQG seit etwa 1995 durchgeführt wird (vgl. z.B. Nübling et al., 2007; Steffanowski, Nübling, Schmidt & Löschmann, 2006).

Wesentliche Unterschiede der beiden Befragungen liegen neben der Verbindlichkeit in der Methodik (Stichproben- vs. Vollerhebung, postalische Nachbefragung vs. Befragung bei Entlassung), in der Rückmeldung an die Kliniken (Dauer zwischen Erhebung und Rückmeldung lang vs. kurz, Rückmeldefrequenz niedrig vs. hoch) sowie bzgl. Klinikvergleichen bzw. Benchmarking (bundesweit vs. träger-/verbundbezogen). Beide Verfahren stehen nicht in Konkurrenz zueinander, sondern können als gegenseitige Ergänzung verstanden werden.

Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der externen und internen Befragung ist wegen der unterschiedlichen Stichprobengewinnung nicht immer gegeben, aber doch relativ wahrscheinlich. Wie bereits gezeigt werden konnte, weisen die durchschnittlichen Bewertungen auf Skalenebene eine meist hohe Übereinstimmung auf, sie liegt bei ca. 80% (Nübling, Kriz, Steffanowski, Schmidt & Ale-

many, 2011; Schmidt, Nübling & Kriz, 2013).

3.2 Inhalte und Skalen

Die Entwicklung des Fragebogens für die internen Patienten-/Rehabilitandenbefragungen erfolgte 2003/2004 gemeinsam mit Werner Müller-Fahrnow auf der Basis der bestehenden Fassung des Fragebogens des externen QS-Programms (Kriz, Steffanowski, Nübling, Rieger & Müller-Fahrnow, 2006; Müller-Fahrnow, Rieger, Steffanowski, Kriz & Nübling, 2006). Beide Instrumente überschneiden sich in hohem Maß. Die Anpassungen wurden v.a. hinsichtlich des Befragungszeitpunktes (Entlassung statt Nachbefragung) sowie auch bzgl. einiger Inhalte vorgenommen. So wurden z.B. die Skalen ZUF8 (Kriz, Nübling, Steffanowski, Wittmann & Schmidt, 2008; Schmidt, 2008; Schmidt, Bernhard, Wittmann & Lamprecht, 1987; Schmidt & Nübling, 2002; Schmidt, Nübling, Lamprecht & Wittmann, 1994) und BESS (Schmidt, Nübling, Kriz, Kaiser & Wittmann, 2018; Schmidt, Nübling, Steffanowski, Kriz & Wittmann, 2008) in die interne Befragung einbezogen. Demgegenüber wurden Inhaltsbereiche des externen Bogens, die sich auf die Zeit nach der Reha bezogen, wegen des Messzeitpunkts (kurz vor Entlassung) nicht berücksichtigt. Erfasst werden Indikatoren der Struktur-, Prozess- und

Tabelle 1

Vergleichende Darstellung externe vs. interne Patienten-/Rehabilitandenbefragung

	Externe Befragung (QS-Programm der DRV, verpflichtend)	Interne Befragung (Kliniken selbst, wählbar)
Messinstrument	standardisierter Fragebogen der DRV (schriftliche Befragung: 18 Seiten, 116 Fragen)	standardisierter Fragebogen der GfQG (schriftliche Befragung: 8 Seiten, ca. 95 Fragen)
Zielgruppe	nur Patienten des federführenden DRV-Belegers	alle Patienten
Methode	fortlaufende Stichprobenerhebung (pro Monat Zufallsauswahl von 20 Patienten)	fortlaufende Vollerhebung
Erhebungszeitpunkt	8-12 Wochen nach Abschluss der Reha (postalisch)	1-2 Tage vor Entlassung
Zeitpunkt der Rückmeldung	ca. ½ - 1 Jahr nach Abschluss der 12-18-monatigen Erhebung	ca. 4-6 Wochen nach Quartalsende
Rückmeldefrequenz	ca. alle 1-2 Jahre	i.d.R. 4 x jährlich
Vergleich mit Vorbefragung	möglich	integriert, Zeitverlauf/Trends werden abgebildet
Vergleichsmöglichkeiten	alle Kliniken mit gleicher Indikation (bundesweit)	Kliniken eines Trägers / Verbunds, alle beteiligten Kliniken im System
Zielsetzungen	Aufzeigen von Stärken und Schwächen Input für das interne QM Bundesweite Verortungsmöglichkeit beim Einrichtungsvergleich	Aufzeigen von Stärken und Schwächen zeitnaher Input für das interne QM Verortungsmöglichkeit über Zeit- und Einrichtungsvergleiche

Ergebnisqualität (vgl. Tab. 2). Die Einzelitems („Qualitätsindikatoren“) sind analog der externen Befragung so aufgebaut, dass der Patient auf einer in der Regel 5-stufigen Antwortskala den Grad seiner Zustimmung angeben bzw. seine Bewertung vornehmen kann. Sie sind inhaltlich zu Skalen („Qualitätsbereiche“) zusammengefasst. Die Bearbeitungszeit für die Patienten beträgt ca. 10-15 Minuten.

Das Instrument besteht schwerpunktmäßig aus einem für alle Indikationsbereiche identischen klinikübergreifenden Teil. Die klinikübergreifenden Skalen bestehen aus drei bis acht Einzelitems, die klinikspezifische Skala zu den Behandlungen in Abhängigkeit vom Angebot der jeweiligen Klinik aus bis zu 15 Merkmalen. Eine erste testmethodische Überprüfung des Fragebogens findet sich bei Spyra, Erhart, Müller-Farnow und Rieger (2006). In einer Replikationsstudie auf der Basis einer Stichprobe von $n = 220.737$ fanden Kriz, Nübling und Schmidt (2014) eine überwiegend konstruktionskonforme Dimensionalität, die Skalen erwiesen sich weit-

gehend als intern konsistent. Die Reliabilität (Cronbach's alpha) lag zwischen $\alpha = .73$ („Räumlichkeiten“) und $\alpha = .94$ (Psychologische Betreuung), nur für den Bereich Ablauf der Rehabilitation (Behandlungsbeginn, Behandlungsausfall) war die Reliabilität unbefriedigend.

3.3 Ergebnismeldung

Für die Rückmeldung der Ergebnisse an die Kliniken sind die Form, der Umfang und vor allem der Zeitpunkt ausschlaggebend. Form und Inhalt müssen für den Anwender gut lesbar und verständlich sein (auch für Laien), weshalb auf kompliziertere statistische Darstellungen verzichtet werden und demgegenüber einfache, intuitiv nachvollziehbare Marker (z.B. „Smilies“, Farbskalierung nach dem Ampelsystem) im Vordergrund stehen sollten (vgl. Abb. 3, 4). Was den Zeitpunkt betrifft, so sind für ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring sowie ggf. die Initiierung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung

Tabelle 2

Skalen, Inhalte der Patienten-/Rehabilitandenbefragung, Reliabilität der Skala

Skalen (Qualitätsbereiche)	Itemzahl	α	Einzelitems (Beispielinhalte; Qualitätsindikatoren)
Ärztliche Betreuung	3	.89	Arzt war einfühlsam, verständlich, hat richtige Behandlung veranlasst
Pflegerische Betreuung	3	.90	Pflege fachlich gut betreut, einfühlsam, Umfang der Betreuung angemessen
Psychologische (Somatik) bzw. psychotherapeutische (Psychosomatik) Betreuung	3	.94	Psychologe/Psychotherapeut einfühlsam, verständlich, Richtige Art von Gespräch geführt
Behandlungsmaßnahmen (jeweils klinikspezifisch in Abhängigkeit vom Behandlungsangebot der Klinik)	6-15	--	z.B. Einzelgespräche, Gruppentherapie, Familiengespräche, Training sozialer Fertigkeiten, Körperorientierte Therapie, Ergo-, Kunst-, Sport- und Bewegungstherapie, Entspannung, Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen
Schulungen	3	.77	Gesundheitsbezogene Vorträge, Krankheitsbezogene Schulungen, Lehrküche, Ernährungsberatung
Beratungen	3	.83	Sozialberatung, Behandlungsfortführung, Situation am Arbeitsplatz
Rehabilitationsthemen	3	.88	Ziele gemeinsam festlegen, Zielerreichung besprechen, Umgang mit Krankheitsproblemen im Alltag
Ablauf der Rehabilitation	5	.33	Zeit bis Aufnahmeuntersuchung, Zeit bis Therapiebeginn, Ausfall von Behandlungen, Therapeutenwechsel
Räumlichkeiten	3	.73	Ausstattung, Reinigung Zimmer, Aufenthaltsräume der Klinik
Verpflegung	4	.85	Frühstück, Mittagessen, Abendessen, Service im Speisesaal, Cafeteria
Freizeit Organisation/Service	6	.81	Freizeitangebot, Informationen zum Freizeitangebot, Terminplanung, Rezeption, Organisation Abläufe, Fahrdienst
Nachsorge	4	.88	Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha, Nützliche Empfehlungen, Informationen über Nachsorgeprogramme
BESS	5	.91	Skala zur Erfassung der Ergebnisqualität, Gesundheitliche Veränderungen
ZUF8	8	.90	Skala allgemeine Patientenzufriedenheit

Anmerkungen: Cronbachs alpha nach Kriz et al. (2014)

Beurteilungsaspekt	1. Quartal		2. Quartal		Vergleich	
	N	Bewertung	n	Bewertung	Trend	
Ärztliche Betreuung	192	1.6 ☺ 88%	187	1.5 ☹ 91%	0.1 ▲	+3%
Pflegerische Betreuung	190	1.4 ☹ 92%	185	1.3 ☹ 95%	0.1 ▲	+3%
Psychologische Betreuung	70	1.8 ☺ 84%	75	1.8 ☺ 84%	0.0 =	0%
Behandlungsmaßnahmen	185	1.7 ☺ 90%	181	1.5 ☹ 94%	0.2 ▲	+4%
Vorträge und Schulungen	124	1.9 ☺ 89%	113	1.9 ☺ 89%	0.0 =	0%
Sozial- und Berufsberatung	24	1.9 ☺ 90%	27	2.0 ☺ 86%	0.1 ▼	-4%
Rehabilitationsthemen	119	3.1 ☹ 38%	116	2.5 ☺ 53%	0.6 ▲	+15%
Rehabilitationsablauf	172	1.7 ☺ 88%	167	1.7 ☺ 89%	0.0 =	+1%
Unterbringung	183	1.8 ☺ 89%	179	1.8 ☺ 90%	0.0 =	+1%
Verpflegung	185	1.7 ☺ 90%	184	1.6 ☺ 94%	0.1 ▲	+4%
Organisation und Service	174	1.8 ☺ 94%	178	1.7 ☺ 95%	0.1 ▲	+1%
Freizeitgestaltung	152	2.8 ☹ 49%	141	2.3 ☹ 63%	0.4 ▲	+14%
Nachsorgevorbereitung	136	2.4 ☹ 62%	143	2.2 ☹ 74%	0.2 ▲	+8%
Gesundheitszustand	181	2.1 ☹ 71%	179	1.9 ☺ 79%	0.2 ▲	+8%
Allgemeine Bewertung	182	1.6 ☺ 89%	177	1.4 ☺ 92%	0.2 ▲	+3%
Multipler Qualitäts-Index	190	1.9 ☺ 81%	186	1.7 ☺ 85%	0.2 ▲	+4%

Beurteilungsaspekt	Kliniken								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skala Ärztliche Betreuung	1.8	1.6	1.9	1.6	2.0	1.6	2.0	1.9	1.7
Skala Pflegerische Betreuung	1.4	1.6	1.3	1.3	1.8	1.5	1.8	1.7	1.5
Skala Psychologische Betreuung	1.9	1.9	1.7	1.6	1.7	1.8	2.0	1.8	2.1
Skala Behandlungsmaßnahmen	1.9	1.6	1.5	1.5	2.0	1.6	1.8	1.7	1.6
Skala Vorträge und Schulungen	1.7	1.9	1.7	2.0	2.1	1.8	2.1	2.0	1.9
Skala Sozial- und Berufsberatung	1.9	1.8	1.5	1.6	2.4	1.6	2.9	1.7	1.9
Skala Rehabilitationsthemen	2.1	2.2	2.1	2.1	2.2	2.1	2.7	2.3	1.7
Skala Rehabilitationsablauf	2.0	2.0	2.2	2.3	2.6	2.0	2.5	1.7	1.9
Skala Unterbringung	1.9	1.7	1.8	1.8	2.2	1.9	1.7	1.6	2.0
Skala Verpflegung	1.7	1.7	1.5	1.6	1.8	1.6	2.0	1.7	1.9
Skala Organisation und Service	1.5	1.9	1.4	1.6	2.4	2.0	2.2	1.6	1.7
Skala Freizeitgestaltung	1.4	3.1	1.9	1.9	2.0	1.8	2.1	1.7	1.8
Skala Nachsorgevorbereitung	2.0	2.3	2.2	2.3	2.1	2.4	2.9	2.7	2.0
Skala Gesundheitszustand	1.8	2.2	2.1	2.3	2.2	2.2	2.4	2.3	2.2
Skala Allgemeine Bewertung	1.8	1.8	1.7	1.7	2.1	1.6	2.2	1.8	1.6
Multipler Qualitätsindex (MQI)	1.8	1.9	1.7	1.7	2.1	1.8	2.2	1.9	1.8

Abbildung 3 (links)

Ergebnisrückmeldung an Kliniken auf Skalenebene: Quartalsvergleich für eine Klinik (Mittelwerte und Prozentanteil positiver Antworten), Trend

Abbildung 4 (rechts)

Ergebnisrückmeldung an Kliniken auf Skalenebene: Benchmarks/Klinikvergleich (hier neun Kliniken, adjustierte Mittelwerte)

möglichst zeitnahe Rückmeldungen von Bedeutung. Bei der externen Befragung erfolgt die Ergebnisrückmeldung an die Reha-Einrichtungen relativ spät, etwa 6-12 Monate nach Abschluss der früher 18-, aktuell 12-monatigen Datenerhebungsphase. Dies bedeutet einerseits, dass die rückgemeldeten Ergebnisse u. U. nicht mehr mit der aktuellen Situation in der Klinik übereinstimmen, andererseits, dass ggf. nur mit deutlichem Zeitverzug auf kritische Ergebnisse reagiert werden kann. Dadurch ergeben sich auch Schwierigkeiten, die Rückmeldungen für das interne QM zu nutzen. Die Ergebnisse der internen Befragung sind demgegenüber sehr zeitnah verfügbar (ca. 4-6 Wochen nach Quartalsende) und lassen eine direktere Reaktion zu.

Die interne Befragung soll den Reha-Kliniken analog der externen Befragung Stärke-Schwäche-Analysen ermöglichen. Steht bei der internen Befragung vor allem das frühzeitige Erkennen möglicher Qualitätsverbesserungspotentiale und das kontinuierliche Monitoring von Qualitätsindikatoren im Vordergrund, so hat die externe Befragung infolge ihrer bundesweiten umfangreichen Referenzdaten und der damit verbundenen Verortungsmöglichkeiten („Wo steht meine Einrichtung im Vergleich?“) auch eine gewichtige Wettbewerbsfunktion. Die beschriebene interne Befragung wird aktuell in ca. 50 Kliniken mit über 100.000 Patienten pro Jahr durchgeführt.

In Abb. 3 ist eine Quartalsrückmeldung dargestellt. Sie zeigt den Vergleich auf Skalenebene für das aktuelle Quartal im Vergleich zum Vorquartal. Beschrieben sind die jeweilige Stichprobengröße, der Mittelwert der

Skala, ein Bewertungsmarker in Form eines farbigen Smilies (hier in schwarz/weiß, im Original grün = positive, gelb = mittlere/grenzwertige und rot = negative Bewertung) sowie eine Prozentangabe bzgl. des Anteils positiver Antworten. Eine Spalte zum Vergleich vermittelt den Trend zwischen den beiden Quartalen, wobei die ausgefüllten Pfeile nach oben oder nach unten statistisch signifikante Unterschiede markieren. Abb. 4 zeigt darüber hinaus einen Vergleich von mehreren Rehabilitationskliniken. Um auszuschließen, dass sich die Unterschiede auf Grund unterschiedlicher Patientenstrukturen ergeben (Stichwort: „fairer“ Vergleich), können die Mittelwerte über eine Case-Mix-Adjustierung korrigiert werden (vgl. Kriz et al. 2006). Auswertungen dieses Typs sind besonders für Träger mehrerer Einrichtungen oder Klinikverbünde interessant. Ein Vergleich verschiedener Kliniken oder Abteilungen ermöglicht ein „Lernen vom Besten“ („Best Practice“; Rundel et al., 2004).

3.4 Nutzenaspekte interner Befragungen: kontinuierliches Monitoring/Verbesserung und Möglichkeiten „Vorhersage“ der Ergebnisse der externen Befragung

Zur Veranschaulichung der Entwicklungsdynamik werden im Rahmen der Ergebnisrückmeldung der internen Befragung Verlaufskurven über längere Zeiträume (z.B. 5 Jahre) erstellt (vgl. Abb. 5). Die Art der Visualisierung erlaubt eine Differenzierung zwischen

saisonalen Schwankungen und nachhaltigen Qualitätsveränderungen. Verlaufsdarstellungen setzen eine fortlaufende Befragung voraus. Das Verhältnis zwischen Quartalsmittel und Jahresmittel dient dabei als wichtiger Trendindikator. Verläuft das Quartalsmittel oberhalb der Kurve für das Jahresmittel, so liegt ein anhaltend positiver Trend vor. Umgekehrt zeigt sich ein anhaltend negativer Trend.

Abb. 5 zeigt das Beispiel einer Klinik zur Skala „Nachsorgevorbereitung“, die sich bis zu einem bestimmten Punkt (hier als „Trendwende“ bezeichnet, senkrechter Balken) verschlechtert (Quartalsmittel anhaltend unter dem Jahresmittel). Die Klinik hatte diese Entwicklung zum Anlass für eine vertiefende Analyse genommen und im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Verbesserungen initiiert. Diese bezogen sich u.a. darauf,

dass den Rehabilitanden stärker auf die Nachsorge konzentrierte individuelle Empfehlungen gegeben wurden, ein Übungsprogramm zur Alltagsbewältigung entwickelt und eingeführt wurde, Info-Blätter u.a. zu Sportgruppen am Heimatort oder zum Behindertenrecht erstellt sowie eine stärker individuelle Vermittlung von nachsorgenden Ansprechpartnern (u.a. Integrationsfachteams, Reha-Berater, Tumorberatungsstellen, Selbsthilfegruppen) realisiert wurden. In der Folge zeigte sich nach dem „Tiefpunkt“ und erfolgter „Intervention“ eine deutlich positive Entwicklung, die Mittelwerte der Skala verbesserten sich kontinuierlich.

Ist die in der internen Befragung abgebildete negative Entwicklung zeitgleich mit dem Zeitraum der externen Befragung (wie hier im Beispiel), so ist absehbar, dass sie sich aller Voraussicht nach auch auf die Ergebnisse

Abbildung 5

Verlauf eines Qualitätsparameters (Skala „Nachsorgevorbereitung“) mit und ohne konkrete Verbesserungsmaßnahmen

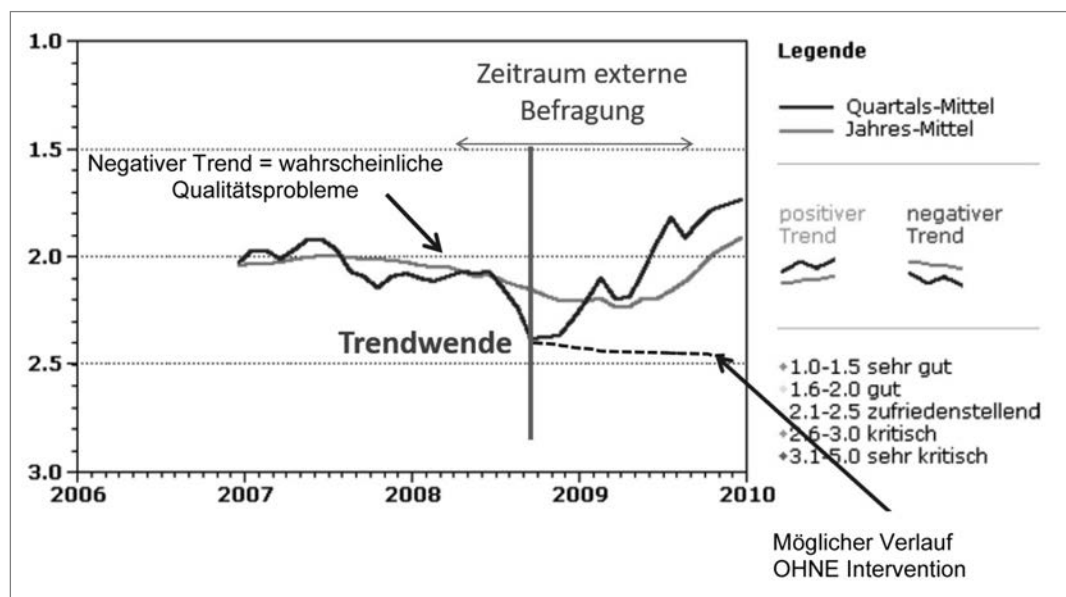
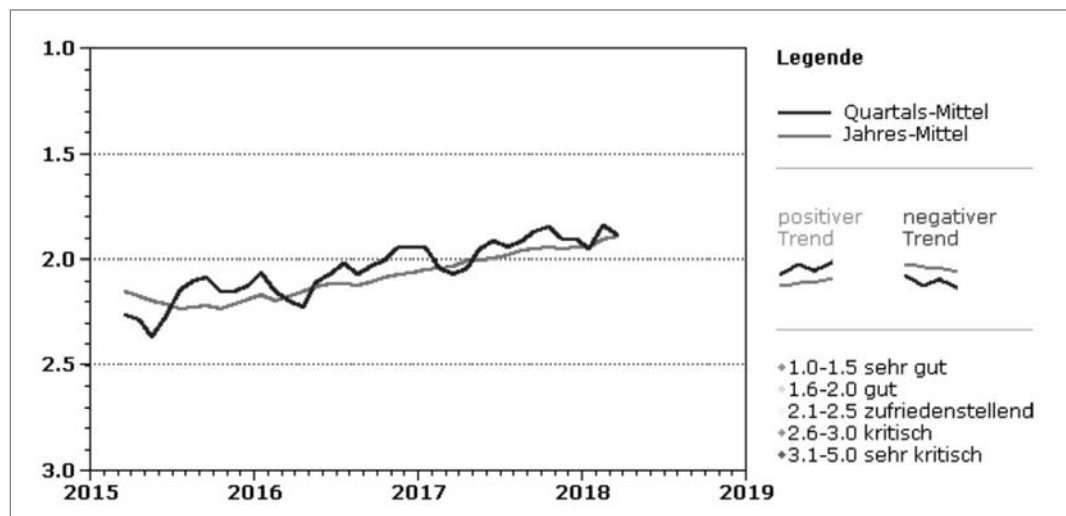


Abbildung 6

Verlauf Skala „Psychotherapeutische Betreuung“ einer Klinik für Psychosomatische Rehabilitation



der externen Befragung niederschlagen wird. Hypothetisch eingezeichnet ist der weitere Verlauf, der sich ggf. ohne Intervention bzw. ohne Verbesserungsmaßnahmen ergeben hätte. An diesem Beispiel kann gezeigt werden, dass auf der Basis eines kontinuierlichen Monitorings von Qualitätseinschätzungen der Rehabilitanden (interne Befragung) eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen zu einer „Korrektur“ des Verlaufs und damit zu im Durchschnitt besseren Ergebnissen der externen Befragung führen kann.

Ein zweiter Typ von Verbesserungen auf der Grundlage von kontinuierlichen Qualitätsmessungen durch interne Patienten-/Rehabilitandenbefragungen ist in Abb. 6 dargestellt. Es handelt sich um eine dauerhaft kontinuierliche Entwicklung eines Qualitätsparameters (hier die Einschätzung der „Psychotherapeutischen Betreuung“) im Sinne eines stetigen Anstiegs. Anders als im obigen Beispiel (Abb. 5) ist hier kein „Einbruch“ bzw. keine deutliche Verschlechterung zu verzeichnen. Durch die permanente, kontinuierliche quartalsweise Rückmeldung an die Klinik entstehen „schleichende“ kontinuierliche Qualitätsverbesserungen, ohne dass z.B. ein Bündel konkreter Maßnahmen (wie im Beispiel oben) entwickelt und umgesetzt wird. Es kann bei einem solchen Verlauf davon ausgegangen werden, dass allein schon die wiederholte Rückmeldung zu einer „erhöhten Sensibilität“ und Aufmerksamkeit der Teammitglieder bzw. der Klinikleitung führt und nach und nach immer wieder Maßnahmen wie z.B. den intensiveren kollegialen Austausch über konkrete Qualitätsaspekte fördert. Dies kann dann implizit zu einer tatsächlichen kontinuierlichen Verbesserung dieser Aspekte führen.

4 Zusammenfassung und Diskussion

Patient Reported Outcomes (PROs) haben nicht nur für die Rehabilitationsforschung, sondern auch für die Routine-Qualitätssicherung bzw. für das Qualitätsmanagement eine hohe Bedeutung. Dass die Nutzung von PROs im Rahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sinnvoll ist, zeigen Studien, die den Zusammenhang zwischen PROs und „harten“ Daten wie z.B. Sozialversicherungs-Beitragszahlungen untersuchen. So ergab u.a. die Reha-QM-Outcome-Studie eine hohe Korrespondenz zwischen PROs und SV-Beiträgen (Nübling et al.,

2015a, 2015b, 2017). Selbstverständlich ist das Kriterium „SV-Beitragszahlungen“ kein „Goldstandard“ für die Outcomes der medizinischen Rehabilitation, auch, weil diese u.U. multipel beeinflusst sind, z.B. durch die regionale Arbeitsmarktsituation der Versicherten. Hier bedarf es weiterer Forschungsbemühungen, wie sie u.a. auch im eben gestarteten bundesweiten Folgeprojekt („Requamo II“; Toepler et al., 2018) beabsichtigt sind.

In den aktuellen QM-Systemen spielt das Patientenurteil eine herausragende Rolle. Im seit etwa 25 Jahren etablierten Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ist die Patienten- bzw. Rehabilitandenperspektive vor allem im Programmpunkt der Rehabilitandenbefragung integriert. In dem Anfang des Jahres eingeführten „Strukturierten Qualitätsdialog“ (SQD) der DRV liegt die Gewichtung der (durch die Rehabilitanden berichteten) Merkmale „Reha-Erfolg“ und „Rehabilitandenzufriedenheit“ bei insgesamt 38% (jeweils 19%). Diese (sowie auch weitere) Merkmale werden künftig als Grundlage für die Zuweisungssteuerung der Patienten in die Einrichtungen herangezogen werden. Damit wird die Belegung der Einrichtungen noch mehr als bisher auch vom Urteil der Patienten/Rehabilitanden abhängig sein bzw. werden. Ein zu hoher Anteil nicht erfolgreicher und/oder unzufriedener Patienten/Rehabilitanden führt die Kliniken in den SQD, ein Prozess, der für Einrichtungen sehr aufwendig und ggf. auch teuer werden kann. Die Überlegung, solche möglichen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung frühzeitig absehen zu können, ist eine Basis von kontinuierlichen internen Befragungen. Wie in den Beispielen gezeigt, kann ein solches Routinemonitoring – sofern ähnliche Inhalte erhoben werden – entsprechende Entwicklungen „vorhersagen“ und ein Gegensteuern ermöglichen. Außerdem kann die kontinuierliche Beobachtung von Qualitätsparametern per se zu Qualitätsverbesserungen führen, u.a. weil ihnen fortlaufend mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird und in den Kliniken gezielter über die Sicherung und Verbesserung der Qualität nachgedacht bzw. gesprochen wird. Sie können so zu einer Zuweisungssicherung und damit für eine gute mittel- und langfristige Existenz der Einrichtungen sorgen.

Über die Möglichkeiten und Grenzen der Steuerung der Reha auf der Grundlage von patienten-/rehabilitandenseitig berichteten

Qualitätsdaten existieren unterschiedliche Auffassungen (vgl. auch Muschalla sowie Weinbrenner & Ostholt-Corsten in diesem Heft). Während für die Steuerung im Rahmen des internen (Qualitäts-) Managements punktuell und im Verlauf gemessene „Rohdaten“, wie in den obigen Beispielen gezeigt, für ein Routinemonitoring sowie für die Initiierung von Qualitätsverbesserungen ausreichen, sind für einen „fairen“ Vergleich von Kliniken/Einrichtungen Adjustierungen auf der Grundlage von Ausgangsmerkmalen der Rehabilitanden notwendig. So ist zu beachten, dass z.B. ein Rentenbegehren, die Reha-/Psychotherapiemotivation oder spezifische Erwartungshaltungen bedeutsame Einflussvariablen für die Rehabilitandenzufriedenheit und für den Rehaerfolg sein können (vgl. z.B. Nübling, Muthny & Bengel, 2006, Nübling, Schulz, Schmidt, Koch & Wittmann, 2006; Schmidt et al, 2003). Allerdings weisen Studien zur externen Rehabilitandenbefragung auch darauf hin, dass die Möglichkeiten der Adjustierung häufig überschätzt werden. Widera (2010) bzw. Widera & Grünbeck (2010) untersuchten die Ergebnisse der externen DRV-Befragung hinsichtlich der Kriterien „Rehabilitandenzufriedenheit“ und „Reha-Erfolg“ unter Einbezug von 17 im System erfassten Confoundern. Darunter waren demographische Variablen wie Alter, Geschlecht, Schul-/Berufsabschluss, sozialmedizinisch wichtige Parameter wie Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Reha, Arbeitslosigkeit oder Rentenantragstellung vor der Reha sowie medizinische Variablen wie Diagnosen, Diagnosezahl oder Psychische Komorbidität. Die Analysen, die auf sehr großen Stichproben (n=ca. 70.000) basieren, zeigen, dass der erklärte Varianzanteil der Confounder bezogen auf die beiden o.g. Kriterien eher bescheiden war: die Anteile lagen je nach Indikation zwischen 4 und 10%. Dies veranlasste die Autorin zum Hinweis, dass „von ‚Idealisierungen‘ risikoadjustierter Daten abzusehen“ sei. Im Vergleich der Kliniken unterschieden sich die Verteilungen der nicht-adjustierten und der adjustierten Werte nur unwesentlich, d.h. gute Kliniken blieben im oberen Bereich, schlechte im unteren, d.h. in der Rangfolge der Kliniken ergaben sich i.d.R. nur geringfügige Verschiebungen.

Insgesamt betrachtet besteht weiterer und verstärkter Bedarf an Studien, die mögliche Einflussvariablen auf die Rehabilitandenzufriedenheit und das Rehaergebnis sowie auch die künftige Praxis der empirisch ba-

sierten Zuweisungssteuerung untersuchen. Erste Schritte dahin werden aktuell in Projekten in Ulm/Bad Buchau („Neue Adjustierung der Rehabilitandenbefragung“, R. Kaluscha) oder Freiburg („DRV-SQD: Einführung eines ‚Strukturierten Qualitätsdialogs (SQD)‘ in der Reha“, E.-M. Bitzer) unternommen. Weitere Testungen der Rehabilitandenbefragung, vor allem hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren auf die Rehabilitandenzufriedenheit sowie den Rehabilitationserfolg sollten u.a. im Rahmen größerer Programmevaluationsstudien mit mehreren Messzeitpunkten und umfangreicheren Datenebenen erfolgen.

Literatur

- Anker, S. D., Agewall, S., Borggrefe M., Calvert, M., Caro, J. J., Cowie, M. R., Ford, I., Paty, J. A., Riley, J. P., Swedberg, K., Tavazzi, L., Wiklund, I., & Kirchhof, P. (2014). The importance of patient-reported outcomes: A call for their comprehensive integration in cardiovascular clinical trials. *European Heart Journal*, 35, 2001–2009. doi:10.1093/eurheartj/ehu205
- Basch, E. (2014). New Frontiers in Patient-Reported Outcomes: Adverse Event Reporting, Comparative Effectiveness, and Quality Assessment. *Annual Review of Medicine*, 65, 307–317. doi:10.1146/annurev-med-010713-141500
- Beckmann, U. (2013). BQR – ein Konzept für vergleichende Reha-Qualitätsanalysen und ihre Konsequenzen. Vortrag – IQMG Jahrestagung „Externe QS als Motor im Wettbewerb der Reha-Einrichtungen“ am 29. und 30.11.2012 in Berlin. Verfügbar unter: <http://www.iqmp.de/pdf/327.pdf> [17.03.2013]
- Bengel, J., Wirtz, M., & Zwingmann, C. (Hrsg.). (2008). Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation (Band 5). Göttingen: Hogrefe.
- Brettschneider, C., Lüthmann, D., & Raspe, H. (2011). Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA) (HTA-Bericht Nr. 109). Verfügbar unter: https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta220_bericht_de.pdf
- Bruner, D. W., Movsas, B., & Basch, E. (2012). Capturing the patient perspective: Patient-reported outcomes as clinical trial endpoints. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 32, 139–144. doi:10.14694/EdBook_AM.2012.32.139
- Calvert, M., Brundage, M., Jacobsen P. B., Schünemann, H. J., & Efficace, F. (2013). The CONSORT Patient-Reported Outcome (PRO) extension: Implications for clinical trials and practice.

- Health and Quality of Life Outcomes, 11, 184. doi:10.1186/1477-7525-11-184
- Deutsche Rentenversicherung (2014). Reha-Bericht 2014 Update. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/04_reha_jahresberichte/downloads_reha_jahresberichte/reha_bericht_update_2014.pdf
- Deutsche Rentenversicherung (2017). Strukturierter Qualitätsdialog. Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen als ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_allgemein/SQD-Broschuere.pdf.
- Dirmaier, J. & Härter, M. (2011). Stärkung der Selbstbeteiligung in der Rehabilitation. Strengthening patient involvement in rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54, 411–419. doi:10.1007/s00103-011-1243-z
- Farin, E. & Jäckel, W.H. (2011). Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54 (2), 176–184. doi:10.1007/s00103-010-1206-9
- Jankowiak, S., Kaluscha, R., & Krischak, G. (2018). Können Hausarzt- bzw. Rehabilitandenangaben zum Rehabilitationserfolg als Indikatoren für den Nutzen der Rehabilitation dienen? DRV Schriften, Bd. 113, Berlin: DRV Bund, S. 92-95.
- Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2017). Zusammenhänge zwischen subjektivem Reha-Nutzen und Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Dreijahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 111, Berlin: DRV Bund, S. 98-100.
- Kaluscha, R., Nübling, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2018). Nachhaltigkeit der Rehabilitation hinsichtlich Erwerbsminderungsrente: Ergebnisse der Vierjahreskatamnese zur „Reha-QM-Outcome-Studie“ Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 113. Berlin: DRV Bund, S. 193-195.
- Kaluscha, R., Nübling, R., Toepler, E., Kaiser, U., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Kriz, D., Schmidt, J., & Krischak, G. (2014). Zusammenhänge zwischen Patientenselbstschätzung und Sozialversicherungsbeiträgen ein Jahr nach Rehabilitation: Ergebnisse aus der „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg. DRV-Schriften Band 103, Berlin: DRV Bund, S. 191-193.
- Klosterhuis H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, 57, 260–268.
- Kriz, D., Nübling, R., & Schmidt, J. (2014). Psychometrische Analyse einer kontinuierlichen Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften Band 103, Berlin: DRV Bund, S. 185-187.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W., & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären medizinischen Rehabilitation: Psychometrische Prüfung des ZUF-8. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17, 67–79.
- Kriz, D., Steffanowski, A., Nübling, R., Rieger, J., & Müller-Fahnow, W. (2006). Kontinuierliche Patientenbefragungen - Möglichkeiten eines „fai- ren“ Klinikvergleichs durch Case-Mix-Adjustierung. DRV-Schriften, Band 64, Berlin: DRV Bund, S. 122-124.
- Kyte, D., Duffy, H., Fletcher, B., Gheorghe, A., Mercieca-Bebber, R., King, M., Draper, H., Ives, J., Brundage, M., Blazeby, J., & Calvert, M. (2014). Systematic evaluation of the patient-reported outcome (PRO) content of clinical trial protocols. PloS one, 9(10). doi:10.1371/journal.pone.0110229
- Moock, J., Kohlmann, T., & Zwingmann, C. (2006). Patient-reported outcomes in rehabilitation research: Instruments and current developments in Germany. Journal of Public Health, 14, 333–342. doi:10.1007/s10389-006-0065-1
- Müller-Fahnow, W. (1993). Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 10(4), 385–388.
- Müller-Fahnow, W., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., & Nübling, R. (2006). Kontinuierliche Patientenbefragungen - Testmethodische Überprüfung eines neuen Instruments für das klinikinterne Routinemonitoring. DRV-Schriften Band 64, Berlin: DRV Bund, S. 121-122.
- National Quality Forum (2013). Patient Reported Outcomes (PROs) in Performance Measurement. Verfügbar unter: http://www.qualityforum.org/Projects/n-r/Patient-Reported_Outcomes/Patient-Reported_Outcomes.aspx [20.06.2018]
- Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J., Krischak, G., Kriz, D., Müller, G., Martin, H., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Wichmann, B., Kaiser, U., & Toepler, E. (2015a). Analyse des Behandlungserfolgs in der Medizinischen Rehabilitation. Konsequenzen für das interne Qualitätsmanagement „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg [Abschlussbericht]. Verfügbar unter: <http://www.qualitaetsverbund-gesund->

- heit.de/images/stories/pdf/Bericht_Reha-QM-Outcome-Studie_Vers-April_2015.pdf
- Nübling, R., Kaluscha, R., Holstiege, J., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2015b). Die „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbundes Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg – Methodik und ausgewählte Ergebnisse. *Prävention und Rehabilitation*, 27, 77–94. doi:10.5414/PRX00476
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2016). Return to Work nach stationärer Rehabilitation – Messvarianten auf der Basis von Patientenangeben und Validierung anhand Sozialversicherungs-Beitragszahlungen. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 26, 293–302.
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2017). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zum Zusammenhang zwischen „Patient Reported Outcomes“ (PROs) und geleisteten Sozialversicherungsbeiträgen. *Rehabilitation*, 56, 22–30. doi:10.1055/s-0042-118580
- Nübling, R., Kaluscha, R., Krischak, G., Kriz, D., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Schmidt, J., Kaiser, U., & Toepler, E. (2018). Ergebnisqualität medizinischer Rehabilitation: Zusammenhänge zwischen „Patient Reported Outcome“ (PROs) und Sozialversicherungsbeiträgen 3 Jahre nach der Reha. *DRV-Schriften Band 113*. Berlin: DRV Bund, S. 204-207.
- Nübling, R., Kriz, D., Steffanowski, A., Schmidt, J., & Alemany, F. (2011). Externe vs. interne Patientenbefragung - Zusammenhänge und Nutzen für das interne QM. *DRV-Schriften Band 93*. Berlin: DRV Bund, S. 115-117.
- Nübling, R., Rieger, J., Steffanowski, A., Kriz, D., & Schmidt, J. (2010). Kontinuierliche Patientenbefragungen – ein Königsweg für Qualitätsverbesserungen in der medizinischen Rehabilitation?! *DRV-Schriften Band 88*. Berlin: DRV Bund, S. 204-207.
- Nübling, R., Steffanowski, A., Körner, M., Rundel, M., Kohl, C. F. R., Löschmann, C., & Schmidt, J. (2007). Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12, 44–50. doi:10.1055/s-2006-926819
- Rundel, M., Kohl, C. F. R., Löschmann, C., Steffanowski, A., Körner, M., & Nübling, R. (2004). Benchmarking der Patientenbefragung als Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems. *DRV-Schriften Band 52*. Frankfurt: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger VDR.
- Schmidt, J., Steffanowski, A., Nübling, R., Lichtenberg, S., & Wittmann, W. W. (2003). Ergebnisqualität stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Vergleich unterschiedlicher Evaluationsstrategien. Regensburg: Roderer.
- Schmidt, J. & Nübling, R. (2002). ZUF-8. Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit. In E. Brähler, J. Schumacher & B. Strauß (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (S. 392–396). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J. (2008). Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit – ZUF-8. In J. Bengel, M. Wirtz & C. Zwingmann (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren in der Rehabilitation* (S. 255-258). Göttingen: Hogrefe.
- Schmidt, J., Bernhard, P., Wittmann, W.W. & Lamprecht, F. (1987). Die Unterscheidung zwischen singulären und multiplen Ergebniskriterien. Ein Beitrag zur Kriterienproblematik in der Evaluation. In: F. Lamprecht (Hrsg.). *Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 293-299). Berlin: Springer.
- Schmidt, J., Kriz, D. & Nübling, R. (2011). Patienten-, Bewohner- und Angehörigenbefragungen. In: B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), *Handbuch pflegebezogener Assessment-Methoden* (S. 459-482). Bern: Huber.
- Schmidt, J., Nübling, R., & Kriz, D. (2013). Zusammenhang zwischen externer und interner Patientenbefragung. Ergebnisse einer Pilotstudie in vier Reha-Kliniken. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/324918206_Zusammenhang_zwischen_externer_und_interner_Patientenbefragung_Ergebnisse_einer_Pilotstudie_in_vier_Reha-Kliniken [20.06.2018]
- Schmidt, J., Nübling, R., Kriz, D., Kaiser, U., & Wittmann, W.W. (2018). Die Kurzsкала BESS zur direkten Veränderungsmessung des gesundheitlichen Befindens – Psychometrische Überprüfungen für den Bereich der Medizinischen Rehabilitation (GfQG-Schriften Nr. 1) Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/322686636_Die_Kurzsкала_BESS_zur_direkten_Veränderungsmessung_des_gesundheitlichen_Befindens_Psychometrische_Überprüfungen_für_den_Bereich_der_Medizinischen_Rehabilitation
- Schmidt, J., Nübling, R., Lamprecht, F., & Wittmann, W.W. (1994). Patientenzufriedenheit am Ende psychosomatischer Reha-Behandlungen. Zusammenhänge mit Behandlungs- und Ergebnisvariablen und prognostische Bedeutung. In F. Lamprecht & R. Johnen (Hrsg.). *Salutogenese. Ein neues Konzept in der Psychosomatik?* (S. 271-283). Frankfurt a.M.: VAS-Verlag.
- Schmidt, J., Nübling, R., Steffanowski, A., Kriz, D., & Wittmann, W.W. (2008). Die Kurzsкала BESS zur

- direkten Veränderungsmessung - Zusammenfassende Befunde aus mehreren Studien (DRV-Schriften Nr. 77). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Schmidt, J., Schmid-Ott, G., & Nübling, R. (2015). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. H. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht, Rehabilitation in der Psychosomatik (S. 441-472). München: Schattauer.
- Spyra, K., Erhart, M., Müller-Fahrnow, W., & Rieger, J. (2006). Das KlinikSpezifische Patienteninventar (KSPI) zur Beurteilung der Leistungen in der somatischen und psychosomatischen/Sucht-Rehabilitation (KSPI-SO/PS). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71, 47-65.
- Steffanowski, A., Nübling, R., Schmidt, J., & Löschmann, C. (2006). Patientenbefragungen in der Medizinischen Rehabilitation – Computergestütztes Routinemonitoring der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 71, 35-46.
- Streibelt, M. & Egner, U. (2012). Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation, 51, 398-404. doi:10.1055/s-0031-1291283
- Streibelt, M. & Egner, U. (2013). Eine systematische Übersichtsarbeit zu den Einflussfaktoren auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. Die Rehabilitation, 52, 111-118. doi:10.1055/s-0032-1323670
- Toepler, E., Kaiser, U., Kaluscha, R., Martin, H., Müller, G., Renzland, J., Kriz, D., Schmidt, J., & Nübling, R. (2016). Zum Zusammenhang zwischen internem Qualitätsmanagement und Reha-Outcome – Konsequenzen der Reha-QM-Outcome Studie. DRV-Schriften Band 109. Berlin: DRV Bund, S. 99-101.
- Toepler, E., Kaluscha, R., Nübling, R., Kaiser, U., Kriz, D., Renzland, J., Reuss-Borst, M., Müller, G., Martin, H., Krischak, G., & Schmidt, J. (2015). Effekte internen Qualitätsmanagements – Ergebnisse der „Reha-QM-Outcome-Studie“ des Qualitätsverbands Gesundheit und der DRV Baden-Württemberg. DRV-Schriften, Band 107. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund, S. 130-132.
- Toepler, E., Nübling, R., Kaluscha, R., Kaiser, U., Krischak, G., Kriz, D., & Schmidt, J. (2018). Reha-QM-Outcome Studie II - Entwicklung eines Reha-Outcome-Index als Element der Belegungssteuerung und Instrument eines qualitätsorientierten Benchmarkings für die stationäre Rehabilitation – Studienprotokoll. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/project/Reha-QM-Outcome-Studie-II-Requamo-II> [20.06.2018]
- US Food and Drug Administration (2009). Guidance for Industry: Patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims. Verfügbar unter: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/20GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM193282.pdf> [15.02.2016]
- Valderas, J. M. & Alonso, J. (2008). Patient reported outcome measures: A model-based classification system for research and clinical practice. Quality of Life Research, 17, 1125-1135. doi:10.1007/s11136-008-9396-4
- Valderas, J. M., Kotzeva, A., Espallargues, M., Guyatt, G., Ferrans, C. E., Halyard, V., Revicki, D. A., Symonds, T., Parada, A., & Alonso, J. (2008). The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: A systematic review of the literature. Quality of Life Research, 17, 179-193. doi:10.1007/s11136-007-9295-0
- Weldring, T. & Smith, S. M. (2013). Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). Health Services Insights, 6, 61-68. doi:10.4137/HSI.S11093
- Widera, T. (2010). Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell 3, Heft 4, 153-159.
- Widera, T. & Beckmann, U. (2015). Qualität der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. In G. Schmid-Ott, S. Wiegand-Grefe, C. Jacobi, G. H. Paar, R. Meermann & F. Lamprecht (Hrsg.), Rehabilitation in der Psychosomatik (S. 473-492). München: Schattauer.
- Widera, T. & Grünbeck, P. (2010). Was hat die Adjustierung gebracht? DRV-Schriften Nr. 77. Berlin: DRV Bund. S. 66-69.
- Wintner, L., Giesinger, J., Kemmler, G., Sztankay, M., Oberguggenberger, A., Gamper, E.-M., Sperner-Unterweger, B., & Holzner, B. (2012). Verwendung und Nutzen von Patient-Reported Outcomes in der onkologischen Behandlung: eine Übersicht. Wiener Klinische Wochenschrift, 124, 293-303. <https://doi.org/10.1007/s00508-012-0168-3>
- Wirtz, M. A. (Hrsg.) Unter Mitarbeit von Janina Strohmer. (2017). Dorsch - Lexikon der Psychologie. Bern: Hogrefe Verlag.

Dr. Rüdiger Nübling

GfQG – Gesellschaft für Qualität im Gesundheitswesen
Wendtstr. 1
76185 Karlsruhe
nuebling@gfqq.de
www.gfqq.de