

Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation

H. Klosterhuis

Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

Zusammenfassung

Die Deutsche Rentenversicherung entwickelte in den letzten Jahrzehnten ein differenziertes Programm der Qualitätssicherung, das in die Routinepraxis implementiert wurde. Mit unterschiedlichen Instrumenten und Verfahren wird eine Reihe von Qualitätsaspekten der rehabilitativen Versorgung in den Reha-Einrichtungen abgebildet und bewertet. Dabei geht es sowohl um die Struktur und Organisation in der Reha-Einrichtung als auch um die Versorgungsqualität aus Rehabilitandensicht. Insgesamt überwiegen deutlich die positiven Ergebnisse, es ergeben sich aber große Unterschiede in der Qualität zwischen den einzelnen Reha-Einrichtungen. Das Programm ist konzipiert für einen möglichst kontinuierlichen Prozess der Berichterstattung zu Qualitätsfragen für die Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträger. Aktuell wird die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung um ein neues Element erweitert. Auf der Basis der routinemäßig dokumentierten therapeutischen Leistungen werden detaillierte Anforderungen an die rehabilitative Versorgung in den Reha-Einrichtungen formuliert und empirisch überprüft. Damit wird es möglich, die verstärkte Anwendung evidenzbasierter Verfahren und Methoden in der Rehabilitation zu unterstützen und die Reha-Qualität dadurch insgesamt in diesem Versorgungsbereich zu verbessern.

Schlüsselwörter: Rehabilitation, Qualitätssicherung, Rehabilitandenbefragung, Peer Review, Reha-Therapiestandards

Aktueller Stand der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung entwickelt bereits seit über 15 Jahren Instrumente und Verfahren zur Reha-Qualitätssicherung und implementiert sie schrittweise. Dieses Programm der Reha-Qualitätssicherung hat als wesentliche Zielstellung eine auf die Rehabilitanden bezogene Qualitätsverbesserung, eine höhere Transparenz des Leistungsgeschehens, eine stärkere Orientierung am Ergebnis der rehabilitativen Behandlung und eine Verknüpfung mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement [6, 8]. Für jeden Versicherten der Rentenversicherung soll sichergestellt werden, dass er in den Reha-Einrichtungen, die von der Rentenversicherung belegt werden, einen vergleichbaren Qualitätsstandard vorfindet. Die Reha-Qualitätssicherung stützt sich wesentlich auf eine umfassende Dokumentation der Rehabilitation. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf die Dokumentation im ärztlichen Reha-Entlassungsbericht [3], in dem wichtige Informationen enthalten sind, aber auch auf die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [2]. Mithilfe dieser Klassifikation werden die während der Rehabilitation durchgeführten therapeutischen Leistungen von den Reha-Einrichtungen dokumentiert. Die Reha-Qualitätssicherung soll durch einen

kontinuierlichen Prozess der Erfassung, Auswertung, Rückmeldung und Berichterstattung von Qualitätsdaten an die Reha-Einrichtungen Möglichkeiten bieten, Qualitätsergebnisse kontinuierlich einzuschätzen, zu bewerten und zu Verbesserungen beizutragen.

Inhaltlich versucht die Reha-Qualitätssicherung, eine Reihe von unterschiedlichen Qualitätsaspekten abzubilden und zu bewerten. So gibt es Instrumente, die sich auf die Behandlungsqualität im engeren Sinne beziehen, wie das Peer-Review-Verfahren oder auch die Reha-Therapiestandards. Aber auch die Struktur der Leistungserbringung der Rehabilitation, die durch die KTL-Daten abgebildet und bewertet werden, wird als Qualitätsindikator gewertet. Aus Sicht der Patienten wird mithilfe einer kontinuierlichen Rehabilitandenbefragung die Qualität der Behandlung erhoben. Dabei geht es vor allem um die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit verschiedenen Aspekten der Behandlung, aber auch um seine subjektive Einschätzung des Behandlungsergebnisses. Des Weiteren wird auch die Qualität der Struktur der Reha-Einrichtungen und ihrer Organisation, d.h. die räumliche, sächliche und personelle Ausstattung der Reha-Einrichtung, im Rahmen einer Strukturhebung analysiert. Die Rentenversicherung hat sich kürzlich auf einheitliche Anforderungen zur Struktur von stationären Reha-Einrichtungen verständigt [4].

Zur zusammenfassenden Bewertung dieser Qualitätsergebnisse ist ein Konzept zur Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen entwickelt worden, bei dem die Qualitätsergebnisse der einzelnen Instrumente in ein System von einheitlichen Qualitätspunkten umgerechnet werden. Ein weiteres eigenständiges Qualitätssicherungsinstrument sind Visitationen, die als Qualitätssicherung vor Ort anzusehen sind, bei denen eine Integration unterschiedlicher Instrumente der Qualitätssicherung geleistet wird. Diese Eindrücke werden mit den Leitungen der Reha-Einrichtungen ausgetauscht. Zusätzlich zu diesen qualitätsbezogenen Daten werden von der Rentenversicherung auch weitere Routinedaten aufbereitet und den Reha-Einrichtungen zurückgemeldet. Dazu zählen beispielsweise Angaben zur Rehabilitandenstruktur, die soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale für die Rehabilitanden einer Einrichtung abbilden. Mit den Auswertungen des sozialmedizinischen Verlaufes nach einer medizinischen Rehabilitation kann nachvollzogen werden, ob die versorgten Rehabilitanden in einem Zeitraum von zwei Jahren im Erwerbsleben verbleiben konnten oder durch Berentung oder Tod aus dem Erwerbsleben ausscheiden mussten [9].

Rehabilitandenbefragung – wie urteilen die Rehabilitanden?

Im Gesundheitswesen sind Befragungen der Patienten zu ihrer Einschätzung der Behandlung ein übliches Instrument der Qualitätssicherung [5]. In der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung werden ebenfalls schon seit vielen Jahren regelmäßig Rehabilitandenbefragungen durchgeführt [14]. Die Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung in den letzten Jahren konzentrierte sich auf die Kürzung und Straffung der verwendeten Fragebögen, um einen möglichst hohen Rücklauf sicherzustellen. Die postalische Befragung der Rehabilitanden wird in der Rentenversicherung kontinuierlich durchgeführt, es wird monatlich eine geschichtete Stichprobe von etwa 20 Rehabilitanden pro Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt und zwei bis drei Monate nach Rehabilitation angeschrieben. An diesem Verfahren sind über 1.000 stationäre und ambulante Reha-Einrichtungen beteiligt. Die aufbereiteten Rückmeldungen der Daten werden sowohl den Reha-Einrichtungen als auch den federführenden RV-Trägern zur Verfügung gestellt. Größenordnungsmäßig werden pro Jahr etwa 100.000 Fragebögen verarbeitet. Die Berichte zur Rehabilitandenbefragung sind einrichtungsvergleichend aufgebaut und stellen die Einrichtungsergebnisse den Auswertungen der Indikationsgruppe gegenüber.

Generell fällt die Beurteilung der Versorgung der Rehabilitanden sehr positiv aus (Abb. 1). Es gibt allerdings spezifische Bereiche wie die Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation und auch die Abstimmung von Reha-Plan und -zielen mit den Patienten, bei denen negative Urteile deutlich werden.

Rehabilitation treatment standards and quality assurance in rehabilitation

H. Klosterhuis

Abstract

Over the last decades the German pension insurance has developed a sophisticated quality assurance programme which has been implemented into routine practice. Using various instruments and methods a great many of quality aspects of rehabilitative care in rehabilitation centres are represented and assessed. This comprises structure and organisation within the rehabilitation centres as well as quality of care from the patients' perspective. Overall, positive results predominate, however there are significant differences in quality between centres. The programme is designed to provide a continuous coverage of questions relating to quality for rehabilitation centres and pension insurance carriers. At present, quality assurance in rehabilitation is complemented by a new item. Based on routinely documented therapeutic treatments detailed requirements for rehabilitative care are defined and empirically assessed. This allows to support an increase in the use of evidence-based treatments and methods in medical rehabilitation and at the same time to improve rehabilitation quality in this health care sector.

Keywords: rehabilitation, quality assurance, patient survey, peer review, rehabilitation treatment standards

Neurol Rehabil 2011; 17 (3): 152 – 156
© Hippocampus Verlag 2011

Gerade das letzte Ergebnis hat zu weiteren Überlegungen und Projekten geführt, um mit konkreten Hinweisen die Reha-Einrichtungen zu befähigen, diese Versorgungsbereiche zu optimieren [11, 12]. Generell finden sich für alle Aspekte der Rehabilitandenbewertung deutliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen. Diese Unterschiede sind Anknüpfungspunkte für die Qualitätssicherung, um Verbesserungen zu erreichen. Die Differenzierung der Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung wird deutlich, wenn die verschiedenen Fragebogentypen betrachtet werden. Aus den ursprünglich zwei indikationsbezogenen Fragebogentypen sind mittlerweile

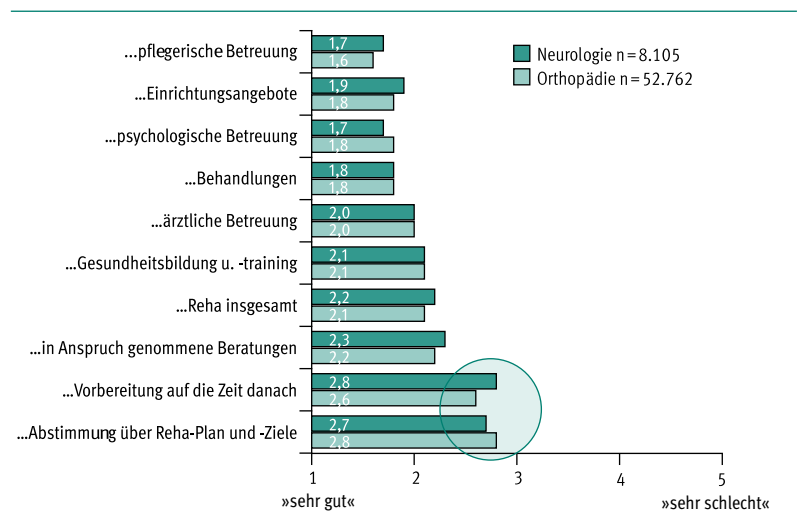


Abb. 1: Rehabilitandenbefragung Somatik – Bericht 2010 Beurteilung von Behandlungen (Quelle: Rehabilitandenbefragung 2. HJ 2008, 2009)

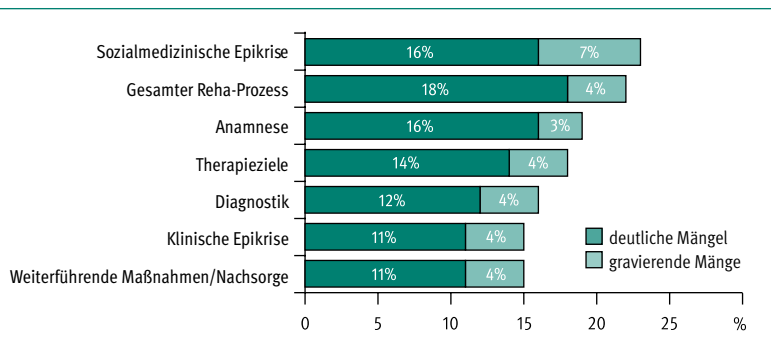


Abb. 2: Peer Review, Bericht 2010 – Neurologie, n = 66 Einrichtungen, 1.104 Fälle (Quelle: Reha 08/08 – 10/08)

insgesamt sechs verschiedene Fragebögen geworden, die sukzessive entwickelt und eingesetzt werden. Die Rehabilitandenbefragung ist als ein wichtiges Instrument der Reha-Qualitätssicherung etabliert. Sie wird an die verschiedenen qualitativen Reha-Versorgungsbereiche angepasst.

Peer Review – wie bewerten Experten die Reha-Prozesse?

Das Peer Review ist ein umfassendes, aufwendiges Qualitätssicherungsverfahren, mit dem die Prozessqualität in den von der Deutschen Rentenversicherung belegten Reha-Einrichtungen in etwa zweijährigen Intervallen beurteilt wird [1]. Das Verfahren basiert auf der Begutachtung von Reha-Verläufen durch praktisch tätige, leitende Reha-Mediziner, die systematisch für ihre Tätigkeit geschult werden. Es werden Reha-Prozesse als Einzelfälle auf der Grundlage von anonymisierten Reha-Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen mithilfe eines detaillierten Manuals bewertet. Die Deutsche Rentenversicherung sieht die mittlerweile über 2.000 geschulten Peers als wichtige Multiplikatoren in den Reha-Einrichtungen auch für Fragen der Reha-Qualitätssicherung an. Deshalb veranstaltet sie jährlich zusätzlich einen Informationsaustausch mit den Peers über aktuelle Fragen der Reha-Qualitätssicherung. Insgesamt wurden beispielsweise im aktuellen Peer-Review-Verfah-

Item	Merkmal	Anteil grav. Mängel
B 6.5	Aussagen z. Übereinstimmung v. Beschwerden u. erh. Befunden	26 %
E 10.1.3	Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben	24 %
A 2.3	Krankheitsverständnis und Informationsstand des Patienten, Krankheitsverarbeitung	19 %
A 2.2.2	Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe im Beruf	20 %
D 9.1.2	Patientenselbsteinschätzung	17 %
E 10.5	Sozialmedizinische Beurteilung plausibel	16 %
C 7.1	Individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt	16 %

Tab. 1: Gravierende Mängel in den Entlassungsberichten (Neurologie) – Bericht 2010 (Quelle: Reha 08/08 – 10/08, n = 66 Einrichtungen, 1.104 Fälle)

ren »Psychosomatik, Sucht« knapp 7.000 Reha-Entlassungsberichte aus 343 stationären und 18 ambulanten Reha-Einrichtungen beurteilt. Die Bewertungsunterlagen wurden von 268 Peers mit hohem Engagement und einem erheblichen zeitlichen Aufwand bearbeitet (Abb. 2).

Die Reha-Einrichtungen haben bereits in früheren Peer-Review-Verfahren ein hohes Qualitätsniveau gezeigt. Dieser Trend setzt sich mit Einschränkungen aktuell fort. Eher selten monieren die Gutachter gravierende Mängel in den Reha-Entlassungsberichten. Dabei ist generell die einrichtungsbezogene Verteilung der Qualitätspunkte recht homogen, fast 80 % aller Reha-Einrichtungen haben zwischen 60 und 80 Qualitätspunkten, liegen also in einem ähnlichen Qualitätsbereich.

Um die Probleme im Rehabilitationsprozess in der jeweiligen Reha-Einrichtung deutlich zu machen, liegt der Schwerpunkt der Berichterstattung auf der Darstellung der deutlichen und gravierenden Mängel. Der Anteil dieser Mängelkategorien lag bei den wesentlichen Bereichen des Reha-Prozesses in den letzten Jahren in der Regel nicht über 20 %. Insgesamt hat sich in den letzten Jahren ein erfreulicher Trend der Verbesserung der Peer-Review-Ergebnisse abgezeichnet. Weiterhin bleiben aber bestimmte Teile des Reha-Prozesses problematisch, die sich auf die Selbsteinschätzung des Patienten und auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten beziehen. Dies umfasst beispielsweise die mangelnde Berücksichtigung der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zur Teilhabe am Arbeitsleben und zu seiner alltagsbezogenen Situation.

Hinter den Durchschnittswerten der Beurteilung der Reha-Prozesse verbergen sich große Einrichtungsunterschiede. Es existiert weiterhin ein erheblicher Anteil von Reha-Einrichtungen, die bei wichtigen Bestandteilen des Reha-Prozesses von den Peers durchgängig kritisch bewertet werden. Hier bleibt es ein wichtiges Aufgabefeld der RV-Träger und Reha-Einrichtungen, im Rahmen eines fachlichen Austausches bei Visitationen etc. diesen kritisch bewerteten Einrichtungen den Anschluss an die gute Prozessqualität der großen Mehrzahl der Reha-Einrichtungen zu ermöglichen.

Erstmals konnten die Gutachter bei dem aktuellen Peer Review bei deutlichen und gravierenden Mängeln einzelner Bereiche vorformulierte Texte ankreuzen, die die zu kritisierende Problematik erläutern sollen. Diese Texte sind im Rahmen eines Expertenkonsenses erarbeitet worden. Diese Begründungen für kritische Einschätzungen ihrer Reha-Abläufe werden jeder Einrichtung zurückgemeldet. Ziel ist es, den Reha-Einrichtungen in den Rückmeldungen zum Peer Review mehr konkrete und unmittelbar umsetzbare Hinweise für Prozessoptimierungen zu geben. Dieser Wunsch wurde von den Reha-Einrichtungen immer wieder geäußert. In beiden Indikationen wurde beispielsweise am häufigsten im Bereich »Klinische Epikrise« ein nicht nachvollziehbarer Bezug zwischen den Beeinträchtigungen des Patienten, den daraus resultierenden individuellen Reha-Zielen und dem Reha-Ergebnis kritisiert. Wie bereits auf der Merk-

malsebene werden hier Schwachstellen einer patientenorientierten Prozessgestaltung deutlich, die die subjektive Wahrnehmung des Patienten nicht ausreichend aufnimmt und berücksichtigt.

Passend zu dieser Entwicklung werden einzelne patientenorientierte Merkmale, die einen klaren Bezug zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung aufweisen, eher schlecht beurteilt (Tab. 1). Hier werden Defizite deutlich, die zukünftiges Handeln im Rahmen von Qualitätsmanagementaktivitäten beeinflussen sollten.

Reha-Therapiestandards – evidenzbasiert rehabilitieren?

Die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung stützt sich im großen Maße auf bereits existierende Routinedaten [13]. Dies hat den Vorteil, dass weitreichende und stabile Datengrundlagen für inhaltliche Fragestellungen bestehen. Die Entwicklung und Einführung von indikationsspezifischen Vorgaben für die Therapieleistungen in der medizinischen Rehabilitation (Reha-Therapiestandards) ist in den zurückgehenden Jahren ein neues Element der Reha-Qualitätssicherung gewesen [7]. Mithilfe der in der Routine dokumentierten therapeutischen Leistungen der Einrichtungen ist es möglich, inhaltliche Vorgaben nicht nur zu formulieren, sondern sie auch empirisch zu überprüfen (Tab. 2).

Damit ergeben sich neue Möglichkeiten, die Reha-Einrichtungen auf die Therapievorgaben aufmerksam zu machen und eine inhaltliche Diskussion bei der Implementierung der Reha-Therapiestandards zu führen. Für mehrere Indikationen (Alkoholabhängigkeit, koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Schlaganfall, Kinder- und Jugendlichen-Reha, Hüft- und Knie-TEP und depressive Störungen) sind in einem intensiven Diskussionsprozess mit Experten der Rentenversicherung, den Reha-Einrichtungen und wissenschaftlichen Instituten Standards für die Erbringung therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation entwickelt und eingeführt worden.

Die Rentenversicherung hat die Notwendigkeit solcher inhaltlichen Vorgaben damit begründet, dass sich zurzeit die Leistungserbringung zwischen den Reha-Einrichtungen bei ähnlichen Rehabilitanden in einer Weise unterscheidet, die kaum durch unterschiedliche Konzepte etc. erklärt werden kann. Die Reha-Therapiestandards sind schrittweise entwickelt und eingeführt worden und sind in ihren Anforderungen bewusst so gewählt worden, dass die Reha-Einrichtungen in jedem Fall Spielräume für eine möglichst individuelle Therapiegestaltung, die natürlich auch Komorbidität etc. berücksichtigen muss, möglich macht. Die aktuellen Ergebnisse in den einzelnen Indikationen sind gekennzeichnet von erheblichen Abweichungen zwischen den Anforderungen der Reha-Leitlinien und der aktuell feststellbaren Versorgungssituation (Abb. 3).

Dies gilt auch für die Reha-Therapiestandards Schlaganfall. Es stellt sich die Frage, warum diese starken Abweichungen von den Anforderungen gegeben sind.

Mindestanforderung: Dauer pro Woche: mind. 180 Minuten

**Tabelle 1 (ETM 01a):
Bewegungstherapie**

geforderter Mindestanteil: 80 %

Rehabilitanden nach Erfüllung der Mindestanforderungen, Leistungshäufigkeiten und -dauern n = 10.247

	Anzahl	Anzahl	Leist.	Minuten	Leist.	Minuten
				pro Woche	pro Reha	
Mindestanforderung				180		
Rehabilitanden ...						
... ohne Leistungen des ETM	16	0%				
... mit Leistungen, die unterhalb von 2/3 der Mindestanforderung liegen	268	3%	4,6	140	20,9	642
... mit Leistungen, die die Mindestanforderung mindestens zu 2/3 erfüllen	612	6%	5,5	155	24,6	696
... mit Leistungen, die die Mindestanforderung vollständig erfüllen	9.351	91%	13,4	423	57,8	1.829

Tab. 2: Rehabilitanden nach Erfüllung der Mindestanforderungen, Leistungshäufigkeiten und -dauern

Die bei jeder Implementierungsphase mit durchgeführte Befragung der Reha-Kliniker zu ihrer Einschätzung der Reha-Therapiestandards und zu den Möglichkeiten, diese auch umzusetzen, wird ein Stück weit diese Frage mit beantworten können. Denkbar ist, dass bisher die Dokumentation der therapeutischen Leistungen nicht mit der Sorgfalt und Präzision erfolgte, wie sie prinzipiell erforderlich ist. Denkbar ist auch, dass die Vorgaben zum Teil durch zu hohe Anforderungen einzelner Expertengruppen geprägt sind. Im weiteren Verlauf wird die Entwicklung der Ergebnisse in Bezug auf die Therapiestandards weiter verfolgt. Indikationen, für die schon seit längerem Reha-Therapiestandards in der Qualitätssicherung integriert sind [10], zeigen, dass durchaus eine kontinuierliche Verbesserung der Ergebnisse der Reha-Einrichtungen in Bezug auf diesen Qualitätsindikator zu verzeichnen ist.

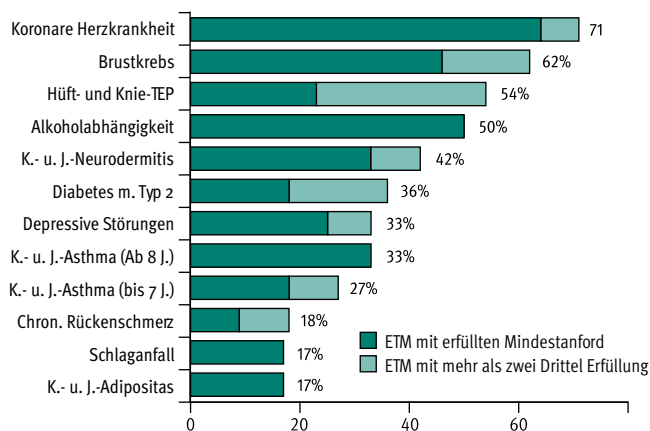


Abb. 3: RTS Versorgungsqualität nach Indikation – 2008 Anteil der erfüllten ETM (Quelle: RYD 2008)

Fazit

Die Deutsche Rentenversicherung hat in den letzten 20 Jahren ein umfassendes und differenziertes Programm der Reha-Qualitätssicherung konzipiert und in eine Routinepraxis überführt. Mit unterschiedlichen Instrumenten und Verfahren wird eine Reihe von Qualitätsaspekten der medizinischen Rehabilitation dargestellt und bewertet. Dabei geht es sowohl um die Struktur und Organisation von Reha-Einrichtungen als auch um die Qualität aus Rehabilitandensicht. Das QS-Programm der Rentenversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass in starkem Maße auf Routinedaten der Reha-Einrichtungen und der Reha-Träger zurückgegriffen wird. Die Ergebnisse belegen ein durchgängig hohes Qualitätsniveau. Generell sind allerdings erhebliche Unterschiede in der Qualität der Leistungserbringung zwischen den einzelnen Reha-Einrichtungen zu verzeichnen. Dies verweist weiterhin auf die Notwendigkeit einrichtungsbezogener Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist in einem kontinuierlichen Prozess der Qualitätsberichterstattung für die RV-Träger und die Reha-Einrichtungen eingebunden. So sollen gezielt Verbesserungen der Qualität ermöglicht werden. Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung werden weiterentwickelt, außerdem wird der Anwendungsbereich der Instrumente und Verfahren erweitert. Dies bedeutet beispielsweise, dass die Reha-Qualitätssicherung mittlerweile auch auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt wurde und die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ebenfalls in die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen einbezogen wird.

Literatur

1. Baumgarten E, Klosterhuis H. Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. *RVaktuell* 2007; 54 (5): 152-154.
2. Bitzer E M, Dörning H, Beckmann U, Somhammer B, Zander J, Klosterhuis H. Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell* 2006; 53 (09/10): 398-406.
3. Deutsche Rentenversicherung Bund. Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2009.
4. Deutsche Rentenversicherung. Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – Stationäre medizinische Reha-Einrichtungen 2010. DRV Bund (Hrsg.)
5. Glattacker M, Jäckel WH. Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. *Gesundheitswesen* 2007; 69: 277-283.
6. Klosterhuis H. Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. *RVaktuell* 2010; 57 (8): 260-268.
7. Klosterhuis H. Welchen Beitrag zur Verbesserung der Suchtbehandlung leistet die Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung? *Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V.* 2008; 31: 30-40.
8. Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U, Erbstößer S, Lindow B, Naumann B, Widera T, Zander J. Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *Rehabilitation* 2010; 49: 356-367.

9. Klosterhuis H, Zollmann P, Grünbeck P. Verlauforientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. *Deutsche Rentenversicherung* 2004; 59 (5): 287-296.
10. Lindow B, Kranzmann A, Klosterhuis H. Aktuelles zur Qualität der Sucht-Rehabilitation – wie groß sind die Einrichtungsunterschiede? *Sucht aktuell* 2011; 18 (1): 6-14.
11. Meyer Th, Brüggemann S, Widera T. Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. *RVaktuell* 2008; 55 (3): 94-99.
12. Meyer Th, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H. Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation 2008. Jacobs-Verlag. ISBN: 978-3-89918-166-1.
13. Rehfeld U, Klosterhuis H. Daten der Rentenversicherung (RV) für Sekundäranalysen zur Erwerbstätigkeit, Alterssicherung, Rehabilitation und Berentung. In: Swart E, Ihle P (Hrsg). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Reihe Gesundheitswissenschaften, Huber Verlag 2005, 149-165. ISBN 3-456-84237-6.
14. Widera T, Klosterhuis H. Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. *RVaktuell* 2007; 54 (6): 177-182.

Korrespondenzadresse:

Dr. Here Klosterhuis
 Leiter des Bereichs 0430 – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 10704 Berlin
 E-Mail: dr.med.here.klosterhuis@drv-bund.de