

Inhaltsverzeichnis

1.	MANAGEMENT SUMMARY	4
2.	EINFÜHRUNG	9
3.	METHODIK DER VERSICHERTENBEFRAGUNG	12
3.1	Fragebogenentwicklung (Vorbereitungsphase des Projekts).....	12
3.2	Durchführung der Befragung	15
3.3	Methoden der Auswertung	16
4.	ERGEBNISSE DER VERSICHERTENBEFRAGUNG	19
4.1.	Beschreibung der Stichprobe (Angaben zur Person).....	19
4.1.1	Rücklauf.....	19
4.1.2	Erwachsene Versicherte.....	20
4.1.3	Kinder und Jugendliche	21
4.2.	Deskriptive Ergebnisse.....	23
4.2.1.	Ergebnisse der Befragung der erwachsenen Versicherten.....	23
4.2.1.1	Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in.....	23
4.2.1.2	Planung der Rehabilitation	25
4.2.1.3	Ablauf der Rehabilitation	27
4.2.1.4	Zielerreichung	28
4.2.1.5	Gesamtzufriedenheit.....	29
4.2.2	Ergebnisse der Befragung der Erziehungsberechtigten (Kindern und Jugendlichen)	30
4.2.2.1	Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in.....	30
4.2.2.2	Planung der Rehabilitation	32
4.2.2.3	Ablauf der Rehabilitation	34
4.2.2.4	Zielerreichung	35
4.2.2.5	Gesamtzufriedenheit.....	36
4.3	Zusammenhangsanalysen (erwachsene Versicherte)	37
4.3.1	Zusammenhänge auf der Ebene der Dimensionen (Kreuztabellen)	37
4.3.1.1	Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in.....	38
4.3.1.2	Planung und Einbindung in die Rehabilitation	40
4.3.1.3	Ablauf der Rehabilitation	42
4.3.1.4	Fazit der Zusammenhänge auf dimensionaler Ebene.....	43
4.3.2	Zusammenhänge zwischen den Qualitäts- und Zielfaktoren auf Ebene der Einzelitems (Korrelationsmatrix)	44
4.3.2.1	Bivariate Rangkorrelation nach Spearman Rho	44
4.3.2.2	Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Zufriedenheit	47
4.3.2.3	Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Weiterempfehlung	48
4.3.2.4	Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Zielerreichung	49
4.3.2.5	Zusammenfassung der Korrelationsanalysen auf Ebene des Einzelitems	51
4.3.3	Zusammenhänge zwischen den einzelnen Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements .	52
4.3.3.1	Kontaktaufnahme der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers nach dem Unfall.....	52
4.3.3.2	Festlegung von Zielen	53
4.3.3.3	Beteiligung an der Planung	56
4.3.3.4	Reha-Plan	57
4.3.3.5	Zusammenarbeit Ärzteschaft und Therapeuten /Therapeutinnen.....	61
4.3.3.6	Fazit zu Zusammenhängen einzelner Qualitätsfaktoren zueinander	61
4.3.4	Zusammenhänge zwischen Strukturvariablen und Ergebnissen des Reha-Managements..	62
4.3.4.1	Geschlecht, Alter, Art der Tätigkeit (Berufsgruppen) und Ablehnung von Leistungen.....	62
4.3.4.2	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	67

5.	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	71
5.1	Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in.....	71
5.2	Planung der Rehabilitation	72
5.3	Ablauf der Rehabilitation	74
5.4	Zielerreichung	75
5.5	Gesamtzufriedenheit	76
5.6	Zusammenfassung	77
6.	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....	79
7.	AUSBLICK	81
7.1	Versichertenbefragung als Merkmal der Qualitätssicherung	81
7.2	Zukünftige Befragungen	82
8.	ANHANG	85

1. Management Summary

Zielsetzung:

Die Versichertenbefragung hatte als Ziel, die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Reha-Management und dem Rehabilitationsprozess im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung festzustellen. Außerdem sollten neutral und ergebnisoffen einige wichtige Kriterien des Handlungsleitfadens zum DGUV-weiten Reha-Management abgefragt werden, um dessen Inhalte zu überprüfen. Gleichzeitig war mit der Befragung die Erwartung verbunden, die Effektivität und den Erfolg des Reha-Managements nachzuweisen.

Die Versichertenbefragung ist damit ein Teil der Qualitätssicherung im Rehabilitations- und Teilhabebereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Zum Fragebogen:

Die eingesetzten Fragebögen wurden von einer Projektgruppe unter Leitung des Referates Teilhabe/Reha-Management der DGUV und des Instituts für Arbeits- und Gesundheitsschutz erarbeitet. Beteiligt waren zudem Vertreter der UV-Träger der öffentlichen Hand und der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Vertreter der Bereiche Statistik und Benchmarking der DGUV sowie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Die Fragebögen wurden auf breiter Ebene diskutiert, auch mit Versicherten und Reha-Managern/innen, und einem Pre-Test unterzogen.

Befragt wurden die Versicherten, deren Reha-Management im Zeitraum vom 01.08.2015 bis 31.07.2017 endete (= Eingang der Rückläufe bis 31.08.2017).

Für das Reha-Management bei Kindern (Befragung der Eltern/ Erziehungsberechtigten) und für das Reha-Management von Erwachsenen wurden zwei getrennte, aber sehr ähnliche Fragebögen mit 32 Fragen eingesetzt.

Die Fragebögen sollten die Dimensionen „Kontakt“, „Kompetenz“, „Transparenz“, „Schnittstellenmanagement“, „Zielerreichung“, „Information“, „Beteiligung“, „Zeitpunkt/Verlauf“, „Passgenauigkeit“, „Zielorientierung“, „Persönliche Angaben“ und „Gesamtbewertung“ erfassen.

Hierfür gab es die folgenden 6 Fragenkomplexe:

- Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager
- Planung der Rehabilitation
- Ablauf der Rehabilitation
- Zielerreichung
- Gesamtzufriedenheit
- Angaben zur Person

Die Antwortskala umfasste eine 4'er Skala (*trifft vollständig zu, trifft zu, trifft teilweise zu, trifft gar nicht zu*) und einige wenige Ja-/Nein-Antworten.

Vorgehensweise:

Das Projekt wurde, wie das Projekt zuvor, vom Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV geleitet, die wissenschaftliche Begleitung übernahm erneut das IAG. Zudem erfolgte die Projektbegleitung durch eine Projektgruppe, in der alle beteiligten Träger vertreten waren. Hier wirkten außerdem erneut Vertreter/innen der Bereiche Statistik und Benchmarking der DGUV sowie der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg mit.

Um zu einem aussagefähigen Ergebnis zu gelangen, wurden alle Versicherten, die an einem Reha-Management eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers teilgenommen haben, in die Befragung einbezogen. Eine umfangreiche Anonymisierung und eine externe Datenauswertung (durch das IAG) gewährleisteten, dass keine persönlichen Daten der Versicherten erfasst wurden und keine Rückschlüsse auf die Person des Reha-Managers bzw. der Reha-Managerin möglich waren.

Die Aufbereitung der Daten und deren Auswertung übernahm das IAG. Hierzu wurden Konzepte für vertiefende Analysen durch eine Kleingruppe erarbeitet.

Neben den deskriptiven Daten erfolgten für den Bereich der Erwachsenen vertiefende Sonderauswertungen. So wurden u. a. Vierfelder-Analysen vorgenommen, in dem die einzelnen Fragebogenkomplexe (1. Zusammenarbeit mit der Reha-Managerin/dem Reha-Manager, 2. Planung der Rehabilitation, 3. Ablauf der Rehabilitation) mit der Gesamtzufriedenheit und auch der Zielerreichung in Zusammenhang gebracht wurden. Aber auch die Einzelfragen dieser Fragenkomplexe (Fragen 1-20) wurden in Beziehung zur Zufriedenheit und Zielerreichung gesetzt.

Ergebnisse:

Rückläufe

Für den Bereich der erwachsenen Versicherten wurden fast 30.000 Fragebögen versandt. Etwa 9.900 Bögen sind zurückgesandt worden, dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 34 %.

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen wurden 500 Fragebögen versandt, hier betrug die

Rücklaufquote nur 22 %. Aufgrund der geringen Fallzahl (109 Fragebögen, die für die Auswertung zur Verfügung standen) erfolgte für diesen Bereich ausschließlich eine deskriptive Datenauswertung.

Angaben zu den erwachsenen Personen

Etwa 22 % der Rückantwortenden sind zwischen 41 und 50 Jahre, fast 40 % zwischen 51 und 60 Jahre und knapp 17 % über 60 Jahre alt.

Arbeitsunfähigkeit bestand bei knapp 32 % der Befragten zwischen 3 und 6 Monaten, bei gut 30 % zwischen 6 und 12 Monaten und mehr als 27 % gaben an, über ein Jahr arbeitsunfähig zu sein. Dies zeigt, dass es sich um komplexe und langwierige Fälle handelte, die einer Begleitung durch das Reha-Management tatsächlich bedurften.

Etwa 46 % der Rückantwortenden waren Arbeiter und gut 42 % Angestellte, gut 33 % waren Frauen, knapp 67 % Männer. Die Antworten von Männern und Frauen weichen nicht wesentlich voneinander ab.

Angaben zu den Kindern und Jugendlichen

Die Befragten gaben an, dass 39 % der Kinder- und Jugendlichen über 14 Jahre alt waren. Knapp 32 % waren 11 – 14 Jahre, ca. 18 % 7 – 10 Jahre und ca. 11 % bis 6 Jahre alt. Knapp 85 Prozent waren zum Zeitpunkt der Befragung Schüler/Schülerinnen an einer allgemeinbildenden Schule. Bei fast 70 % der Befragten lag die Dauer der Schulsportbefreiung des Kindes bzw. des Jugendlichen bei mehr als 12 Wochen.

Auswertungen der Einzelfragen

Die meisten Einzelfragen wurden von 80 % der Antwortenden positiv beantwortet. Damit erfüllt das UV-Reha-Management insgesamt die Erwartungen der Unfallversicherungsträger und viele Forderungen des Bundesteilhabegesetzes. Lediglich in den Zielerreichungsfragen, der Frage nach dem persönlichen Kennen des Reha-Managers/der Reha-Managerin und der Frage nach der Erstellung des Reha-Plans lagen die Positivantworten unter 80 %.

Bei den Kindern und Jugendlichen sind die Einzelergebnisse aufgrund der geringen Fallzahl vorsichtig zu bewerten. Eine direkte Gegenüberstellung mit den Daten der Erwachsenenbefragung ist daher schwierig. Dennoch wurden auch bei den Kindern und Jugendlichen die Einzelfragen überwiegend positiv beantwortet, so z. B. bei der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager/der Reha-Managerin oder bei der Planung der Rehabilitation. Über 80 % der Befragten gaben an, dass die Ziele erreicht wurden.

Im Rahmen der Sonderauswertungen konnten Zusammenhänge einzelner Fragen (= Korrelationen) zur Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit festgestellt werden.

Schwache Zusammenhänge ergaben sich bei den Fragen:

1. Kennen Sie Ihre/n Reha-Manager/in persönlich?
2. Mein/e Reha-Manager/in hat nach meinem Unfall innerhalb eines Monats Kontakt zu mir aufgenommen.
3. Mein/e Reha-Manager/in hat mit mir die Maßnahmen für meinen beruflichen Wiedereinstieg erörtert.
12. Zur Planung meiner Rehabilitation wurde ein Reha-Plan erstellt.

Dagegen zeigten sich mittlere Zusammenhänge bei den Fragen:

4. Mein/e Reha-Manager/in war für mich während meiner gesamten Rehabilitation die zentrale Ansprechperson.
5. Mein/e Reha-Manager/in war für mich da, wenn ich Fragen hatte oder ihn/sie brauchte.
6. Mein/e Reha-Manager/in hat meine Fragen kompetent beantwortet.
7. Mein/e Reha-Manager/in hat bei Auftreten von Problemen oder Schwierigkeiten im Reha-Prozess sofort reagiert.
8. Für meine Rehabilitation sind Ziele festgelegt worden.
10. Ich weiß, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden.
15. Die Maßnahmen sind wie geplant durchgeführt worden.
16. Die Maßnahmen sind zeitnah aufeinander gefolgt.
18. Ich hatte den Eindruck, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten in meiner Rehabilitation gut zusammengearbeitet haben.

Stärkere Zusammenhänge wiesen die folgenden Fragen auf:

9. Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.
13. Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.
14. Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.
17. Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.
19. Die medizinischen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.
20. Die beruflichen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

Auswertungen der Fragenkomplexe

Bei Betrachtung der jeweiligen Fragekomplexe insgesamt mit Bezug zur Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit wies die „Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager/der Reha-Managerin“ einen mittelstarken Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit auf. Der Fragenkomplex

zur „Planung der Rehabilitation“ zeigte sogar einen starken Zusammenhang zur Gesamtzufriedenheit. Im Bereich „Ablauf der Rehabilitation“ war der Zusammenhang zur Zielerreichung mittelstark und zur Gesamtzufriedenheit stark.

Fazit

Es kann festgestellt werden, dass neben einer guten medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die Zusammenarbeit mit der Reha-Managerin/dem Reha-Manager, die Planung sowie der Ablauf der Rehabilitation für die Gesamtzufriedenheit von großer Bedeutung sind. Daneben müssen offenbar, noch mehr als bisher, die soziale Teilhabe und Freizeitziele in den Fokus des Reha-Managements rücken, denn die Antwortenden geben hier bei der Zielerreichung häufiger als bei der körperlichen und beruflichen Zielerreichung an, dass dies kein Reha-Ziel war. Weiterhin sollten bestimmte Kriterien des Reha-Managements nach Leitfaden, wie z. B. die 30-Tage-Frist für die Erstellung des Reha-Plans, differenzierter betrachtet werden, da sie für die Zufriedenheit der Betroffenen eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Handlungsempfehlungen

- Fachliche Kompetenz der Reha-Managerinnen und -Manager beibehalten.
- Den/die Reha-Manager/in als zentrale Ansprechperson für die Versicherten flächendeckend implementieren.
- 30 Tagefrist zur Aktualisierung des Handlungsleitfadens Reha-Management evaluieren.
- Durchführung einer strukturierten Reha-Planung beibehalten.
- Im Reha-Prozess auf Veränderungen flexibel reagieren.
- Reha-Planung findet gemeinsam mit allen Beteiligten (Ärztenschaft, Therapierende, Versicherte und Reha-Manager/innen) statt.
- Die Versicherten können jederzeit ihre persönlichen Vorstellungen und Bedürfnisse in die Reha-Planung einbringen.
- Aktive Koordinierung der geplanten Rehabilitationsmaßnahmen aufrechterhalten.
- Gute Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Therapierenden fördern.
- Information zu beruflichen Maßnahmen empfängergerecht übermitteln.
- Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.
- Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.

2. Einführung

Mit dem Handlungsleitfaden zum Reha-Management hat die gesetzliche Unfallversicherung als erster gesetzlicher Rehabilitationsträger 2010 ein Programm für die Koordination und Steuerung von Rehabilitations- und Heilverfahren verabschiedet.¹ Es gilt für Versicherte, die einen schweren Arbeitsunfall erlitten haben, und sieht die Person des/der Reha-Managers/in als die zentrale, unterstützende und koordinierende Akteurin im Rehabilitationsprozess. Auf Grundlage der Prinzipien des Case Managements wird auf eine bedarfsgerechte, an den Bedürfnissen der Versicherten orientierte, effektive, effiziente und nachhaltige Rehabilitation hingewirkt. Ein zentrales Merkmal des Handlungsleitfadens stellt die Reha-Planung dar. Dazu wird der schriftliche Reha-Plan zusammen mit der versicherten Person und den wichtigsten Leistungserbringern erstellt und regelmäßig fortgeschrieben. Er enthält die Ziel-, Aufgaben- und Zeitplanung, an der sich alle Beteiligten orientieren, und sichert so die effiziente Leistungserbringung über die einzelnen Behandlungsabschnitte hinweg.

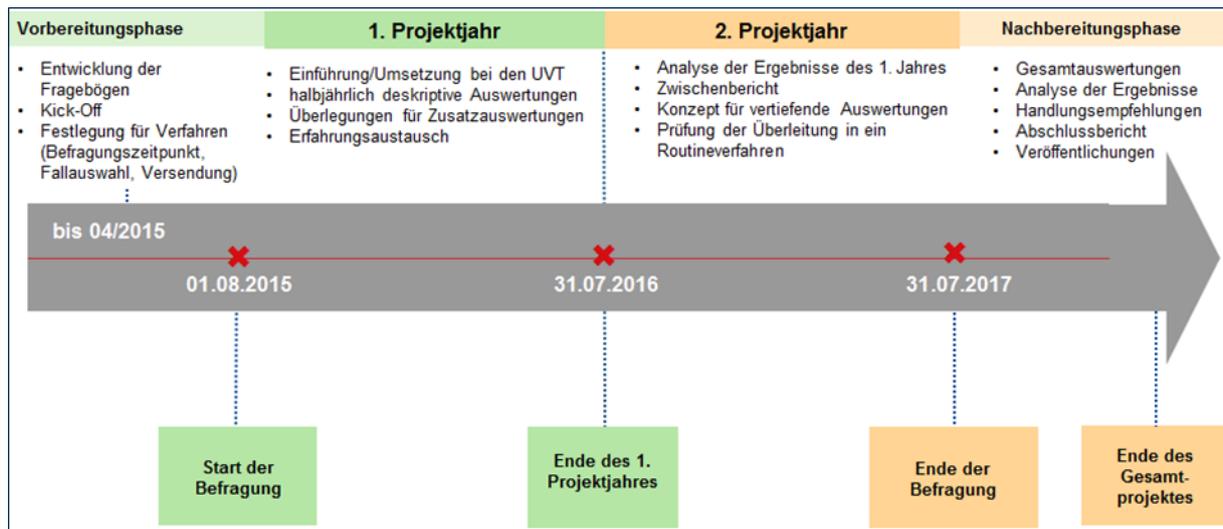
Ziel des Reha-Managements ist es, bei schwierigen Fallkonstellationen durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden, die Versicherte durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

Mit Hilfe einer Versichertenbefragung zum Reha-Management und Reha-Prozess sollte die Zielerreichung aus Versichertensicht überprüft werden. Dazu wurde ein Projekt realisiert, über dessen Ergebnisse in dem vorliegenden Abschlussbericht informiert wird. Ziel dieses Projektes war es, die „Kundenzufriedenheit“ über alle UV-Träger hinweg gleichermaßen abzufragen und die Wirksamkeit des Reha-Managements der Unfallversicherung, in Ergänzung des bereits erfolgten Benchmarking-Projekts „Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“ (Ende Juni 2013²), zu untersuchen. Weiterhin sollten Inhalte und Definitionen des Handlungsleitfadens überprüft, Ansatzpunkte für die Verbesserung des Reha-Managements identifiziert und eine Grundlage für eine dauerhafte Qualitätssicherung gelegt werden.

¹ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden, Berlin 2010 (**Anlage 1**).

² Benchmarkingprojekt (<https://uv-net.dguv.de/finco/benchmarking/projekte/abgeschlossene-projekte/index.jsp>)

Die Befragung erfolgte in der Zeit vom 01.08.2015 bis 31.07.2017 (Projektkernzeit). Die Projektphasen gehen aus der folgenden Darstellung hervor:



Zeitstrahl

Die Leitung des Projektes erfolgte durch das Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV - Doris Habekost -. Als Lenkungsgruppe fungierte der Ausschuss Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV. Zur Planung und Durchführung wurde eine Projektgruppe eingesetzt, in der alle beteiligten Unfallversicherungsträger vertreten waren, (Mitgliederverzeichnis der Projektgruppe s. Anlage 2). Aus der Gesamtgruppe wurde eine Kleingruppe gebildet, die Vorschläge für vertiefende Analysen und Auswertungen erarbeitete (Mitgliederverzeichnis s. Anlage 3). Für die wissenschaftliche Begleitung und Durchführung konnte mit dem Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) ein Institut mit umfangreicher Erfahrung in der Erhebung und Verarbeitung von Befragungsdaten gewonnen werden. Die konkrete Ausführung und Verantwortung oblag hier Dr. Nicola Schmidt. Die Hochschule Bonn-Rhein-Sieg hat die Projektleitung, das IAG und die Gesamtgruppe wissenschaftlich beraten. Die statistische Beratung erfolgte vom Bereich Statistik der DGUV. Außerdem erfolgte eine regelmäßige Berichterstattung im Grundsatzausschuss Rehabilitation des Vorstandes.

In mehreren Workshops wurde zuvor der Fragebogen gemeinsam von der DGUV, dem IAG und den Unfallversicherungsträgern entwickelt, die Auswertungsergebnisse analysiert, eine weitergehende Auswertung beschlossen und – in Kombination mit anderen Qualitäts-Parametern – durchgeführt.

Mit Abschluss des Projektes wurde zugleich ein Vorschlag zum weiteren Vorgehen nach Abschluss des Projektes (Weiterentwicklung, Anpassungsbedarf bzw. Fortführung der Kundenbefragung) erarbeitet, s. Kap. 7.

Um zu einem aussagefähigen Ergebnis zu gelangen, wurden alle Versicherten, die an einem Reha-Management eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers teilgenommen haben, in

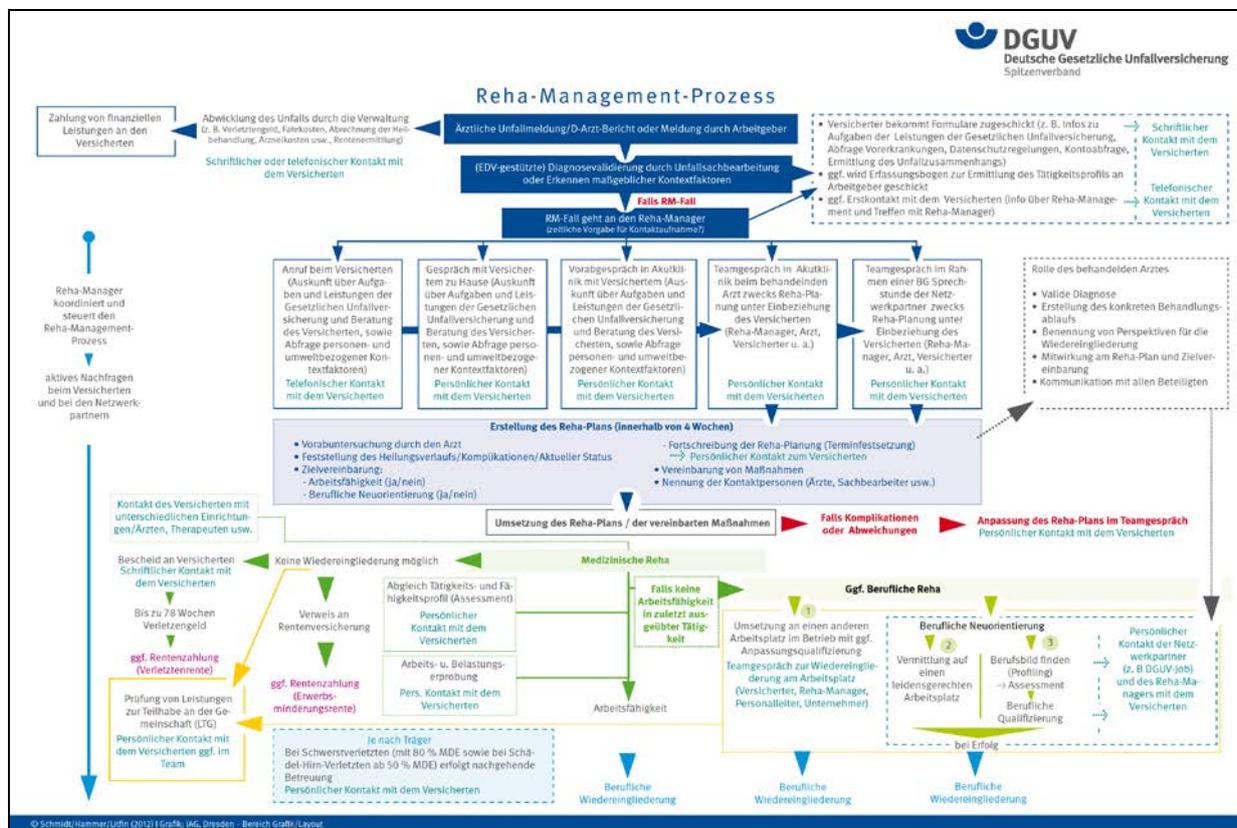
die Erhebung einbezogen. Die umfangreiche Anonymisierung und die externe Datenauswertung gewährleisten, dass keine persönlichen Daten der Versicherten erhoben wurden und keine Rückschlüsse auf die Person des Reha-Managers bzw. der Reha-Managerin oder von beteiligten Leistungserbringern möglich sind.

3. Methodik der Versichertenbefragung

3.1 Fragebogenentwicklung (Vorbereitungsphase des Projekts)

Am Anfang des Projekts stand die Analyse der Kundenprozesse im Reha-Management. Dazu wurden im ersten Schritt der Analyse vorhandene Modelle aus der Literatur zur Erhebung von Kundenzufriedenheit und zur Erfassung von Dienstleistungsqualität gesichtet. Im zweiten Schritt wurden die Kundenprozesse analysiert. Das sind jene Prozesse, die die Beziehung zwischen den Versicherten und der Organisation abbilden, d. h. im Rahmen des Reha-Management-Prozesses den Kontakt zwischen den Versicherten und dem Unfallversicherungsträger bzw. weiteren Leistungserbringern aufzeigen. Diese Kundenprozesse bzw. Schnittstellen können die Kundenzufriedenheit beeinflussen. Als dritter Schritt wurde der Handlungsleitfaden zum Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung berücksichtigt. Der Leitfaden definiert die relevanten Prozesse zur Durchführung des Reha-Managements, wie Teamgespräche oder die Erstellung eines Reha-Plans mit der versicherten Person und den Verantwortlichen.

Um diese Informationen zu integrieren und schließlich den umfassenden Reha-Management-Prozess zu verdeutlichen, insbesondere um die möglichen persönlichen Kontakte der Versicherten zum Unfallversicherungsträger im Reha-Management-Prozess abzubilden, wurde das folgende Schaubild erarbeitet:

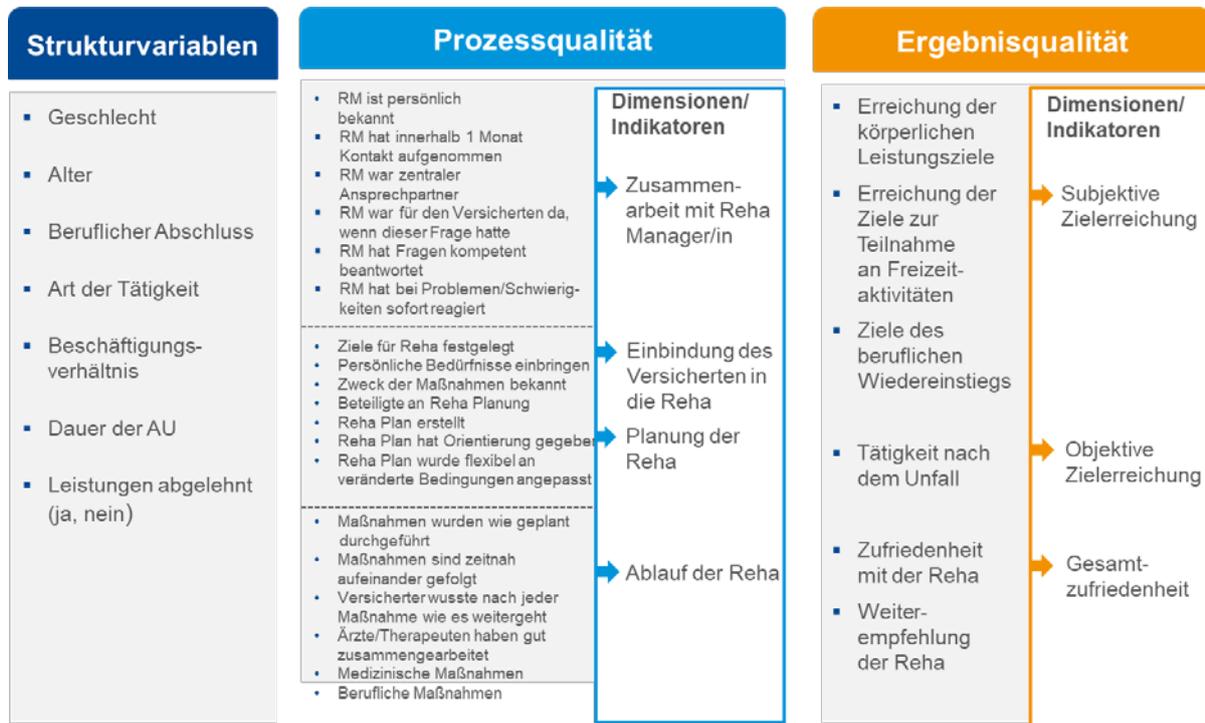


Reha-Management Prozess

Dieses stellt die Prozesse dar, in denen Versicherte Kontakt zu den jeweiligen Ansprechpersonen (z. B. zur Reha-Manager/in, Ärzte/Ärztinnen, Therapeutinnen/Therapeuten) haben, in strukturelle Prozesse des Reha-Managements eingebunden sind (z. B. die Erstellung eines Reha-Planes) oder medizinische, berufliche bzw. sonstige Maßnahmen in Anspruch nehmen. Darüber hinaus wurden Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Unfallversicherungsträger befragt, um nähere Informationen zu den zentralen Prozessen im Reha-Management, zu ihren zentralen Aufgaben, aber auch zu möglichen Schwierigkeiten und kritischen Aspekten im Reha-Management zu erhalten.

Auf der Grundlage der Modelle von Dienstleistungsqualität, der Identifizierung der zentralen Schnittstellen zu den Versicherten im Reha-Management-Prozess sowie unter Berücksichtigung der Qualitätsvorgaben des Handlungsleitfadens zur Durchführung des Reha-Management-Prozesses wurden im vierten Schritt in einem Workshop mit den Reha-Managerinnen und Reha-Managern und Verantwortlichen des Reha-Managements der DGUV die zentralen Themenbereiche (Indikatoren) und mögliche Inhalte der Versichertenbefragung erarbeitet.

Aus der folgenden Übersicht gehen der Untersuchungsaufbau und die einzelnen Indikatoren für die untersuchte Qualität des Reha-Managements hervor. Als Ergebnisqualität werden die genannten Zieldimensionen operationalisiert: 1. die von den Versicherten selbst angegebene Zufriedenheit mit der Zielerreichung, die hier als „subjektive“ Zielerreichung bezeichnet wird und 2. die von den versicherten Personen angegebene Tätigkeit nach dem Unfall, die als „objektive“ Zielerreichung angegeben wird sowie 3. die Gesamtzufriedenheit. Als Prozessqualität gelten die Dimensionen Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in, Einbindung der versicherten Person, Planung der Rehabilitation und Ablauf der Rehabilitation. Unter den Strukturvariablen finden sich die sozio-demografischen Angaben sowie Angaben zur beruflichen Tätigkeit und zur Leistungsbewilligung.



Untersuchungsaufbau (Variablenplan)

Die Indikatoren wurden im Rahmen der Entwicklung des Untersuchungsinstruments durch einzelne Fragen operationalisiert, die ebenfalls in der Abbildung mit dargestellt sind.

Als zentrales Untersuchungsinstrument für die beiden Zielgruppen der erwachsenen Versicherten und der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Erziehungsberechtigten diene jeweils ein standardisierter Fragebogen. Die Fragebögen für die beiden Zielgruppen sind inhaltlich sehr ähnlich. Der Fragebogen für die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Erziehungsberechtigten wurde hinsichtlich der Frageformulierung lediglich spezifiziert. Die personenbezogenen Variablen (Angaben zur Person) unterscheiden sich teilweise voneinander, wie im Variablenplan (siehe Abb.) dargestellt ist.

Die Entwicklung der Fragebögen erfolgte in einem mehrjährigen Prozess in einer Projektgruppe (Unfallversicherungsträger, Vertreter der DGUV und IAG). Auf Basis der Themen- und möglichen Frageschwerpunkten wurden Fragen formuliert, die aus den inhaltlichen Zielen und Erkenntnisinteressen der Versichertenbefragung abgeleitet wurden. Dabei wurden die konkreten Fragen auf ihre Eignung zur Beantwortung der Fragestellungen geprüft und relevante Items identifiziert. Der Fragebogenentwurf wurde zunächst von Reha-Managern und Reha-Managerinnen erörtert („Pre-Pre-Test“), danach ergänzt und anschließend im Rahmen eines Pre-Tests getestet.

Pretest

Der Fragebogen wurde 2014 getestet. An der Befragung nahmen 78 Personen teil. Die Befragten wurden gebeten, die für sie unverständlichen oder missverständlichen Fragen zu benennen und Verbesserungsmöglichkeiten in der Formulierung der Fragen anzugeben. Im Anschluss an die Befragung wurde eine Güteprüfung durchgeführt. Alle Ergebnisse wurden diskutiert und der Fragebogen wurde angepasst.

Der Fragebogen

Die Fragebögen gliedern sich in sechs Teile:

1. Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager/der Reha-Managerin
2. Planung der Rehabilitation
3. Ablauf der Rehabilitation
4. Zielerreichung
5. Gesamtzufriedenheit
6. Angaben zur Person

Der Fragebogen enthält standardisierte Fragen mit vorgegebenen Antwortoptionen. Diese beinhalten überwiegend eine vier-stufige Antwortskala, die von „trifft völlig zu“ (1) bis „trifft gar nicht zu“ (4) reicht. Er enthält zudem ein offen gestaltetes Bemerkungsfeld, in das die Befragten ihre Anmerkungen, Hinweise und Kommentare hineinschreiben konnten. Die finalen Fragebögen befinden sich in den Anlagen 4 und 5.

3.2 Durchführung der Befragung

Datengewinnung und Durchführung der Erhebung

Die Befragung startete am 01.08.2015 und endete am 31.07.2017. Im Befragungszeitraum wurden somit alle Versicherten, welche die Kriterien („Ende des Reha-Managements“ i. S. der Projektdefinition) erfüllt haben, befragt.

Ab Projektbeginn sollte der Fragebogen bei jedem Reha-Management-Fall versandt werden, wenn

- der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit erfolgt ist;
- kein Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit erfolgte, bei Ende des Verletztengeldbezugs (spätestens aber nach Ablauf der 78. Woche des Verletztengeldbezuges);
- bei beruflichen Bildungsmaßnahmen, der Beginn des Übergangsgeldbezugs einsetzt;
- die Schulsportfähigkeit einsetzt oder sonst 1 Jahr nach dem Unfall (Schüler-UV/EI-ternbefragung).

Die Unfallversicherungsträger haben die entsprechenden Fälle intern nach den o.g. Kriterien ermittelt und die Fragebögen nach Abschluss des Reha-Managements den Versicherten übersandt, dies erfolgte bei den meisten UV-Trägern per Post, in Einzelfällen durch den Reha-Manager bzw. Reha-Managerin persönlich.

Jeder RM-Fall wurde befragt, durch die Rücklaufquote (ca. 30 Prozent) entstand die Stichprobe, die den folgenden Auswertungen zugrunde liegt. Die Fragebögen wurden von den Unfallversicherungsträgern versandt und von den Versicherten mit Hilfe eines frankierten Rückumschlages an das Institut für Arbeit und Gesundheit (IAG) zurückgeschickt³. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Befragung erfolgte anonym. Die eingegangenen Fragebögen konnten nicht rückwirkend einer versicherten Person zugeordnet werden.

3.3 Methoden der Auswertung

Art der Datenaufbereitung

Die zurückgesandten Fragebögen wurden im IAG durch die Software EvaSys elektronisch eingelesen, und es wurde ein SPSS-Datensatz erstellt. Die VBG führte die Befragung eigenständig durch und stellte ihren Datensatz dem IAG zur Verfügung. Die Datensätze wurden zusammengefügt, sodass ein Gesamtdatensatz mit den Daten aller Versicherten, die an der Befragung teilgenommen haben, vorlag.

Für die einzelnen Unfallversicherungsträger (ggf. auch auf Bezirksebene) wurden zu den vereinbarten Auswertungsstichtagen (vierteljährlich) die Daten (ab 30 beantworteten Fragebögen) durch das IAG ausgewertet und deskriptive Ergebnisreports erstellt und übermittelt. Die Reports enthielten die Ergebnisse in Form von Häufigkeiten, Skalenmittelwerten sowie Standardabweichungen für die jeweiligen Fragen. Die Antworten aus dem offenen Freitextfeld im Fragebogen (Anmerkungen, Hinweise und Kommentare) wurden für jeden Unfallversicherungsträger händisch im Rahmen einer Excel-Tabelle erfasst, wobei Namen von Unfallversicherungsträgern, Kliniken, Ärzten bzw. Ärztinnen oder Reha-Managern bzw. Reha-Managerinnen zum Zweck des Datenschutzes anonymisiert wurden.

Datenauswertungen

Auch die Auswertung der Gesamtdaten aller befragten erwachsenen Versicherten sowie aller befragten Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern oder Erziehungsberechtigten erfolgte zunächst deskriptiv, d. h. es wurden Häufigkeiten für die einzelnen Items berechnet.

³ Die VBG führte die Befragung selbst durch. Für eine Gesamtsicht auf alle Unfallversicherungsträger wurden die notwendigen Rohdaten der VBG der DGUV zur Verfügung gestellt.

Darüber hinaus wurden für die Auswertung der Gesamtdaten aller erwachsenen Versicherten **Kreuztabellen**, d. h. tabellarische Darstellungen der gemeinsamen Häufigkeitsverteilung zweier kategorialer Variablen (z. B. mit den Antwortkategorien: ja, nein, weiß nicht oder zufrieden, unzufrieden) erstellt. Die Kreuztabellen stellen dar, mit welcher Häufigkeit die unterschiedlichen Wertekombinationen der beiden Variablen in den vorliegenden Daten auftreten, und geben Auskunft darüber, ob ein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der verschiedenen Variablen besteht⁴. Ob ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der Variablen besteht, wurde durch den Chi-Quadrat-Test ermittelt. Um Aussagen über die Stärke des Zusammenhangs treffen zu können, wurde zusätzlich das Zusammenhangsmaß Cramer's V berechnet.

Es wurden **bivariate Rangkorrelationen** zwischen den einzelnen Qualitätsfaktoren im Reha-Management und den einzelnen Zielvariablen (Zufriedenheit mit dem Reha-Management, Weiterempfehlung der Reha, Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit, Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten, Erreichung der Ziele zur beruflichen Wiedereingliederung, „objektive“ Zielerreichung⁵) mit dem Spearmans Rho Korrelationskoeffizient berechnet und eine Korrelationsmatrix erstellt. Dadurch konnten signifikante Korrelationen zwischen den verschiedenen Variablen bestimmt werden. Zusätzlich wurden für die jeweiligen Zielvariablen Rankings mit den höchsten Korrelationswerten erstellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die statistische Korrelation zunächst eine Beobachtung ist, die keinen direkten Schluss auf eine Kausalität zwischen zwei Variablen zulässt. Auch die Richtung des möglichen Zusammenhangs kann nicht abgelesen werden. Zudem können auch Scheinkorrelationen gegeben sein, die nur deshalb auftreten, weil beide untersuchten Variablen mit einer dritten Variablen korrelieren.

Auch wurden die **Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Fragenkomplexen (Dimensionen)** durch die Auswertung in Form von Kreuztabellen untersucht. Dabei wurden die Fragenkomplexe der verschiedenen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements (Zusammenarbeit zwischen den Versicherten und dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin, Planung der Reha, Ablauf der Reha) jeweils zweistufig mit den Fragenkomplexen der Zielvariablen des Reha-Managements (Zielerreichung, Gesamtzufriedenheit) in Beziehung gesetzt. Die Fragenkomplexe wurden nur für die ordinalskalierten Variablen gebildet.

⁴ Wenn zwei Variablen miteinander in Beziehung gesetzt werden, dann werden die Ausprägungen der Variablen A in Spalten von links nach rechts und die Ausprägungen der Variablen B in Zeilen von oben nach unten dargestellt. In jeder einzelnen Zelle wird die spezifische Häufigkeit der jeweiligen Kombination der Ausprägung der Variablen A mit Ausprägung der Variablen B ausgewiesen.

⁵ Vgl. Spearmans Rho Korrelationskoeffizient siehe Kapitel 4.3.2.1

Die Zuordnung der einzelnen Fragen zu den jeweiligen Dimensionen kann dem Variablenplan entnommen werden (siehe 3.1). Bei der Bildung der Fragenkomplexe und Zuordnung der Daten wurde ein Fall nur dann berücksichtigt, wenn ausreichend Fragen im Fragenkomplex angekreuzt wurden. Dazu wurden bestimmte Kriterien festgelegt⁶. Die Antwortkategorien „war nicht erforderlich“, „war kein Rehabilitationsziel“ und „weiß nicht“ wurden nicht in die Auswertung einbezogen, d. h. gelten als nicht beantwortet. Innerhalb jeder Dimension wurden zwei Gruppen gebildet: Die Befragten, die zufrieden waren (Gruppe 1) und die Befragten, die unzufrieden waren (Gruppe 2). Dazu wurden die Gruppen am Mittelwert der Skala⁷ (2,5) geteilt, d. h. die Gruppe der zufriedenen Befragten haben Werte $\leq 2,5$, die Gruppe der unzufriedenen weisen Werte $> 2,5$ auf. Die ursprünglich ordinalskalierten Variablen wurden somit durch die Bildung von Fragenkomplexen auf der dimensional Ebene in eine kategoriale Variable (zufrieden – unzufrieden) dichotomisiert. Durch die kreuztabellarische Auswertung wurden also die Häufigkeitsverteilungen der beiden Gruppen (zufrieden/unzufrieden) in den unterschiedlichen Dimensionen betrachtet und mögliche Zusammenhänge bestimmt. Neben der Durchführung einer Signifikanztestung wurde auch hier die Stärke des Zusammenhangs durch die Berechnung des Zusammenhangsmaßes Cramer's V ermittelt.

⁶ *Fragekomplex 1* – Zusammenarbeit mit Reha-Manager/in: Die Befragten müssen entweder Frage 4 oder von den Fragen 5-7 mindestens zwei Fragen beantwortet haben.

Fragekomplex 2 – Planung der Rehabilitation: Die Befragten müssen von den Fragen 9,10,13 und 14 mindestens zwei Fragen beantwortet haben.

Fragekomplex 3 – Ablauf der Rehabilitation: Die Befragten müssen von den Fragen 15-20 mindestens zwei Fragen beantwortet haben.

Fragekomplex 4 – Zielerreichung: Die Befragten müssen von den Fragen 21-23 mindestens eine Frage beantwortet haben.

Fragekomplex 5 – Gesamtzufriedenheit: Die Befragten müssen von den Fragen 24-25 mindestens eine Frage beantwortet haben.

⁷ Die Skala wurde folgendermaßen codiert: Trifft völlig zu (1), trifft ziemlich zu (2), trifft wenig zu (3), trifft gar nicht zu (4).

4. Ergebnisse der Versichertenbefragung

4.1. Beschreibung der Stichprobe (Angaben zur Person)

4.1.1 Rücklauf

Im Befragungszeitraum wurden an insgesamt 29.492 Versicherte, davon 495 Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte, ein Fragebogen versandt. Die Unfallversicherungsträger wurden in verschiedene Gruppen eingeteilt (s. u.), um den Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen trägerspezifisch darzustellen. An das IAG wurden 9.930 Fragebögen zurückgeschickt, darin enthalten sind auch 320 Fragebögen die keine Trägernummer besaßen und somit keinem Unfallversicherungsträger zugeordnet werden konnten. Diese Fragebögen wurden dennoch im Gesamtrücklauf und in der Auswertung berücksichtigt. Die geringe Fallzahl hat keinen Einfluss auf das Gesamtergebnis. Die Gesamtrücklaufquote an beantworteten Fragebögen der erwachsenen Versicherten liegt mit 34 % im erwarteten Bereich. Die Rücklaufquote für den Bereich „Kinder und Jugendliche“ fällt mit 22 % niedriger aus.

Zeitraum 01.08.2015 – 31.07.2017	Versendete Fragebögen	Ausgefüllte Fragebögen (Rücklauf im IAG)	Rücklaufquote bis 31.08.2018
UV-Träger gesamt (ohne Schüler)	28997	9930*	34,2%
BG gesamt	26309	8562	32,5%
UV-Träger der öffentlichen Hand gesamt	3183	1157	36,3%
UV-Träger der öffentlichen Hand (Erwachsene)	2688	1048	39%
UV-Träger der öffentlichen Hand (Schüler)	495	109	22%

*enthalten sind auch ausgefüllte Fragebögen ohne Trägernummer

Tabelle 1: Fragebogenrücklauf im Zeitraum vom 01.08.2015 bis 31.08.2017

4.1.2 Erwachsene Versicherte

Im Folgenden wird die Stichprobe aller erwachsenen Versicherten (Gesamtbefragung) beschrieben. Es wurden die Daten von 9.930 erwachsenen Versicherten ausgewertet.

Stichprobe der erwachsenen Versicherten, die geantwortet haben

	N	in %	GST ⁸
Geschlecht (N = 9.256)			
männlich	6.155	66,5	71,2
weiblich	3.101	33,5	28,8
Alter (N = 9.724)			
bis 20 Jahre	185	1,9	2,2
21-30 Jahre	797	8,2	12,0
31-40 Jahre	1.109	11,4	14,4
41-50 Jahre	2.197	22,6	24,4
51-60 Jahre	3.822	39,3	33,5
über 60 Jahre	1.614	16,6	13,6
Berufsabschluss vor dem Unfall (Mehrfachnennung möglich; N = 9.928)			
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	6.840	68,9	
Meister/in	804	8,1	
Hochschulabschluss	1.152	11,6	
Noch in beruflicher Ausbildung	298	3,0	
Kein Abschluss, da noch in schulischer Ausbildung	188	1,9	
ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1.033	10,4	
Anderes	874	8,8	
Tätigkeit vor dem Unfall (N = 9.477)			
Arbeiter/in	4.378	46,2	
Angestellte/r	4.037	42,6	
Schüler/in, Studierende/r, Auszubildende/r	323	3,4	
Rentner/in	180	1,9	
Ehrenamtliche Tätigkeit	47	0,5	
Sonstige (inkl. Beamte/r, selbstständige Tätigkeit, arbeitslos)	512	5,4	
Tätigkeit nach dem Unfall (N = 9.227)			
Letzte Tätigkeit im bisherigen Unternehmen	5.453	59,1	
Andere Tätigkeit bei bisherigem Arbeitgeber	572	6,2	
Arbeitgeber gewechselt	415	4,5	
Selbstständige Tätigkeit wieder aufgenommen	166	1,8	
Neue selbstständige Tätigkeit aufgenommen	19	0,2	
Derzeit in Umschulung/Berufsfindung	249	2,7	
Arbeitsfähig, aber arbeitslos	415	4,5	
Weiter arbeitsunfähig bzw. noch in Reha-Maßnahme	923	10,0	

⁸ Vergleichswerte aus der Verbandsstatistik (GST). Ausgewertet wurden die in 2015 und 2016 abgeschlossenen Reha-Management-Fälle. Die beiden Grundgesamtheiten sind nicht identisch, sollten jedoch in ihren Strukturen weitgehend übereinstimmen.

Erhalte aufgrund meines Unfalls eine Erwerbsminderungsrente und kann keine Tätigkeit ausüben	258	2,8
Schule/Studium fortgesetzt	120	1,3
Sonstiges	637	6,9
Beschäftigungsverhältnis (N = 7.313)		
unbefristet	6.885	79,5
Dauer Arbeitsunfähigkeit (N = 8.979)		
bis 3 Monate	916	10,2
mehr als 3 Monate bis 6 Monate	2.864	31,9
mehr als 6 Monate bis 1 Jahr	2.775	30,9
mehr als 1 Jahr	2.424	27,0
Meine BG/Unfallkasse hat Leistungen abgelehnt (N = 8.660)		
Nein	2.086	91,1

Tabella 2: Stichprobe der erwachsenen Versicherten

4.1.3 Kinder und Jugendliche

Im Folgenden wird die Stichprobe aller Kinder und Jugendlichen bzw. befragten Erziehungsberechtigten (Gesamtbefragung) beschrieben. 109 Fragebögen konnten bis zum Stichtag ausgewertet werden. Die Abbildung zeigt die prozentuale Verteilung des Geschlechts der befragten Schülerinnen und Schüler. Die Mehrheit derer (59 %), die diese Frage beantwortet haben, war männlich.

Stichprobe, Rückantworten für Kinder und Jugendliche

	N	in %	GST ⁹
Geschlecht (N = 100)			
männlich	59	59,0	58,5
weiblich	41	41	41,5
Alter (N = 47)			
bis 3 Jahre	2	5,1	1,2
4-6 Jahre	3	6,1	3,6
7-10 Jahre	8	16,2	9,3
11-14 Jahre	15	32,3	17,3
über 14 Jahre	19	40,4	68,6
Schulzweig ihres Kindes (N = 95)			
Grundschule	21	22,1	
Hauptschule	7	7,4	
Realschule	17	17,9	
Gymnasium	31	32,6	
Gesamtschule	11	11,6	

⁹ Vergleichswerte aus der Verbandsstatistik (GST). Ausgewertet wurden die in 2015 und 2016 abgeschlossenen Reha-Management-Fälle. Die beiden Grundgesamtheiten sind nicht identisch, sollten jedoch in ihren Strukturen weitgehend übereinstimmen.

Förderschule	-	-
Andere	5	5,3
Bei welcher Aktivität/Tätigkeit Ihres Kindes hat sich der Unfall ereignet? (N = 102)		
Berufsschüler/in	3	2,9
Besuch einer Tageseinrichtung/Tagespflege	3	2,9
Sonstige Tätigkeiten (z. B. Kinder/Jugendfeuerwehr, DLRG)	10	9,8
Schüler/in in einer allgemeinbildenden Schule	86	84,3
Bitte geben Sie an, ob Ihr Kind den Schulbesuch/die Ausbildung mittlerweile fortgesetzt hat. (N = 99)		
Ja, uneingeschränkt	56	56,6
Ja, mit Einschränkungen	40	40,4
Nein	3	3,0
Bitte geben Sie an, nach welchem Zeitraum Ihr Kind den Schulbesuch/die Ausbildung wieder aufnehmen konnte (N = 93)		
innerhalb von 2 Wochen	31	33,3
nach 3 bis 4 Wochen	21	22,6
nach 5 bis 6 Wochen	15	16,1
nach mehr als 6 Wochen	26	28,0
Bitte geben Sie die Dauer der Befreiung vom Schulsport Ihres Kindes an (N = 92)		
bis 3 Wochen	2	2,2
4-8 Wochen	7	7,6
9-12 Wochen	17	18,5
über 12 Wochen	66	71,7
Die Unfallkasse hat Leistungen für mein Kind abgelehnt (N = 95)		
Nein	81	85,3

Tabelle 3: Stichprobe der befragten Schülerinnen und Schüler

4.2. Deskriptive Ergebnisse

Bei den nachfolgenden deskriptiven Darstellungen der Ergebnisse werden die wesentlichen Ergebnisse der Fragebogenerhebung beschreibend dargestellt. Da im Rahmen der Befragung für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen im Gegensatz zu den Erwachsenen leicht modifizierte Fragen gestellt wurden, erfolgt eine getrennte Betrachtung beider Bereiche.

4.2.1. Ergebnisse der Befragung der erwachsenen Versicherten

4.2.1.1 Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in

Die ersten sieben Fragen des Fragebogens geben Auskunft zur Zusammenarbeit zwischen versicherter Person und Reha-Managerin oder -Manager. Mehr als zwei Drittel der Antwortenden gaben an, ihren Reha-Manager oder ihre Reha-Managerin persönlich zu kennen. Die Kontaktaufnahme erfolgte bei fast 60 % innerhalb des ersten Monats nach dem Unfall. Während ca. 14 % keinen Erläuterungsbedarf zu Maßnahmen ihres beruflichen Wiedereinstiegs benötigten, wurden bei zwei Dritteln die notwendigen Maßnahmen durch die Reha-Manager und -Managerinnen erörtert.

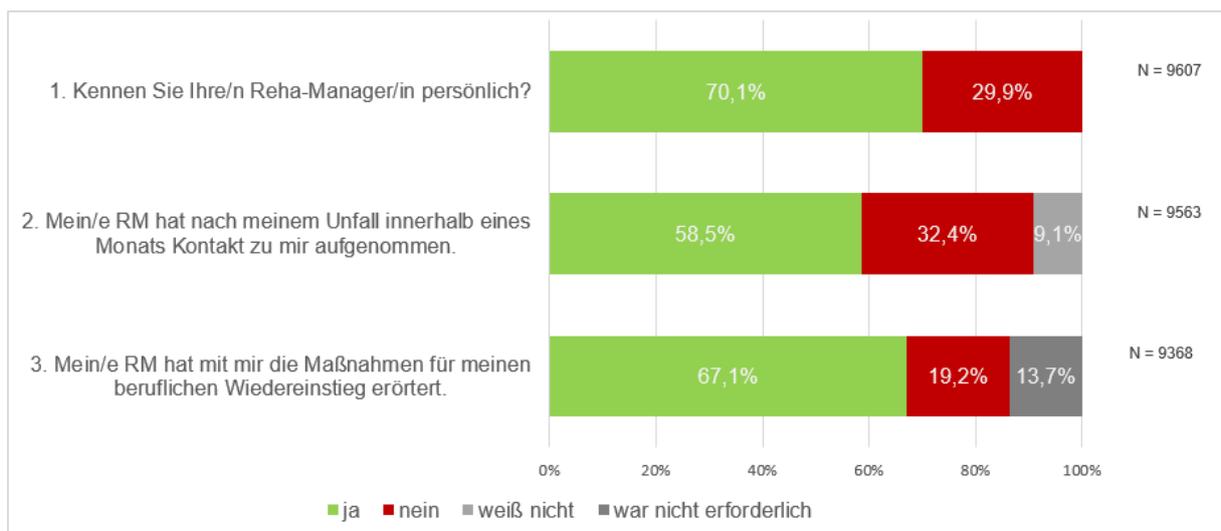


Abbildung 1: Antwortverhalten Dimension „Zusammenarbeit mit RM“ I (Erwachsene)

Acht von zehn Antwortenden gaben an, dass die Reha-Manager und -Managerinnen bei Fragen zur Verfügung standen bzw. da waren, wenn sie gebraucht wurden, und dass die bestehenden Fragen kompetent beantwortet wurden. Für mehr als 70 % der Versicherten waren die Reha-Managenden die zentrale Ansprechperson während der gesamten Rehabilitation. Drei Viertel gaben darüber hinaus an, dass bei Schwierigkeiten im Reha-Prozess der Reha-Manager oder die Reha-Managerin sofort reagiert hat.

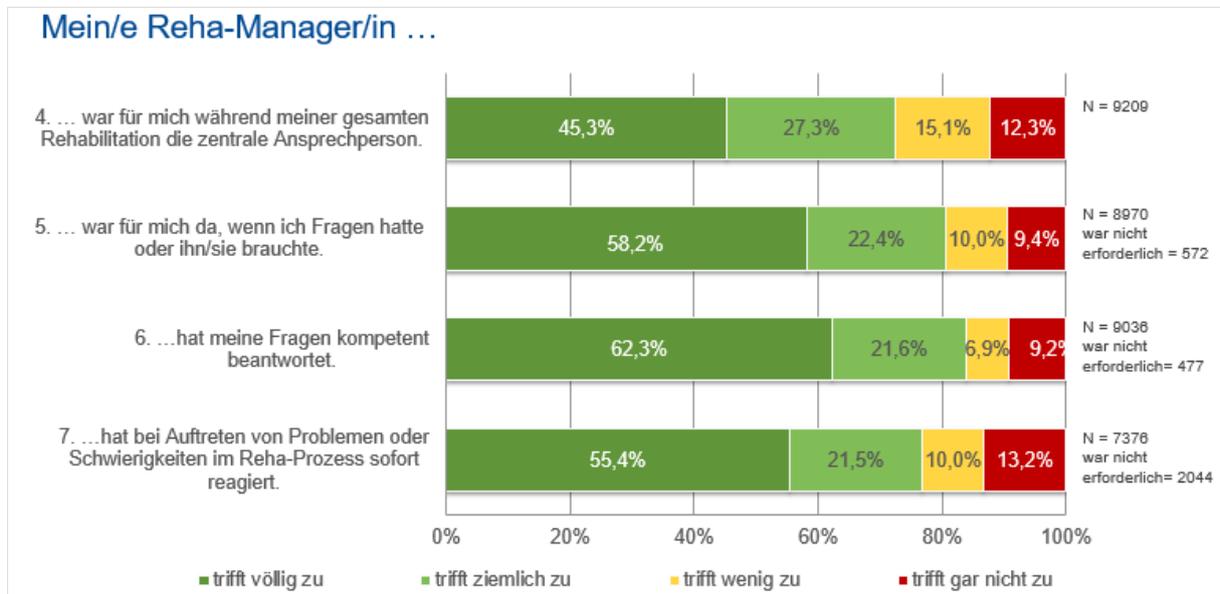


Abbildung 2: Antwortverhalten Dimension „Zusammenarbeit mit RM“ II (Erwachsene)

4.2.1.2 Planung der Rehabilitation

Bei knapp 80 % der Antwortenden wurden für die Rehabilitation Ziele festgelegt (Abb. 3).

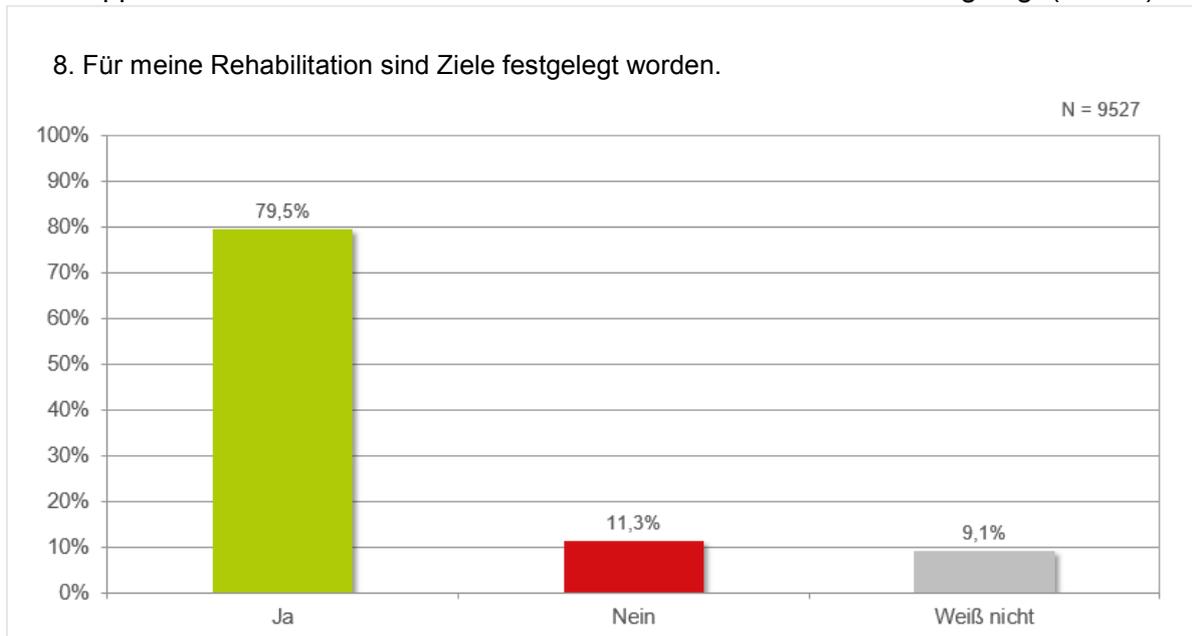


Abbildung 3: Antwortverhalten „Planung der Rehabilitation“ Frage 8 (Erwachsene)

Im Rahmen der Reha-Planung wussten fast 90 % der Antwortenden, zu welchem Zweck einzelne Maßnahmen durchgeführt wurden. Drei Viertel gaben an, ihre persönlichen Bedürfnisse mit in die Planung eingebracht zu haben und so in den Rehabilitationsprozess eingebunden gewesen zu sein (Abb. 4).

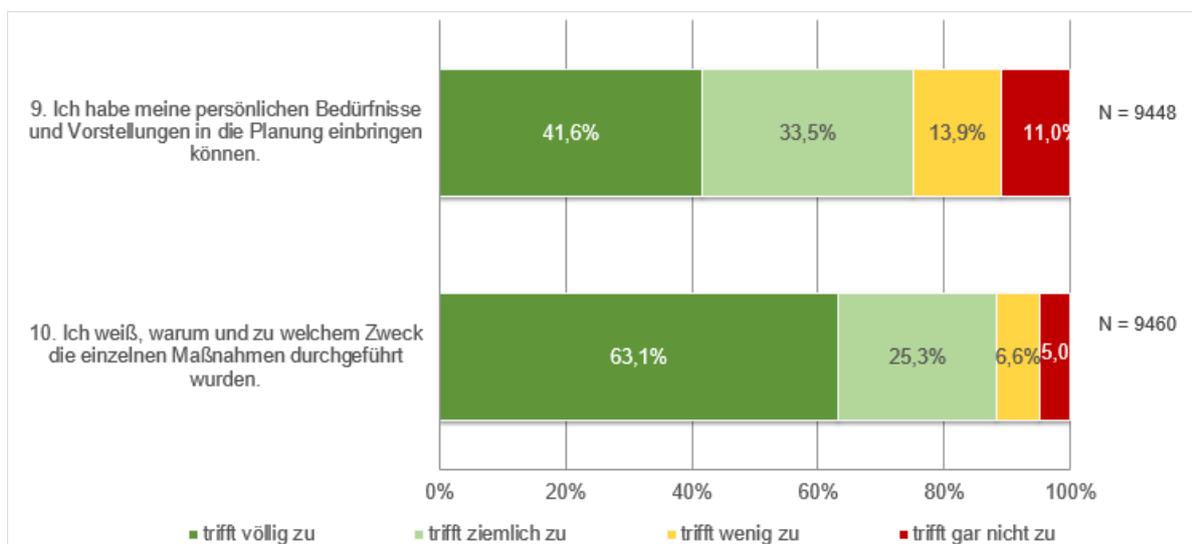


Abbildung 4: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ I (Erwachsene)

Die befragten Versicherten konnten auch angeben, mit welchen Personen die Planung ihrer Rehabilitation erfolgte. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Etwas über 80 % der Antwortenden gaben an, dass die Planung unter anderem oder ausschließlich mit dem Arzt oder der Ärztin erfolgte. Bei mehr als 60 % haben die Reha-Managerinnen oder -Manager an der Planung mitgewirkt. Durchschnittlich einer von zehn Antwortenden gab an, dass keine Reha-Planung stattgefunden hat (Abbildung 5: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ II (Erwachsene)). Dabei gab ein Sechstel an, bei der Reha-Planung nicht selbst beteiligt gewesen zu sein oder dass gar keine Planung stattfand.

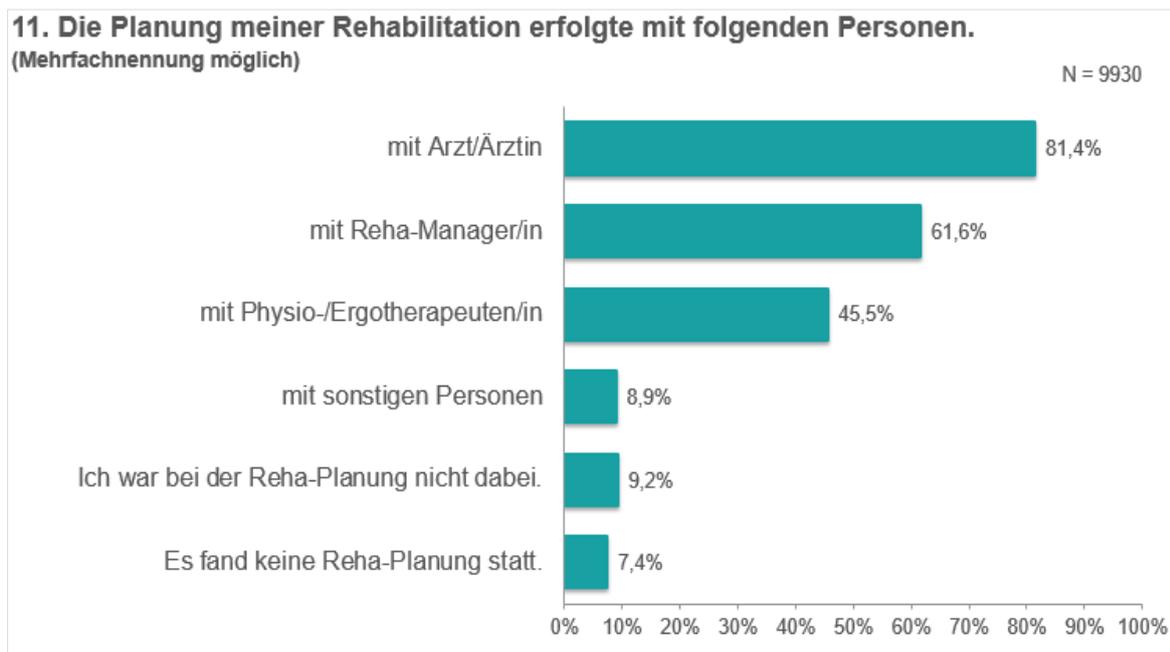


Abbildung 5: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ II (Erwachsene)

Sieben von zehn gaben darüber hinaus an, dass zur Planung ein Reha-Plan erstellt wurde (Abb. 6).

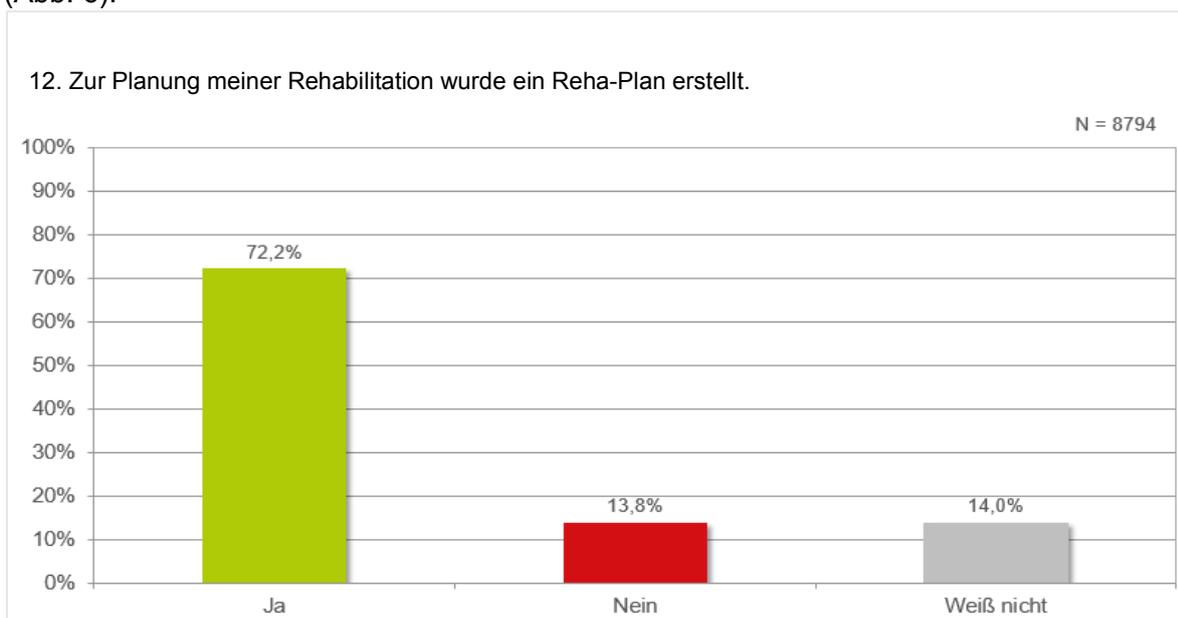


Abbildung 6: Antwortverhalten „Planung der Rehabilitation“ III Frage 12 (Erwachsene)

Für 85 % bot der Reha-Plan eine gute Orientierung (Abbildung 7: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ IV (Erwachsene)).

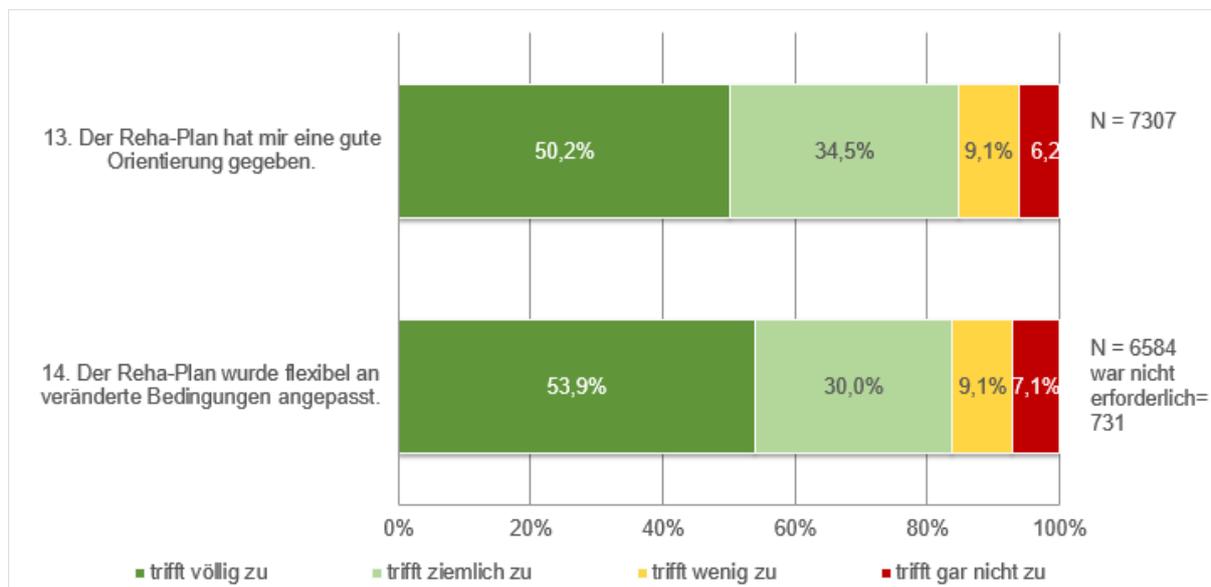


Abbildung 7: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ IV (Erwachsene)

4.2.1.3 Ablauf der Rehabilitation

Befragt zum Ablauf der Rehabilitation gaben neun von zehn Antwortenden an, dass die Maßnahmen wie geplant durchgeführt wurden und darüber hinaus zeitnah aufeinander gefolgt sind. Etwas mehr als 80 % wussten am Ende einer jeden Maßnahme, wie es im Rehabilitationsprozess weitergeht.

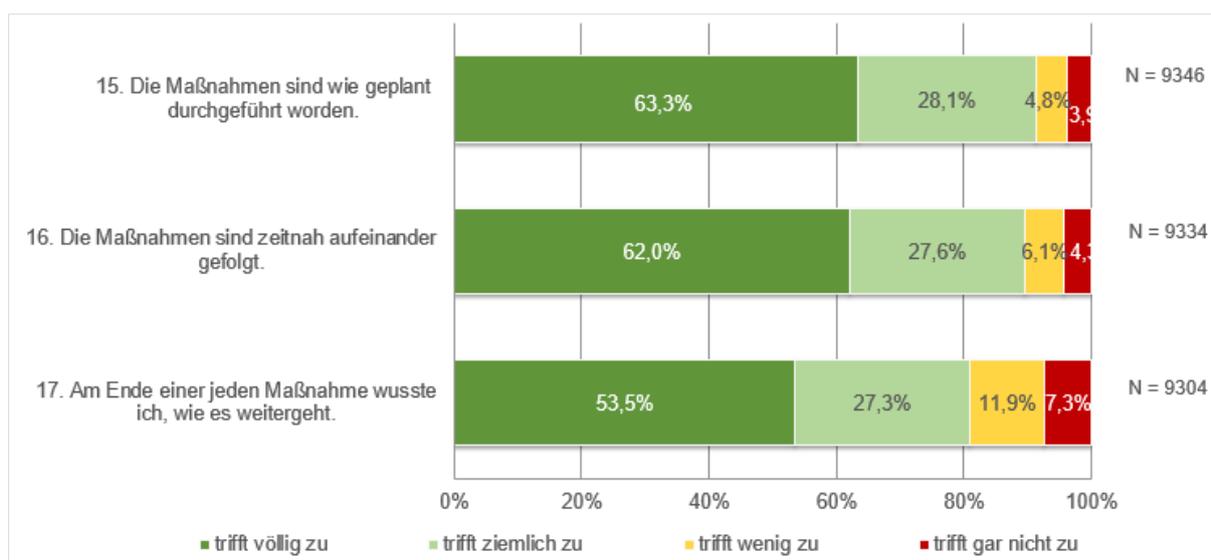


Abbildung 8: Antwortverhalten Dimension „Ablauf der Rehabilitation“ I (Erwachsene)

Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten/Ärztinnen und Therapierenden während der Rehabilitation empfanden acht von zehn Versicherte als gut. Die medizinischen Maßnahmen haben 82 % der Antwortenden sehr weitergeholfen, die beruflichen Maßnahmen etwa zwei Drittel. Bei 21 % der Befragten war eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme nicht erforderlich.

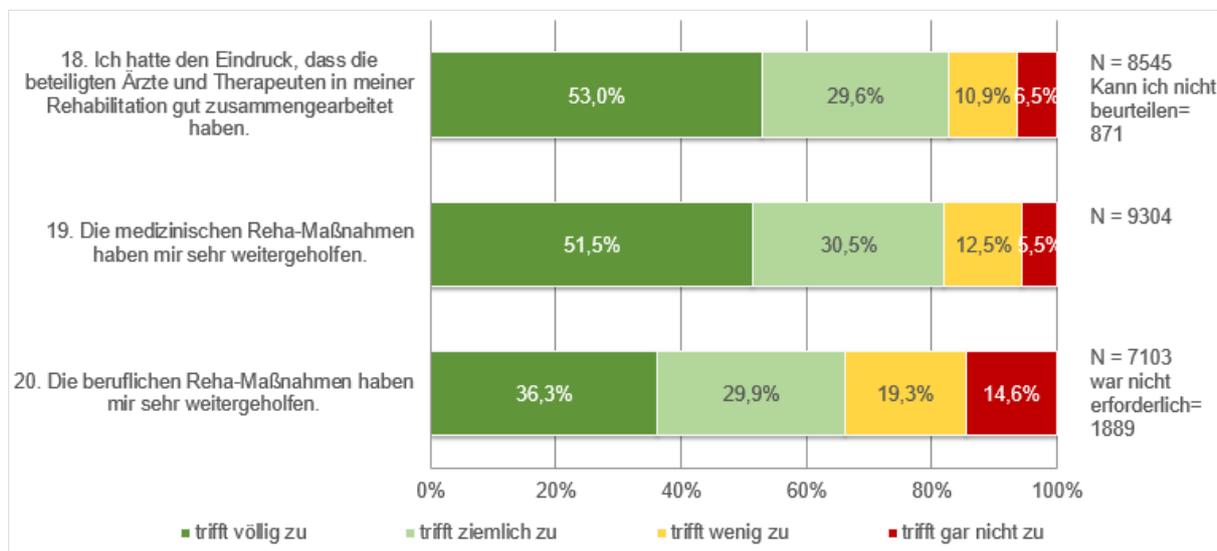


Abbildung 9: Antwortverhalten Dimension „Ablauf der Rehabilitation“ II (Erwachsene)

4.2.1.4 Zielerreichung

Die Zielerreichungsgrade zur körperlichen Leistungsfähigkeit, Teilnahme an Freizeitaktivitäten und zum beruflichen Wiedereinstieg sind Indikatoren für die Zielerreichung der Versicherten. Während die körperliche Leistungsfähigkeit und die Ziele zum beruflichen Wiedereinstieg von fast zwei Dritteln der Antwortenden erreicht wurden, gaben sie bei den Freizeitzielen lediglich in 60 % an, ihre Ziele erreicht zu haben.

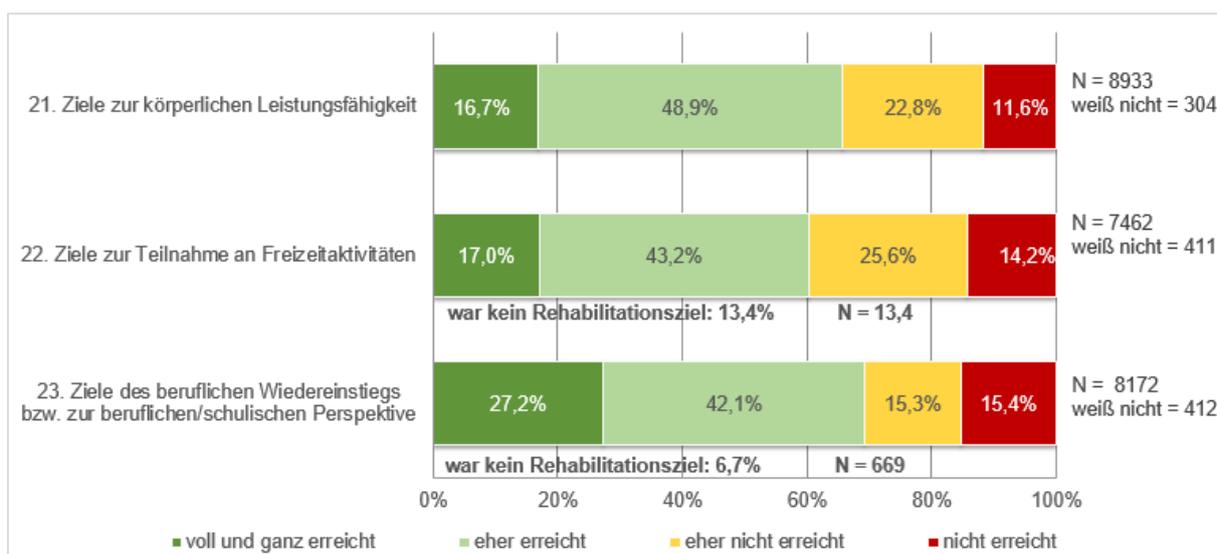


Abbildung 10: Antwortverhalten Dimension „Zielerreichung“ (Erwachsene)

Die Zielerreichung wurde außerdem noch einmal unter dem Aspekt der beruflichen Wiedereingliederung betrachtet. Hierzu wurden die Angaben der Versicherten zur Aufnahme der Tätigkeit nach dem Unfall ausgewertet. Danach konnten über 80 % der Antwortenden wieder einer Tätigkeit (bisherige/neue Tätigkeit einschließlich Selbstständigkeit und Studium) nachgehen.

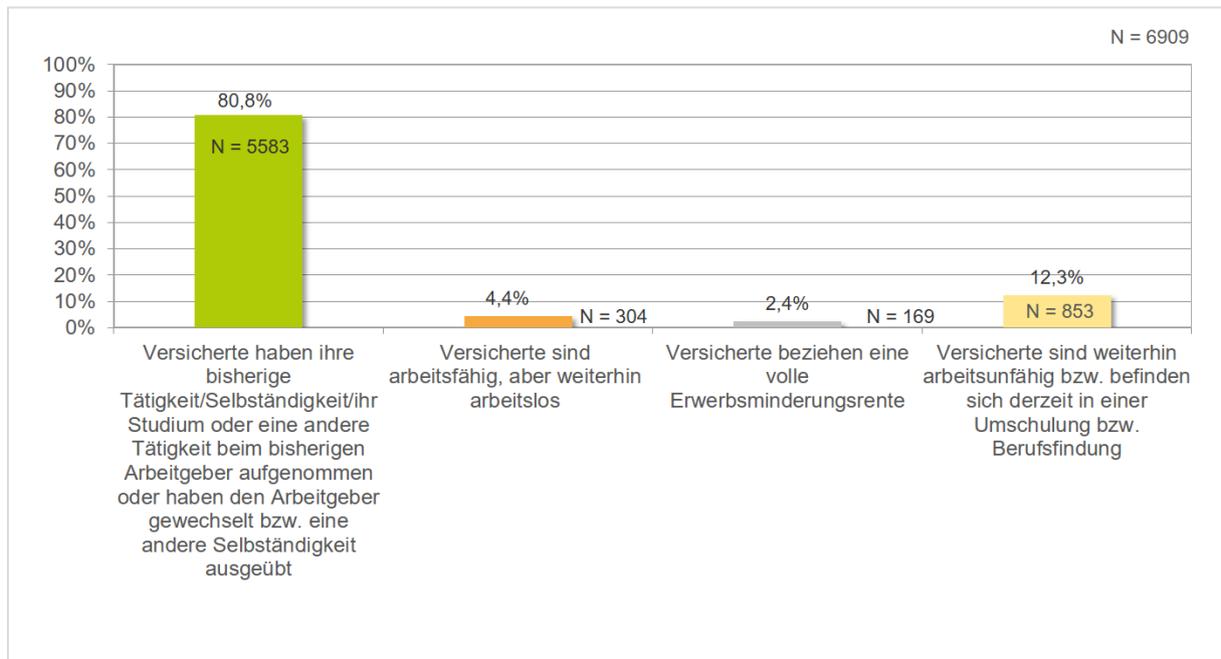


Abbildung 11: Antwortverhalten Dimension „Ergänzende Auswertung zur Zielerreichung der beruflichen Wiedereingliederung aufgrund der Angaben der Betroffenen zur Tätigkeit zum Abschluss der Befragung“ Frage 32 (Erwachsene)

4.2.1.5 Gesamtzufriedenheit

Unabhängig von einzelnen Einflussfaktoren sollten die Befragten bewerten, wie zufrieden sie mit der gesamten Rehabilitation nach dem Unfallereignis waren. Acht von zehn Antwortenden sind demnach insgesamt zufrieden mit der Rehabilitation. Ebenfalls acht von zehn würden jedem Menschen in einer ähnlichen Situation die gleiche Rehabilitation empfehlen.

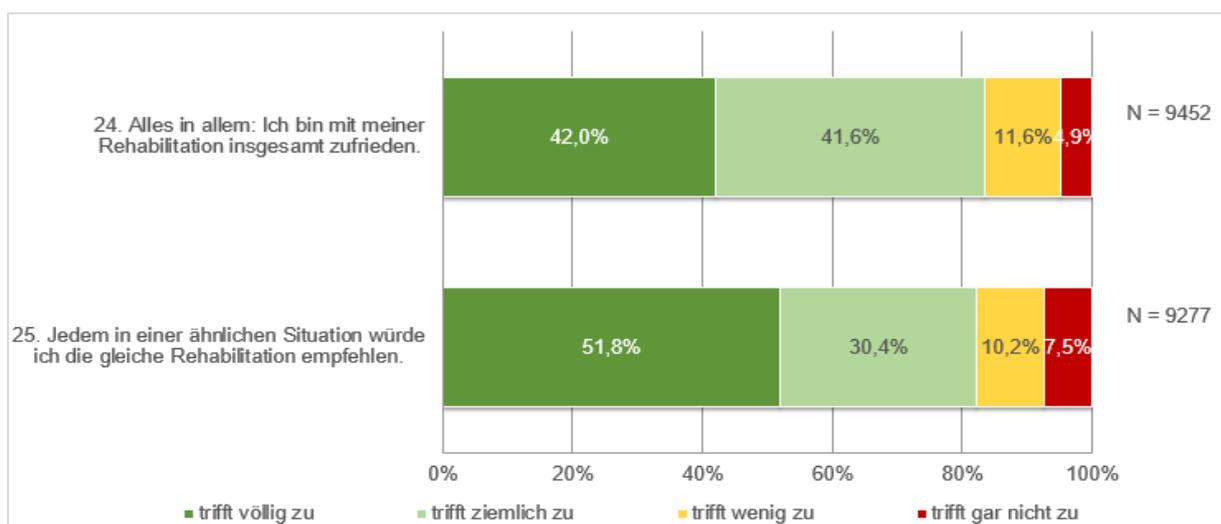


Abbildung 12: Antwortverhalten Dimension „Gesamtzufriedenheit“ (Erwachsene)

4.2.2 Ergebnisse der Befragung der Erziehungsberechtigten (Kindern und Jugendlichen)

4.2.2.1 Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in

Die ersten sieben Fragen des Fragebogens geben Auskunft zur Zusammenarbeit zwischen den Eltern und der Reha-Managerin bzw. dem Reha-Manager. Fast zwei Drittel der Antwortenden gaben an, den Reha-Manager oder die Reha-Managerin persönlich zu kennen. Die Kontaktaufnahme erfolgte bei etwas mehr als der Hälfte innerhalb des ersten Monats nach dem Unfall.

Während etwas mehr als ein Drittel der Erziehungsberechtigten keinen Erläuterungsbedarf zu Maßnahmen des (vor-)schulischen Wiedereinstiegs ihrer Kinder benötigten, wurden bei knapp 40 % die notwendigen Maßnahmen durch die Reha-Manager und -Managerinnen erörtert.

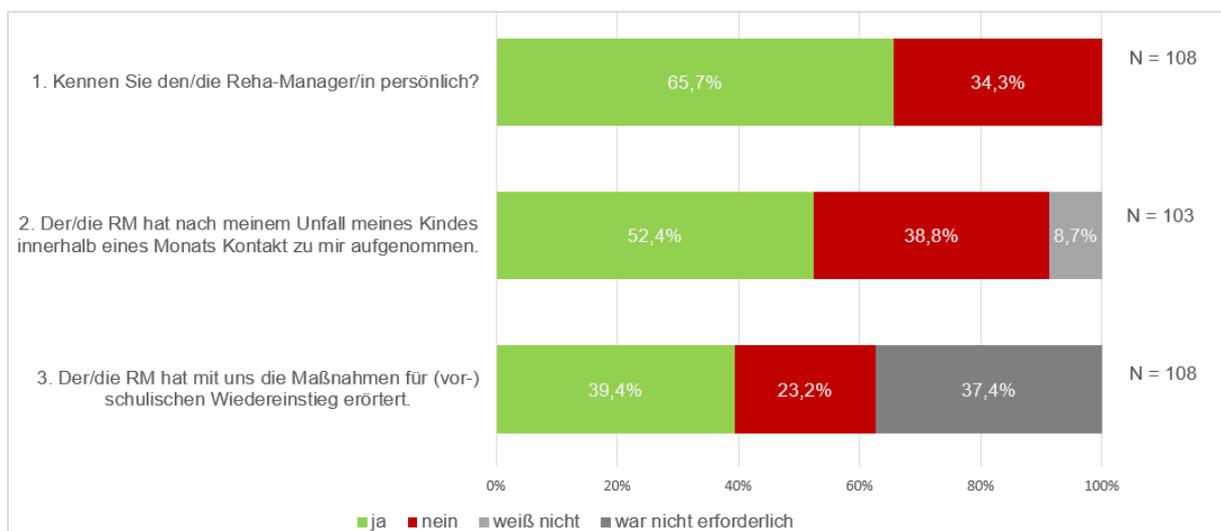


Abbildung 13: Antwortverhalten Dimension „Zusammenarbeit mit RM“ I (Eltern)

Sieben von zehn Antwortenden gaben an, dass der/die Reha-Manager und -Managerin die zentrale Ansprechperson während der gesamten Rehabilitation des Kindes war. Fast 80 % gaben an, dass der/die Reha-Manager und -Managerin da war, wenn er/sie gebraucht wurde oder es Fragen gab. Etwas mehr, nämlich 85 % empfanden die Beantwortung ihrer Fragen als kompetent. Mehr als drei Viertel gaben darüber hinaus an, dass bei Schwierigkeiten im Reha-Prozess der Reha-Manager oder die Reha-Managerin sofort reagiert hat.

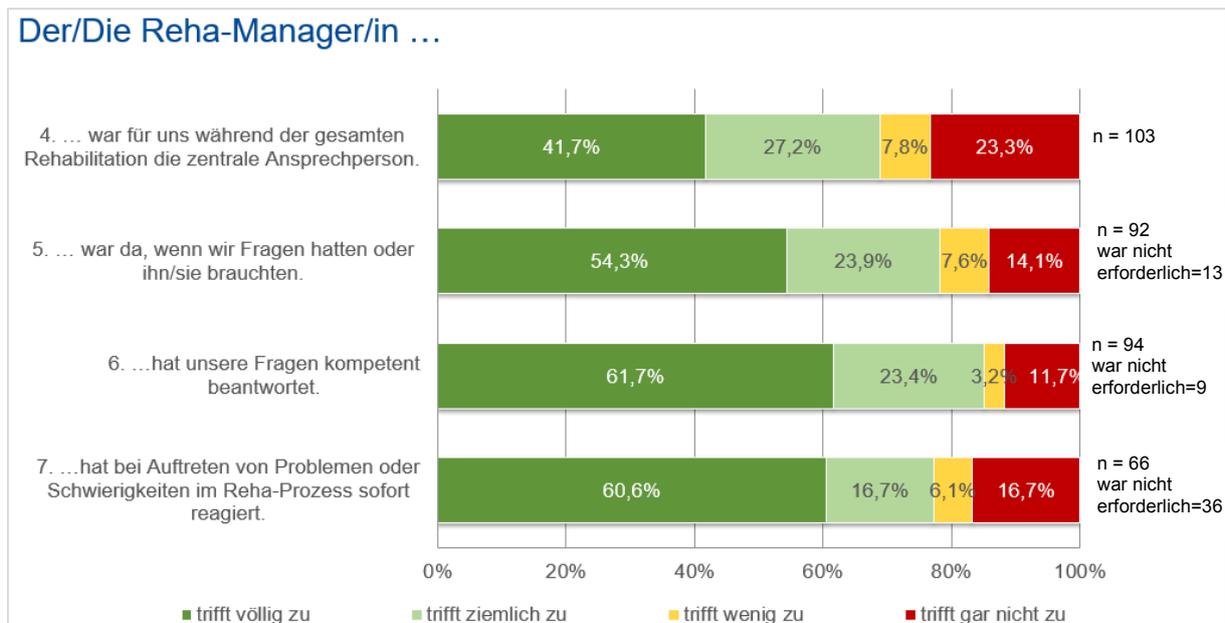


Abbildung 14: Antwortverhalten Dimension „Zusammenarbeit mit RM“ II (Eltern)

4.2.2.2 Planung der Rehabilitation

Bei 67 % der Antwortenden wurden für die Rehabilitation Ziele festgelegt (Abb. 15).

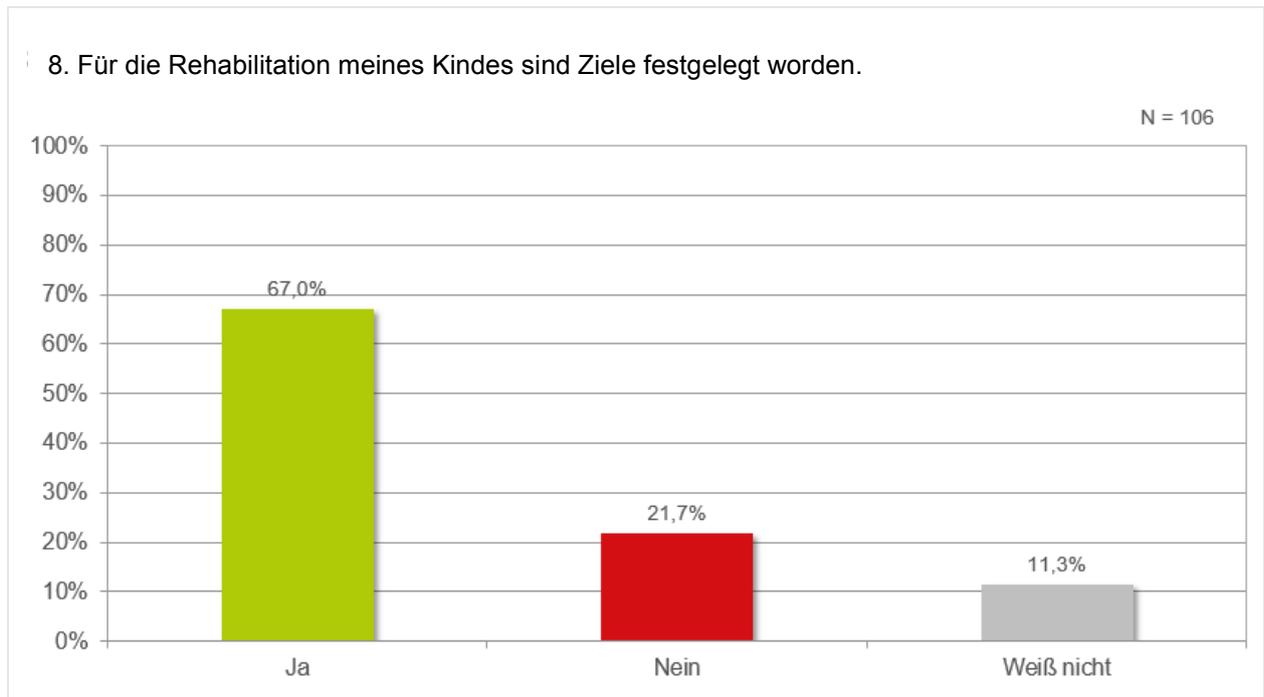


Abbildung 15: Antwortverhalten „Planung der Rehabilitation“ Frage 8 (Eltern)

Im Rahmen der Reha-Planung wussten fast 90 % der antwortenden Eltern/Erziehungsberechtigten, zu welchem Zweck einzelne Maßnahmen durchgeführt wurden. Drei Viertel gaben an, die persönlichen Bedürfnisse mit in die Planung eingebracht zu haben und so in den Rehabilitationsprozess eingebunden gewesen zu sein (Abb.16).

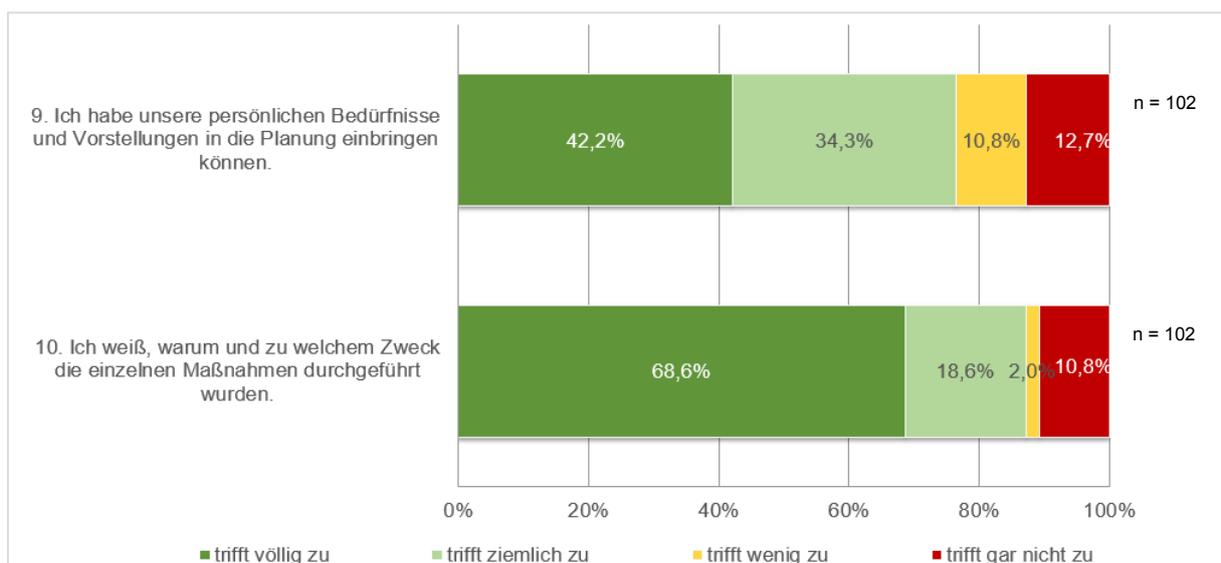


Abbildung 16: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ I (Eltern)

Die Planung der Rehabilitation erfolgte laut Angaben der Antwortenden in erster Linie durch Ärzte und Ärztinnen sowie die Reha-Managenden (Abb. 17). Keine Planung der Rehabilitation fand bei knapp 15 % statt.

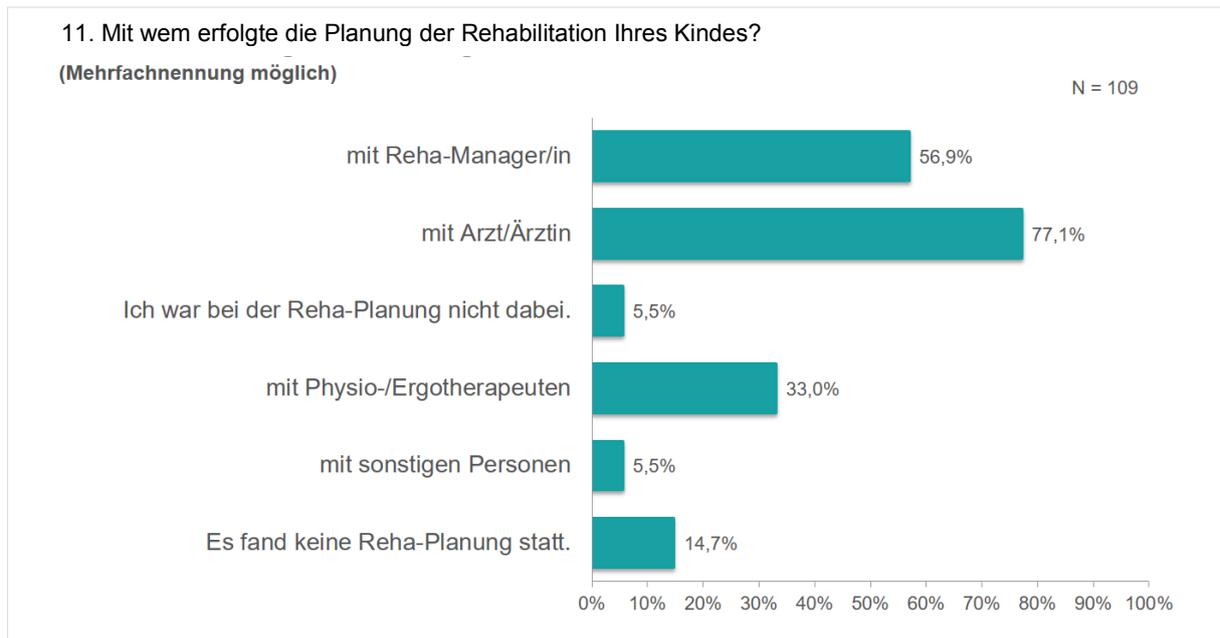


Abbildung 17: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ II (Eltern)

Sechs von zehn gaben darüber hinaus an, dass zur Planung ein Reha-Plan erstellt wurde (Abb. 18).

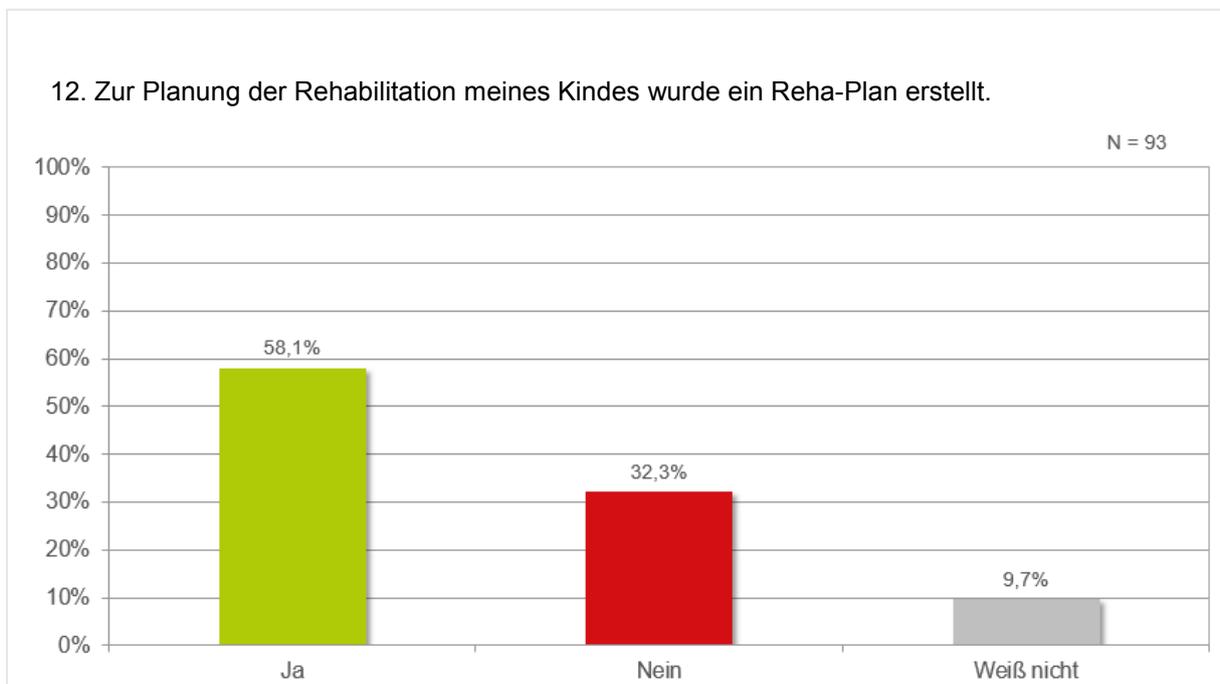


Abbildung 18: Antwortverhalten „Planung der Rehabilitation“ III Frage 12 (Eltern)

Für 84 % bot der Reha-Plan eine gute Orientierung. Mehr als drei Viertel aller Befragten gaben an, dass der Reha-Plan flexibel an veränderte Bedingungen angepasst wurde.

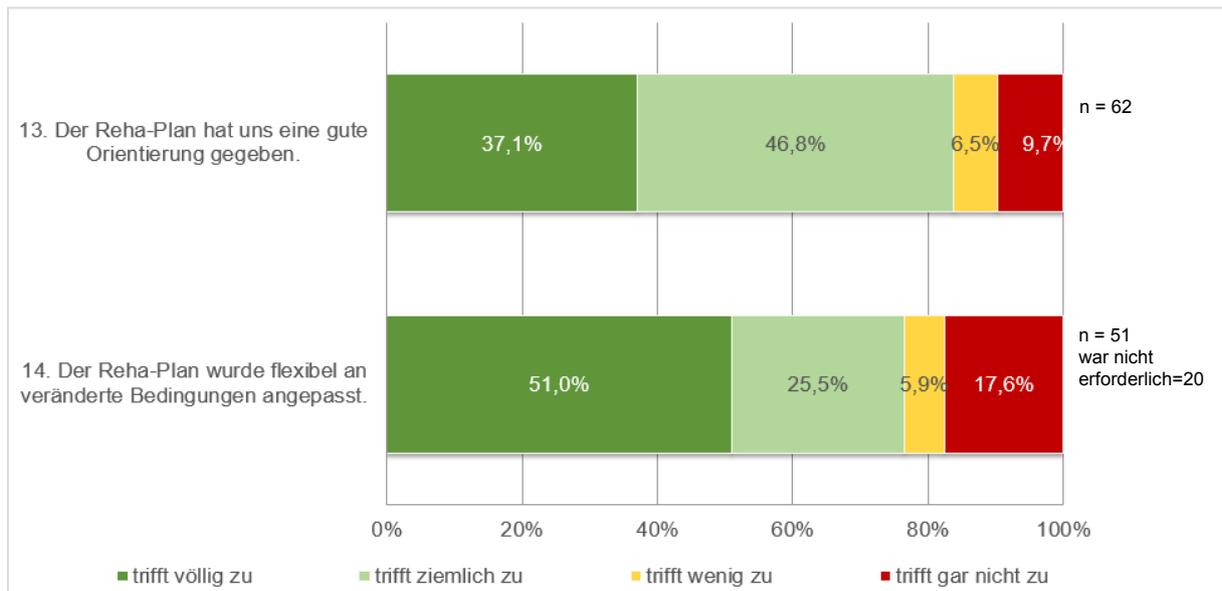


Abbildung 19: Antwortverhalten Dimension „Planung der Rehabilitation“ IV (Eltern)

4.2.2.3 Ablauf der Rehabilitation

Befragt zum Ablauf der Rehabilitation gaben neun von zehn Antwortenden an, dass die Maßnahmen wie geplant durchgeführt wurden. 83 % der befragten Eltern/Erziehungsberechtigten empfanden die Abfolge der Maßnahmen als zeitnah. Etwas mehr als drei Viertel wussten am Ende einer jeden Maßnahme, wie es im Rehabilitationsprozess weitergeht.

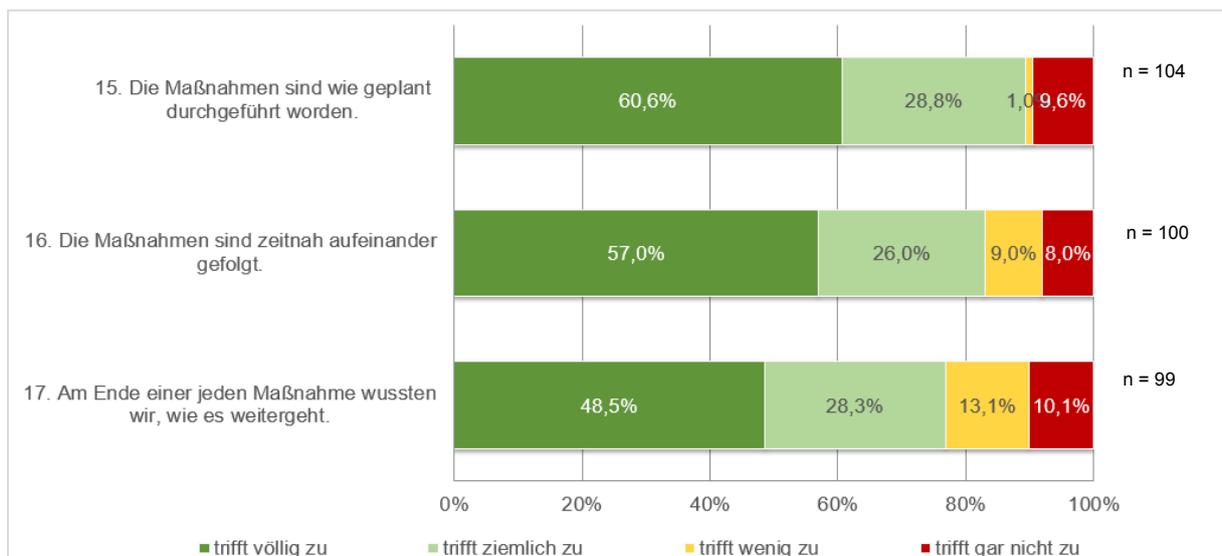


Abbildung 20: Antwortverhalten Dimension „Ablauf der Rehabilitation“ I (Eltern)

Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Ärzten/Ärztinnen und Therapierenden während der Rehabilitation empfanden 76 % der Eltern/Erziehungsberechtigten als gut. Während die medizinischen Maßnahmen bei acht von zehn Kindern/Jugendlichen sehr weitergeholfen haben, konnten die schulischen Reha-Maßnahmen nur sechs von zehn Kindern/Jugendlichen sehr weiterhelfen. Bei fast 60 % war eine schulische Rehabilitations-Maßnahme nicht erforderlich.

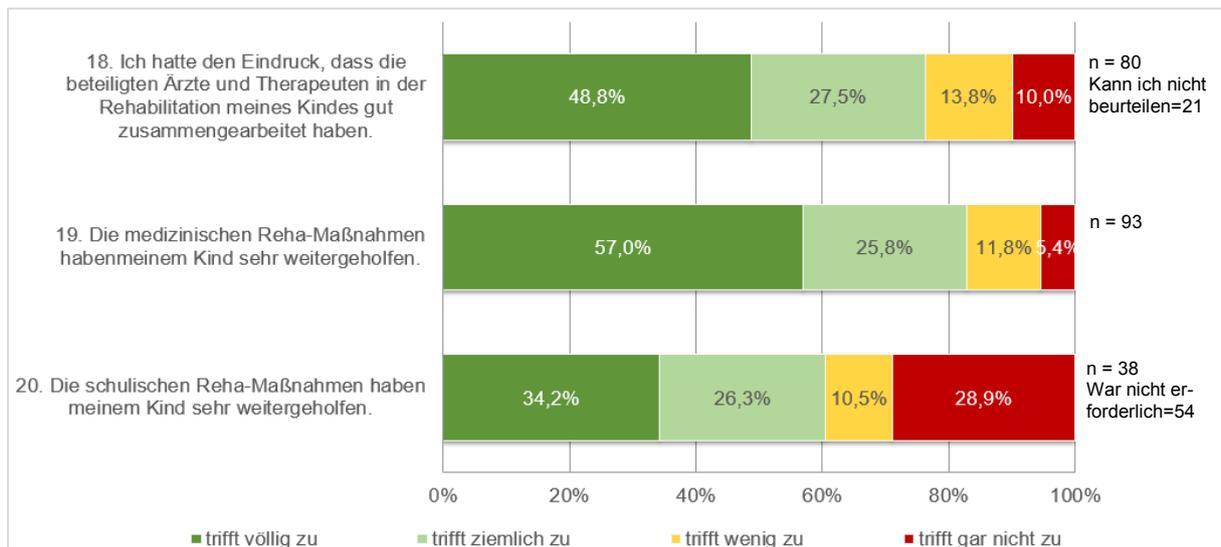


Abbildung 21: Antwortverhalten Dimension „Ablauf der Rehabilitation“ II (Eltern)

4.2.2.4 Zielerreichung

Die Zielerreichungsgrade zur körperlich Leistungsfähigkeit, Teilnahme an Freizeitaktivitäten und zum beruflichen Wiedereinstieg sind Indikatoren für die Zielerreichung der versicherten Kinder und Jugendlichen. Die Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit und auch die Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten wurden von 85 % erreicht. Die Erreichung der Ziele zur beruflichen/schulischen Perspektive wurde mit 83 % etwas schlechter eingeschätzt.

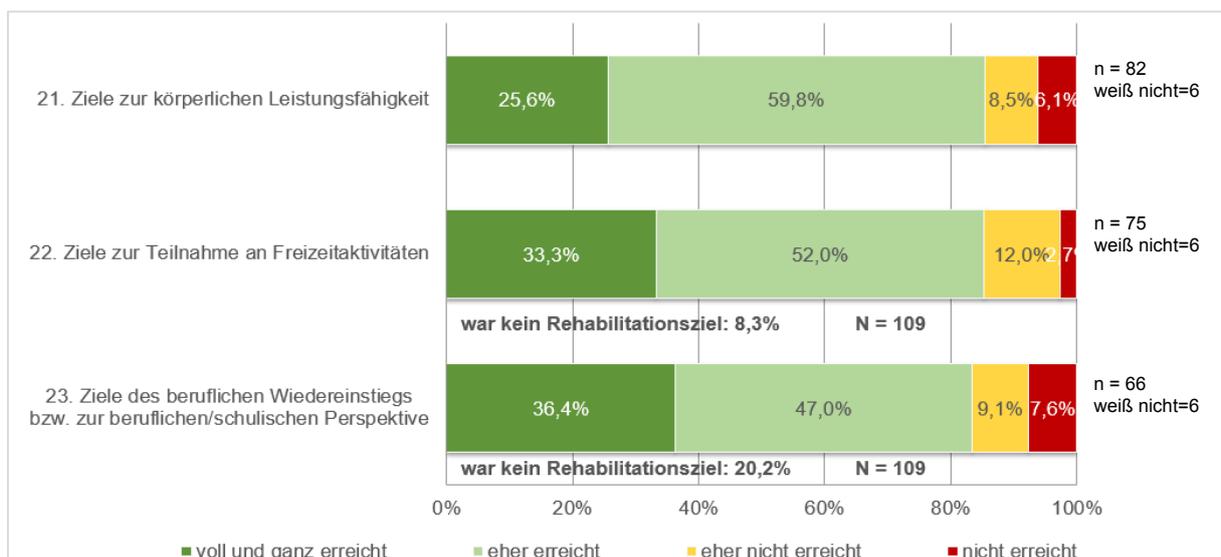


Abbildung 22: Antwortverhalten Dimension „Zielerreichung“ (Eltern)

4.2.2.5 Gesamtzufriedenheit

Unabhängig von einzelnen Einflussfaktoren haben die Befragten ihre Zufriedenheit mit der gesamten Rehabilitation ihres Kindes nach dem Unfallereignis angeben können. Acht von zehn Antwortenden sind demnach insgesamt zufrieden mit der Rehabilitation. Die annähernd gleiche Anzahl würde jedem Menschen in einer ähnlichen Situation die gleiche Rehabilitation empfehlen.

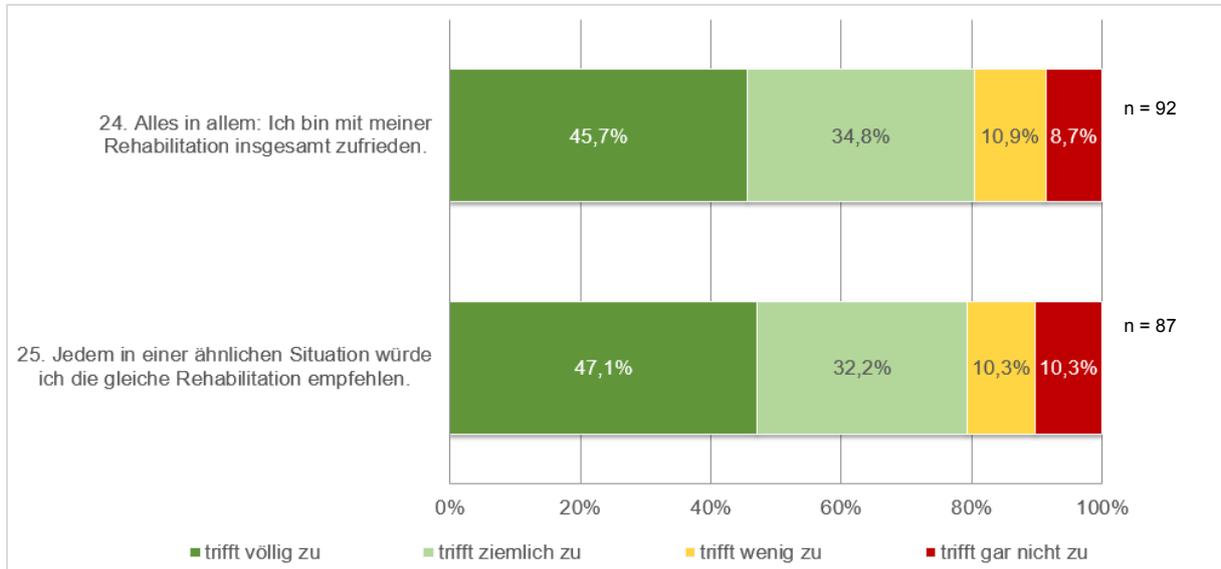


Abbildung 23: Antwortverhalten Dimension „Gesamtzufriedenheit“ (Eltern)

4.3 Zusammenhangsanalysen (erwachsene Versicherte)

Neben der rein deskriptiven Betrachtung wurden die Daten einer vertieften Analyse unterzogen. Aufgrund der bisher geringen Anzahl an Fragebögen im Bereich der Kinder und Jugendlichen ($N = 109$) erfolgten die vertieften Datenauswertungen zunächst ausschließlich für den Bereich der versicherten Erwachsenen. In diesem Kapitel werden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen, zunächst auf dimensionaler Ebene, später auch auf Ebene der Einzelitems betrachtet.

4.3.1 Zusammenhänge auf der Ebene der Dimensionen (Kreuztabellen)

In einem ersten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Merkmalsbereichen Dimensionen untersucht. Dabei wurden die Fragenkomplexe der Qualitätsfaktoren (Zusammenarbeit zwischen den Versicherten und dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin, Planung der Reha, Ablauf der Reha) jeweils zweistufig mit den Fragenkomplexen der Zielvariablen (Zielerreichung, Gesamtzufriedenheit) in Beziehung gesetzt. Diese Analysen geben einen ersten Überblick über die Zusammenhänge zwischen Qualität und Ergebnisfaktoren (Zielvariablen) des Reha-Managements. Die methodische Vorgehensweise zur Bildung der Dimensionen bzw. der jeweiligen Fragenkomplexe wurde im Kapitel 3.3 beschrieben.

Die Kreuztabellen stellen dar, mit welcher Häufigkeit die unterschiedlichen Wertekombinationen der jeweiligen Variablen (zufrieden/unzufrieden bzw. positive/negative Bewertung) in den vorliegenden Daten auftreten und geben Auskunft darüber, ob ein Zusammenhang zwischen den Ausprägungen der verschiedenen Merkmale besteht. Die Signifikanz wurde durch den Chi-Quadrat-Test ermittelt. Die Werte der jeweils untersuchten bzw. miteinander in Beziehung gesetzten Gruppen unterscheiden sich alle signifikant voneinander. Um Aussagen über die Stärke des Zusammenhangs treffen zu können, wurde zusätzlich das Zusammenhangsmaß Cramer's-V berechnet. Um die Stärke des Zusammenhangs zu bestimmen, wird auf die folgende Konvention (nach Cohen) Bezug genommen:

- Cramer-V = kleiner 0.3 → kleiner (schwacher) Zusammenhang
- Cramer-V = größer 0.3 bis 0.5 → mittlerer Zusammenhang
- Cramer-V = größer 0.5 → starker Zusammenhang (vgl. Fröhlich & Peter 2009, S. 141).

Fragenkomplex (Dimension)	Zugeordnete Einzelfragen
Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. mit der Reha-Managerin	Mein/e Reha-Manager/in ist mir persönlich bekannt.
	Mein/e Reha-Manager/in hat nach meinem Unfall innerhalb eines Monats Kontakt zu mir aufgenommen.
	Mein/e Reha-Manager/in war während der gesamten Reha die zentrale Ansprechperson.
	Mein/e Reha-Manager/in war für mich da, wenn ich Fragen hatte oder ihn/sie brauchte.
	Mein/e Reha-Manager/in hat meine Fragen kompetent beantwortet.
	Mein/e Reha-Manager/in hat bei Auftreten von Problemen oder Schwierigkeiten im Reha-Prozess sofort reagiert.
Einbindung des Versicherten in die Reha	Für meine Rehabilitation sind Ziele festgelegt worden.
	Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.
Planung der Reha	Ich weiß, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden.
	Die Planung meiner Rehabilitation erfolgte mit folgenden Personen. (Reha-Manager/in, Arzt/Ärztin, Physio-/Ergotherapeut/in, sonstige Personen, Es fand keine Reha-Planung statt., Ich war bei der Reha-Planung nicht dabei.)
	Zur Planung meiner Rehabilitation wurde ein Reha-Plan erstellt.
	Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.
	Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.
	Die Maßnahmen sind wie geplant durchgeführt worden.
Ablauf der Reha	Die Maßnahmen sind zeitnah aufeinander gefolgt.
	Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.
	Ich hatte den Eindruck, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten in meiner Rehabilitation gut zusammengearbeitet haben.
	Die medizinischen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.
	Die beruflichen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.
	Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit
Subjektive Zielerreichung	Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten
	Erreichung der Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs bzw. zur beruflichen/schulischen Perspektive
Gesamtzufriedenheit	Alles in allem: Ich bin mit meiner Rehabilitation insgesamt zufrieden.
	Jedem in einer ähnlichen Situation würde ich die gleiche Rehabilitation empfehlen.

Tabelle 4 Zuordnung der Einzelfragen (nur ordinalskalierte Variablen) zu einem Fragenkomplex (Dimension)

4.3.1.1 Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in

Zunächst wurde untersucht, ob die Bewertung der von den Versicherten individuell angestrebten Reha-Ziele in Verbindung mit der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin steht. Sind die Befragten mit ihrer Zusammenarbeit zufrieden, dann bewerten ca. 70 % auch ihre Zielerreichung positiv. Umgekehrt zeigt sich, dass nur 43 % der Versicherten, die mit der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin unzufrieden sind, ihre Zielerreichung positiv bewerten.

Der Effekt des Zusammenhangs ist eher klein, aber statistisch nachweisbar (Cramer-V = 0.223).

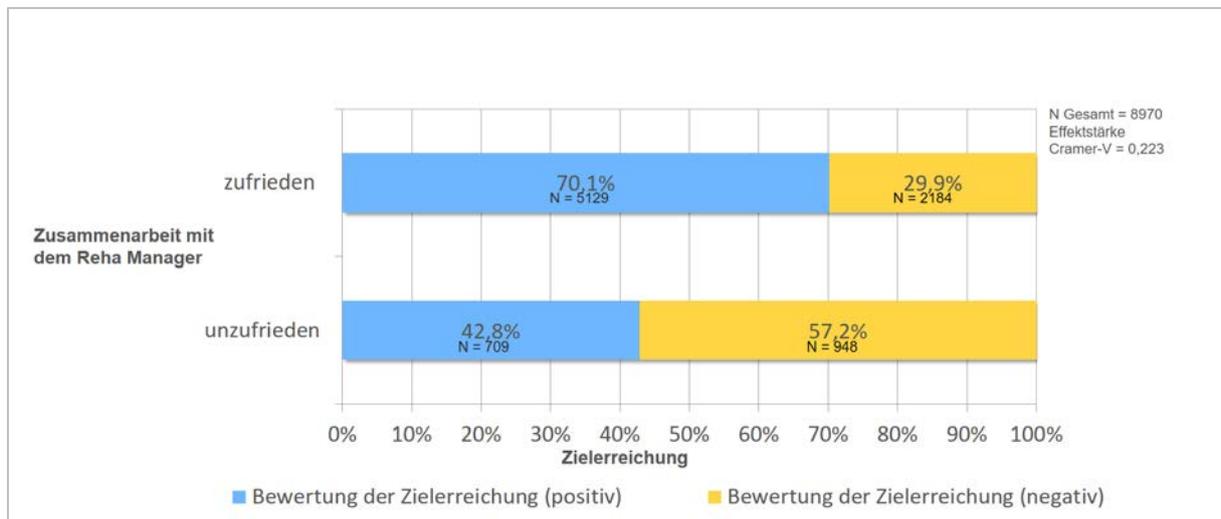


Abbildung 24: Zusammenhang zwischen der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin und der Zielerreichung (Kreuztabelle)

Weiter wurde betrachtet, ob diejenigen Versicherten, welche die Zusammenarbeit mit den Reha-Managerinnen bzw. Reha-Managern positiv bewerten, gleichzeitig auch eine hohe Gesamtzufriedenheit angeben und grundsätzlich die Rehabilitation weiterempfehlen würden. Von denjenigen, die zufrieden mit der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin waren, bewerteten ca. 92 % ihre Gesamtzufriedenheit positiv und nur ca. 8 % negativ. Gleichzeitig gab etwas mehr als die Hälfte derjenigen, die mit der Zusammenarbeit eher unzufrieden waren, eine positive Gesamtzufriedenheit an. Der Zusammenhang zwischen der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager oder der Reha-Managerin und der Gesamtzufriedenheit ist mittelstark (Cramer-V = 0.411). Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Versicherten und den Reha-Managerinnen bzw. Reha-Managern kann demnach für die Gesamtzufriedenheit im gesamten Reha-Prozess förderlich sein.

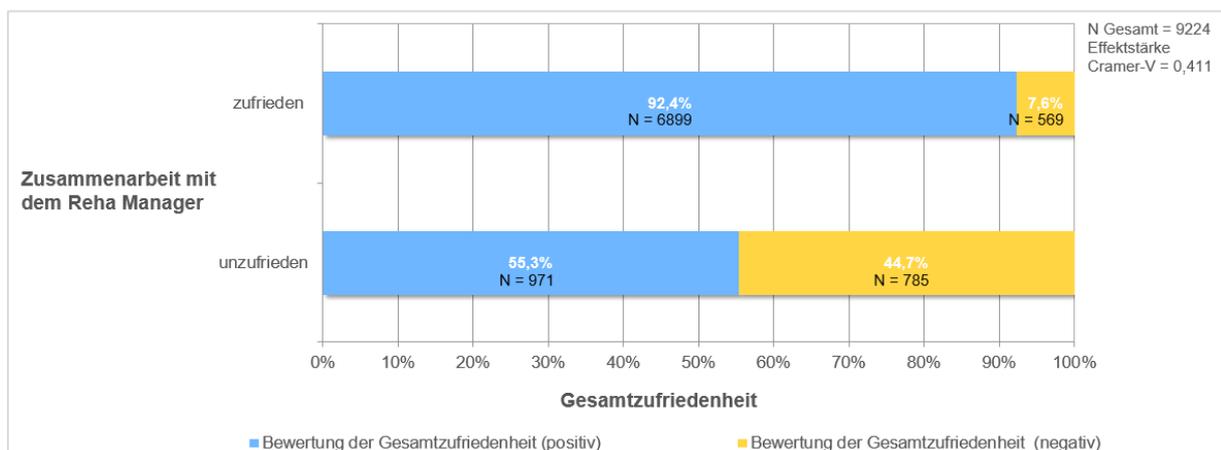


Abbildung 25: Zusammenhang zwischen Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin und der Gesamtzufriedenheit (Kreuztabelle)

4.3.1.2 Planung und Einbindung in die Rehabilitation

Die Planung der Rehabilitation und die Einbindung der Versicherten in die Planung ist ein wichtiger Bestandteil des Reha-Managements in der gesetzlichen Unfallversicherung. Auch hier wurde untersucht, in welchem Zusammenhang die Reha-Planung jeweils mit der Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit steht. Ca. 71 % der Versicherten, die zufrieden mit ihrer Reha-Planung waren, bewerteten auch ihre Zielerreichung positiv. Auch ein Drittel (69 %) der Befragten, die mit der Reha-Planung unzufrieden waren, bewerten ihre Zielerreichung positiv. Zudem besteht zwischen der Planung der Reha und der Zielerreichung nur ein eher kleiner Zusammenhang (Cramer-V = 0.274).

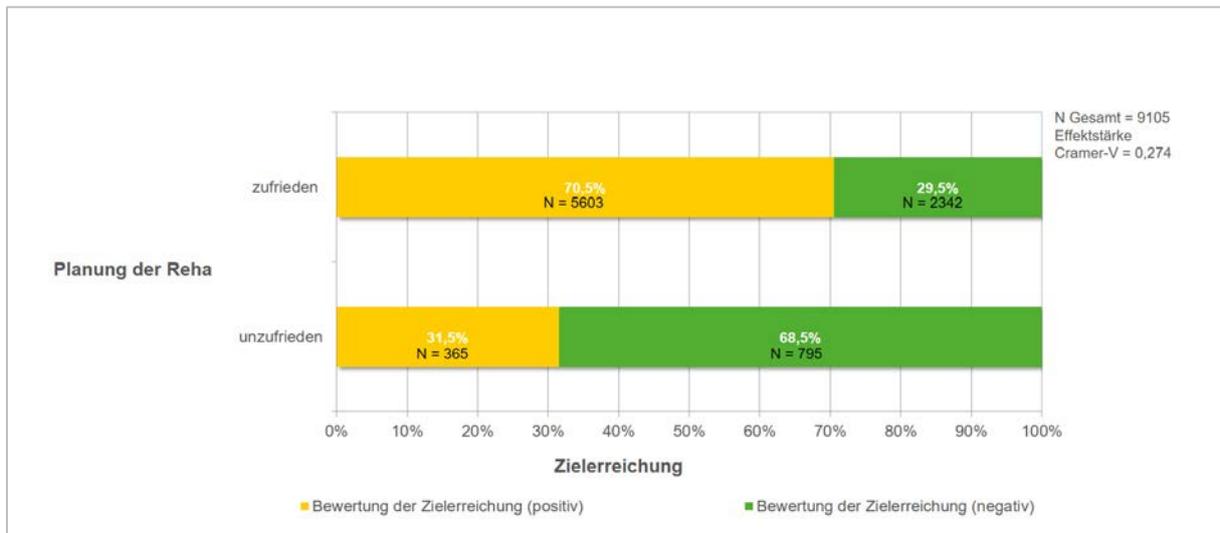


Abbildung 26: Zusammenhang zwischen Planung der Rehabilitation und der Zielerreichung (Kreuztabelle)

Anders verhält es sich mit dem Zusammenhang von Reha-Planung und Gesamtzufriedenheit. Ca. 93 % der befragten Versicherten, die mit ihrer Reha-Planung zufrieden waren, sind auch insgesamt mit der Rehabilitation zufrieden. Dagegen bewerten die Versicherten, die mit ihrer individuellen Planung eher unzufrieden waren, nur zu 38 % ihre Rehabilitation als zufriedenstellend. Die Effektstärke des Zusammenhangs zwischen der Planung der Rehabilitation und der Gesamtzufriedenheit der Versicherten ist stark (Cramer-V = 0.539).

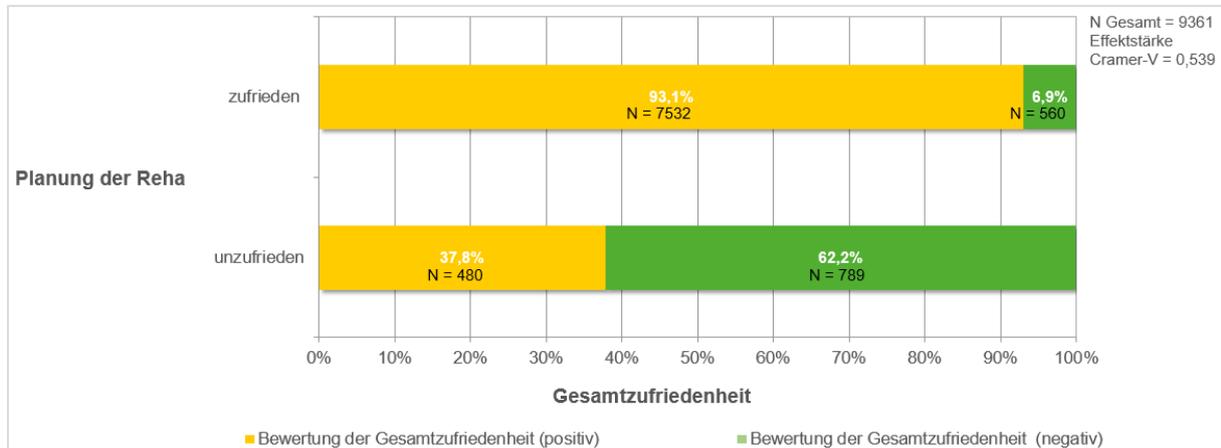


Abbildung 27: Zusammenhang zwischen der Planung der Rehabilitation und der Gesamtzufriedenheit (Kreuztabelle)

Im Folgenden wurde betrachtet, inwieweit jeweils eine Beziehung zwischen der Einbindung der Versicherten in die Planung ihrer Reha (Festlegung von Reha-Zielen, Einbringen der individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen) und der Erreichung ihrer Reha-Ziele sowie ihrer Gesamtzufriedenheit besteht. Es lässt sich festhalten, dass im ersten Fall ein kleiner Zusammenhang besteht (Cramer-V = 0.241). Über zwei Drittel der Befragten (69,5 %), die zufrieden mit ihrer Einbindung waren, bewerteten auch ihre Zielerreichung positiv. Hingegen beurteilten nur ca. ein Drittel der Befragten, die unzufrieden mit der Partizipation an Entscheidungen im Rahmen ihrer Reha-Planung waren, auch ihre Zielerreichung positiv. Über zwei Drittel dieser Befragten schätzten ihre Zielerreichung negativ ein.

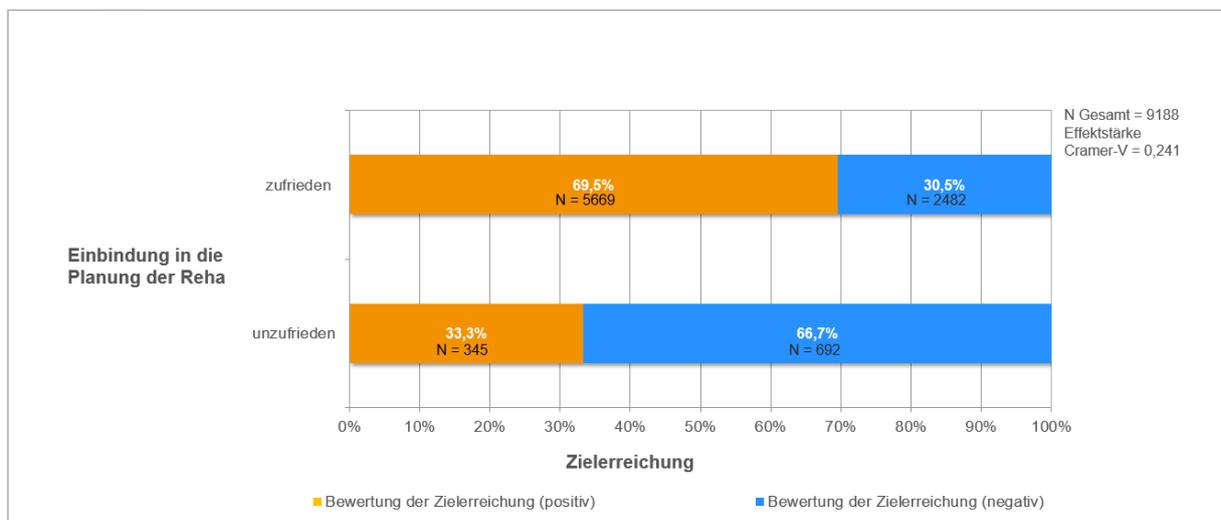


Abbildung 28: Zusammenhang zwischen der Einbindung in die Planung der Rehabilitation und der Zielerreichung (Kreuztabelle)

Ein etwas anderes Bild zeichnet sich bei der Gesamtzufriedenheit ab.

Über 90 % der Befragten, die ihre Einbindung in die Planung der Reha positiv einschätzten, bewerteten auch ihre Gesamtzufriedenheit positiv. Von den Befragten, welche die Einbindung in die Reha-Planung unzulänglich empfanden, gaben knapp 40 % an, insgesamt mit ihrer Reha zufrieden zu sein. Der Effekt des Zusammenhangs liegt im mittleren bis starken Bereich (Cramer-V = 0.490).

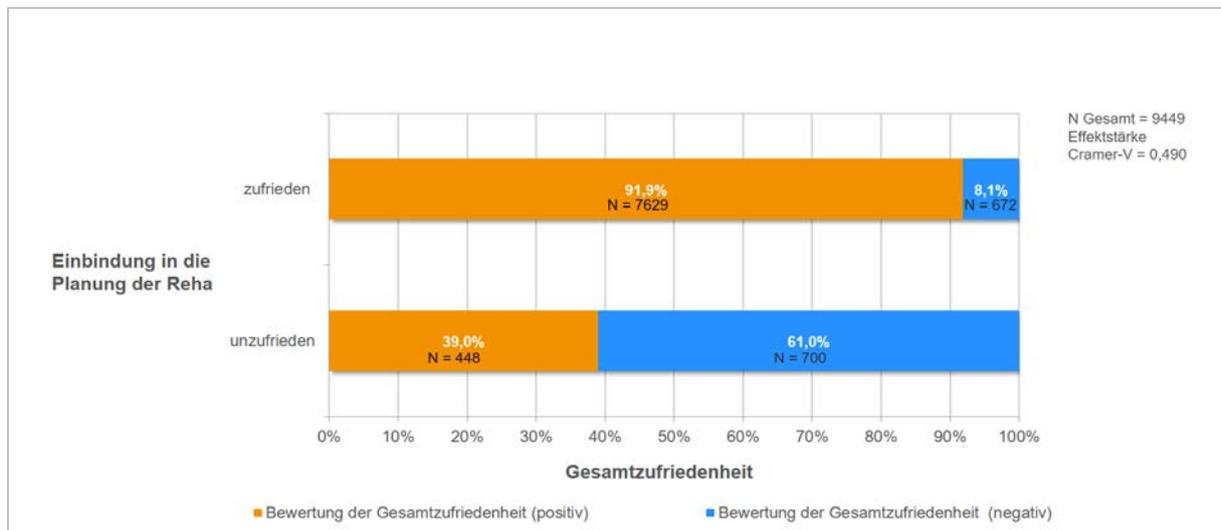


Abbildung 29: Zusammenhang zwischen der Einbindung in die Planung der Rehabilitation und der Gesamtzufriedenheit (Kreuztabelle)

4.3.1.3 Ablauf der Rehabilitation

Wurde der Ablauf der Rehabilitation zufriedenstellend bewertet, dann waren fast drei Viertel der Antwortenden auch mit der Erreichung ihrer Reha-Ziele insgesamt zufrieden. Waren die befragten Versicherten hingegen mit dem Ablauf ihrer Reha eher unzufrieden, dann bewerteten sie ihre Zielerreichung nur zu ca. 22 % positiv. Die Kenntnis des Zwecks zielführender Maßnahmen sowie der reibungslose Ablauf der Maßnahmen gehen demnach mit einer höheren Zielerreichung einher. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen dem Ablauf der Rehabilitation und der Zielerreichung liegt im mittleren Bereich (Cramer-V = 0.329).

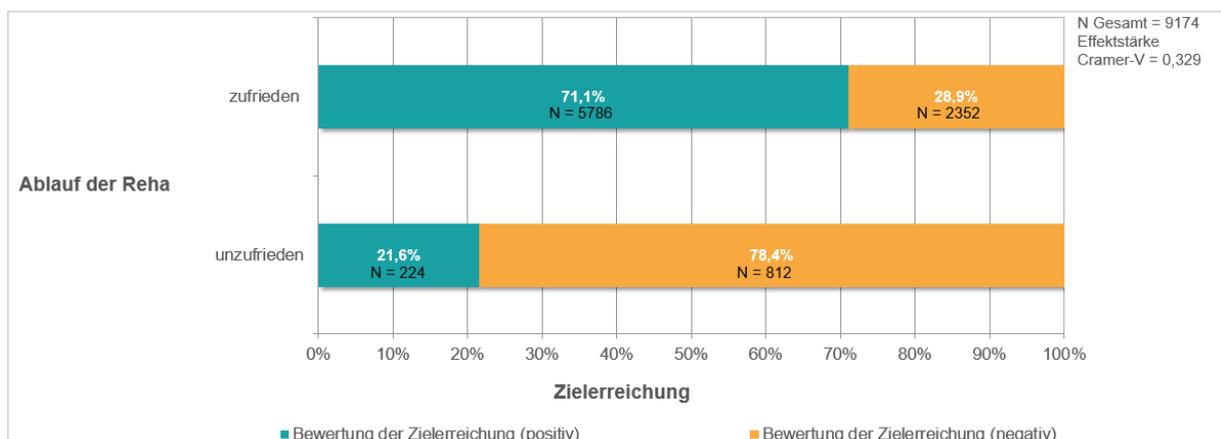


Abbildung 30: Zusammenhang zwischen dem Ablauf der Rehabilitation und der Zielerreichung (Kreuztabelle)

In Bezug auf die Gesamtzufriedenheit zeigte sich, dass ca. 94 % der befragten Versicherten, die zufrieden mit dem Ablauf ihrer Reha waren, auch ihre Gesamtzufriedenheit positiv bewerteten. Hingegen beurteilten die Versicherten, die mit dem Ablauf ihrer Reha unzufrieden waren, ihre Gesamtzufriedenheit auch nur zu ca. 27 % positiv. Die Effektstärke des Zusammenhangs zwischen dem Ablauf der Rehabilitation und der Gesamtzufriedenheit ist stark (Cramer-V = 0.619).

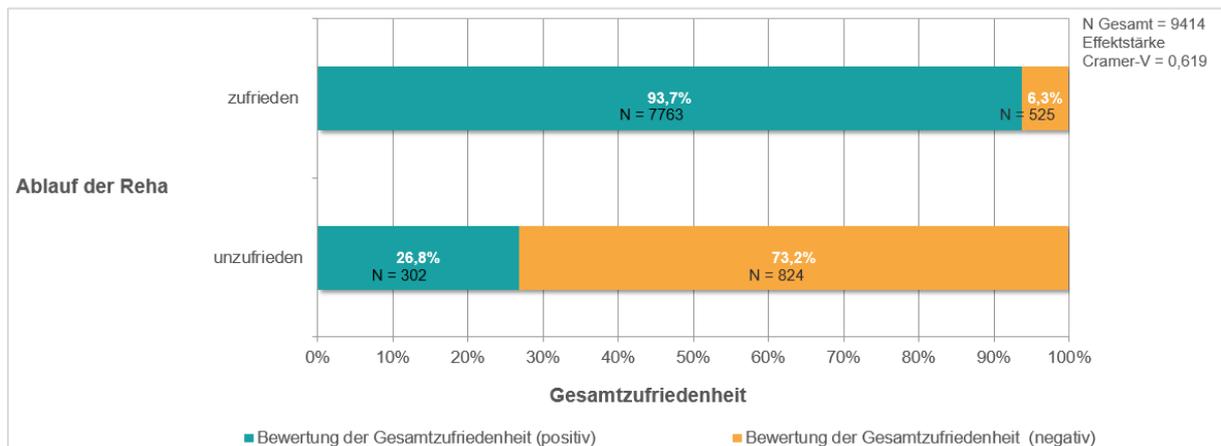


Abbildung 31: Zusammenhang zwischen dem Ablauf der Reha und der Gesamtzufriedenheit (Kreuztabelle)

4.3.1.4 Fazit der Zusammenhänge auf dimensionaler Ebene

Die dimensionale Analyse der Zusammenhänge (Kreuztabellen) zwischen den Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements einerseits und den Zielfaktoren Zielerreichung (gesamt) und der Gesamtzufriedenheit andererseits hat einen ersten tiefergehenden Einblick in die Daten gegeben. Deutlich wurde, dass starke Zusammenhänge zwischen verschiedenen Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements und der Gesamtzufriedenheit der Versicherten bestehen.

In der nachfolgenden Tabelle sind mittelstarke bis starke Effekte grün gekennzeichnet. Die bedeutendsten Effekte treten hier jeweils beim Ablauf der Rehabilitation und bei der Planung der Rehabilitation im Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit auf. Der Zusammenhang zwischen der Einbindung der Versicherten in die Planung ihrer Rehabilitation und die von ihnen erlebte Gesamtzufriedenheit war mittelstark bis stark. Auch die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Zusammenarbeit der Versicherten mit ihrem Reha-Manager bzw. ihrer Reha-Managerin und der Gesamtzufriedenheit liegt im mittleren Bereich. Der Effekt des Zusammenhangs zwischen der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin, die Planung der Rehabilitation und Einbindung der Versicherten in die Reha-Planung in Bezug auf die Zielerreichung ist eher klein bzw. schwach.

Der Zusammenhang zwischen dem Ablauf der Rehabilitation und der Beurteilung der Zielerreichung war mittelstark.

Dimensionen (Fragenkomplexe)	Zielerreichung (Gesamt) Effektstärken (Cramer-V)	Gesamtzufriedenheit Effektstärken (Cramer-V)
Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager	0.223	0.411
Planung der Reha	0.274	0.539
Einbindung in die Reha	0.241	0.490
Ablauf der Reha	0.329	0.619

Tabelle 5: Übersicht über die Stärke der Zusammenhänge (Werte Cramer-V) auf Ebene der Dimensionen bzw. Fragenkomplexe

4.3.2 Zusammenhänge zwischen den Qualitäts- und Zielfaktoren auf Ebene der Einzelitems (Korrelationsmatrix)

Im nächsten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements und den Zielfaktoren auf Ebene der Einzelitems betrachtet. Dies erfolgte um genauer festzustellen, welche einzelnen Merkmale des Reha-Managements relevant sind.

4.3.2.1 Bivariate Rangkorrelation nach Spearman Rho

Dazu wurden bivariate Rangkorrelationen nach Spearman Rho für ordinalskalierte Variablen berechnet und eine Korrelationsmatrix mit den Werten des Korrelationskoeffizienten erstellt. Die Rangkorrelation wird nicht zwischen den Datenpunkten selbst, sondern zwischen den Rängen der jeweiligen Variablen, die miteinander in Beziehung gesetzt werden, berechnet. Der Wert des Korrelationskoeffizienten "r" gibt die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen an. Für die Bestimmung der Stärke der Zusammenhangs wurde auch auf die Konvention nach Cohen (1988)¹⁰ Bezug genommen:

r = bis 0.3 → kleiner (schwacher) Zusammenhang

r = 0.3 bis 0.5 → mittlerer Zusammenhang

r = ab 0.5 = → starker Zusammenhang

Das Vorzeichen des Korrelationskoeffizienten beschreibt die Richtung des Zusammenhangs zwischen den Variablen. Eine bivariate positive Korrelation besagt, dass hohe Ausprägungen auf einem Merkmal mit hohen Ausprägungen auf dem anderen Merkmal einhergehen. Bei einem negativen Zusammenhang gehen hohe Ausprägungen auf dem einen Merkmal mit

¹⁰ Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2. Aufl.). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.

niedrigen Ausprägungen auf dem anderen Merkmal einher¹¹. Eine hohe Korrelation zwischen zwei Variablen bedeutet nicht, dass die beiden Variablen kausal miteinander zusammenhängen. Stattdessen liefern Korrelationen lediglich einen ersten Hinweis, dass dies der Fall sein könnte. Die gefundenen Zusammenhänge können ggf. durch weitere empirische Forschung, auch qualitativer Art, überprüft werden.

In der Korrelationstabelle sind die mittelstarken signifikanten Zusammenhänge, d. h., ab dem Wert des Korrelationskoeffizienten von $r = 0.3^{**}$, mit grün gekennzeichnet. Aufgrund der Stichprobengröße wurden auch niedrigere Werte des Korrelationskoeffizienten als statistisch hoch signifikant ausgewiesen. Die Korrelationsmatrix zeigt auf, dass – wie auch schon die Ergebnisse der kreuztabellarischen Analysen auf der dimensional Ebene gezeigt haben (siehe Kap. 4.3.1) - die stärksten und hier auch die häufigsten signifikant positiven Zusammenhänge zwischen verschiedenen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements und der Gesamtzufriedenheit mit der Rehabilitation („Alles in allem bin ich mit meiner Reha zufrieden“) sowie mit der Weiterempfehlung der Rehabilitation („Jedem in einer ähnlichen Situation würde ich die gleiche Reha weiterempfehlen“) vorzufinden sind. Diese beiden Zielfaktoren weisen als abhängige Variablen fast durchgängig nennenswerte hochsignifikante mittelstarke bis starke Korrelationen mit vielen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements auf. Je höher also die jeweiligen Qualitätsmerkmale des Reha-Managements ausgeprägt sind, desto zufriedener sind die Versicherten auch mit ihrer Rehabilitation bzw. empfehlen diese weiter. Die hier bedeutsamen Qualitätsfaktoren werden im Fortlauf des Kapitels noch näher dargestellt. Auf der Seite der unabhängigen Variablen (Qualitätsfaktoren im Reha-Management) ist auffällig, dass es hier sechs Qualitätsfaktoren (in der Korrelationsmatrix mit orange gekennzeichnet) gibt, die mit allen abhängigen Zielvariablen durchgängig mittelstarke bis starke signifikante Zusammenhänge aufweisen.

¹¹ Der Korrelationskoeffizient kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Ein Korrelationskoeffizient von +1 zeigt eine perfekte positive Korrelation an, d. h. je höher der Wert von Merkmal A, desto höher ist meist auch der Wert von Merkmal B. Hat der Korrelationskoeffizient einen Wert von -1, besteht eine perfekte negative Korrelation, d. h., je höher der Wert von Merkmal A, desto niedriger ist der Wert von Merkmal B.

Zielfaktoren im Reha-Management					
Qualitätsmerkmale im Reha-Management	Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit	Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten	Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs	Zufriedenheit mit der Reha	Weiterempfehlung der Reha
Reha-Manager/in ist persönlich bekannt	0.04**	0.04**	0.05**	0.10**	0.11**
Mein/e Reha-Manager/in hat innerhalb eines Monats Kontakt aufgenommen	0.19**	0.17**	0.18**	0.24**	0.23**
Mein/e Reha-Manager/in hat Maßnahmen für meinen beruflichen Wiedereinstieg erörtert	0.14**	0.14**	0.17**	0.21**	0.23**
Mein/e Reha-Manager/in war während der gesamten Reha die zentrale Ansprechperson	0.24**	0.25**	0.24**	0.40**	0.42**
Mein/e Reha-Manager/in war für mich da, wenn ich Fragen hatte	0.26**	0.25**	0.27**	0.41**	0.44**
Mein/e Reha-Manager/in hat meine Fragen kompetent beantwortet	0.28**	0.28**	0.29**	0.44**	0.46**
Mein/e Reha-Manager/in hat bei Auftreten von Problemen oder Schwierigkeiten sofort reagiert	0.28**	0.29**	0.29**	0.47**	0.50**
Für meine Reha sind Ziele festgelegt worden	0.21**	0.21**	0.20**	0.30**	0.33**
Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können	0.33**	0.32**	0.34**	0.48**	0.50**
Ich weiß, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden	0.28**	0.29**	0.29**	0.45**	0.49**
Zur Planung meiner Reha wurde ein Reha-Plan erstellt	0.15**	0.15**	0.12**	0.23**	0.26**
Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben	0.33**	0.34**	0.31**	0.50**	0.54**
Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst	0.32**	0.33**	0.31**	0.49**	0.54**
Die Maßnahmen sind wie geplant durchgeführt worden	0.29**	0.29**	0.28**	0.46**	0.50**
Die Maßnahmen sind zeitnah aufeinander gefolgt	0.29**	0.29**	0.27**	0.44**	0.47**
Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht	0.36**	0.36**	0.34**	0.52**	0.54**
Ich hatte den Eindruck, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten in meiner Reha gut zusammengearbeitet haben	0.29**	0.30**	0.25**	0.51**	0.56**
Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen	0.52**	0.48**	0.47**	0.62**	0.60**
Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen	0.55**	0.51**	0.61**	0.59**	0.55**

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 6: Bivariate Rangkorrelation nach Spearman Rho

4.3.2.2 Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Zufriedenheit

Zur besseren Übersicht der signifikanten Korrelationen zwischen den verschiedenen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements und den **Zielfaktoren** wurden auf Basis der ermittelten Korrelationskoeffizienten noch einmal Rankings ab einem mittelstarken bis starken signifikanten Zusammenhang erstellt.

Aus der ersten Tabelle ist ersichtlich, dass es hier jeweils starke positive signifikante Zusammenhänge zwischen den ablaufbezogenen Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements wie den medizinischen ($r = .62^{**}$) und beruflichen Maßnahmen ($r = .59^{**}$), dem Wissen, wie es am Ende einer jeden Maßnahme weitergeht ($r = .52^{**}$), der von den Versicherten erlebten guten Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und Therapeuten ($r = .51^{**}$) und auch Qualitätsmerkmalen der Reha-Planung, wie der guten Orientierung der Versicherten in ihrer Reha durch den Reha-Plan ($r = .50^{**}$) und der Zufriedenheit mit der Reha gibt.

Rang	Qualitätsmerkmale des Reha-Managements	Zielfaktor: Alles in allem bin ich mit meiner Reha zufrieden (Werte Spearman Rho)
1.	Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	$r = .62^{**}$
2.	Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen	$r = .59^{**}$
3.	Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.	$r = .52^{**}$
4.	Ich hatte den Eindruck, dass die Ärzte und Therapeuten gut zusammengearbeitet haben.	$r = .51^{**}$
5.	Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.	$r = .50^{**}$
6.	Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.	$r = .49^{**}$
7.	Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.	$r = .48^{**}$
8.	Mein/e Reha-Manager/in hat bei Auftreten von Problemen oder Schwierigkeiten im Reha Prozess sofort reagiert.	$r = .47^{**}$
9.	Die Maßnahmen sind wie geplant durchgeführt worden.	$r = .46^{**}$
10.	Ich weiß, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden.	$r = .45^{**}$
11.	Mein/e Reha-Manager/in hat meine Fragen kompetent beantwortet.	$r = .44^{**}$
11.	Die Maßnahmen sind zeitnah aufeinander gefolgt.	$r = .44^{**}$

12.	Mein/e Reha-Manager/in war für mich da, wenn ich Fragen hatte.	$r = .41^{**}$
13.	Mein/e Reha-Manager/in war für mich während meiner gesamten Reha die zentrale Ansprechperson.	$r = .40^{**}$
14.	Für meine Reha sind Ziele festgelegt worden.	$r = .30^{**}$

Tabelle 7: Ranking der signifikanten Korrelationen zwischen den Qualitätsfaktoren des Reha-Managements mit der Zufriedenheit mit der Reha (dargestellt ab einem mittelstarken hoch signifikanten Zusammenhang von $r = .30^{**}$)

4.3.2.3 Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Weiterempfehlung

Wenn die Versicherten mit ihrer Reha zufrieden sind, dann empfehlen sie diese meist auch weiter. So zeigt die nächste Tabelle, bis auf eine Veränderung in der Rangfolge, ein nahezu ähnliches Ranking der starken und mittelstarken signifikanten Korrelationen zwischen den als relevant identifizierten Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements und der Weiterempfehlung der Reha, wie sich dies auch schon bei den Zusammenhängen der betreffenden Qualitätsmerkmale mit der Zufriedenheit mit der Reha gezeigt hat.

Rang	Qualitätsmerkmale des Reha-Managements	Zielfaktor: Jedem in einer ähnlichen Situation würde ich die gleiche Reha weiterempfehlen (Werte Spearman Rho)
1.	Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	$.60^{**}$
2.	Ich hatte den Eindruck, dass die Ärzte und Therapeuten gut zusammengearbeitet haben.	$.56^{**}$
3.	Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	$.55^{**}$
4.	Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.	$.54^{**}$
4.	Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.	$.54^{**}$
4.	Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.	$.54^{**}$
5.	Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.	$.50^{**}$
5.	Mein/e Reha-Manager/in hat bei Auftreten von Problemen und Schwierigkeiten im Reha Prozess sofort reagiert.	$.50^{**}$
5.	Die Maßnahmen sind wie geplant durchgeführt worden.	$.50^{**}$
6.	Ich weiß warum und zu welchem Zweck die Maßnahmen durchgeführt wurden.	$.49^{**}$
7.	Die Maßnahmen sind zeitnah aufeinander gefolgt.	$.47^{**}$

8.	Mein/e Reha-Manager/in hat meine Fragen kompetent beantwortet.	.46**
9.	Mein/e Reha-Manager/in war für mich da, wenn ich Fragen hatte.	.44**
10.	Mein/e Reha-Manager/in war während meiner gesamten Reha die zentrale Ansprechperson.	.42**
11.	Für meine Reha sind Ziele festgelegt worden.	.33**

Tabelle 8: Ranking der signifikanten Korrelationen zwischen den Qualitätsfaktoren des Reha-Managements mit der Weiterempfehlung der Reha (dargestellt ab einem mittelstarken hoch signifikanten Zusammenhang von $r = .30^{**}$)

4.3.2.4 Ranking signifikanter Korrelationen von Qualitätsfaktoren mit der Zielerreichung

Weniger signifikante Korrelationen - im Vergleich zu den bisher dargestellten Zusammenhängen - konnten jeweils zwischen den Qualitätsfaktoren des Reha-Managements und der Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit, den Zielen des beruflichen Wiedereinstiegs bzw. zur beruflichen/schulischen Perspektive und den Zielen zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten ermittelt werden, wie die jeweiligen Rankings in den beiden nachfolgenden Tabellen darstellen. So sind für die Erreichung der körperlichen Leistungsziele, der Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs und zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten in erster Linie die beruflichen und medizinischen Maßnahmen von Bedeutung. Je mehr die beruflichen und medizinischen Maßnahmen weitergeholfen haben, umso mehr haben die Versicherten ihre Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit, die Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs und der Teilnahme an Freizeitaktivitäten erreicht. Hier gibt es jeweils starke signifikante positive Zusammenhänge. Die beruflichen Maßnahmen¹² sind vor allem wichtig, um die Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs zu erreichen ($r = .61^{**}$), aber anscheinend auch, um die körperlichen Leistungsziele ($r = .55^{**}$) und die Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten zu verwirklichen ($r = .51^{**}$). Die medizinischen Maßnahmen sind auch wichtig, um die Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten zu erreichen ($r = .48^{**}$) (siehe Tab. 10).

¹² Die Frage 20: „Die beruflichen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen“ wurde von wesentlich mehr Versicherten beantwortet, als laut DGUV-Statistik prozentual überhaupt Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erbracht werden. Evtl. haben die Versicherten hier arbeitstherapeutische o. ä. Leistungen gemeint? Vgl. Kap. 7.2 S. 83

Auch zu wissen, wie es am Ende einer jeden Maßnahmen weitergeht (Ablauf der Reha), steht in einem mittelstarken Zusammenhang zu allen Zielfaktoren. Aber auch die Möglichkeit, die persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung einbringen zu können, die gute Orientierung durch den Reha-Plan und dessen flexible Anpassung korrelieren jeweils mittelstark mit allen Zielfaktoren.

Rang	Qualität des Reha-Managements (Einflussfaktoren)	Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit (Werte Spearman Rho)	Erreichung der Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs (Werte Spearman Rho)
1.	Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	.55**	.61**
2.	Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	.52**	.47**
3.	Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.	.36**	.34**
4.	Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.	.33**	.34**
5.	Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.	.33**	.31**
6.	Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.	.32**	.31**

Tabelle 9: Ranking der signifikanten Korrelationen zwischen den Qualitätsfaktoren des Reha-Managements mit der Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit und der Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs (dargestellt ab einem mittelstarken hoch signifikanten Zusammenhang von $r = .30^{**}$)

Rang	Qualität des Reha-Managements (Einflussfaktoren)	Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten (Werte Spearman Rho)
1.	Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	.51**
2.	Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.	.48**
3.	Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.	.36**
4.	Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.	.34**
5.	Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.	.33**
5.	Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.	.33**

Tabelle 10: Ranking der signifikanten Korrelationen zwischen den Qualitätsfaktoren des Reha-Managements mit der Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten (dargestellt ab einem mittelstarken hoch signifikanten Zusammenhang von $r = .30^{**}$)

4.3.2.5 Zusammenfassung der Korrelationsanalysen auf Ebene des Einzelitems

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es die meisten signifikant positiven mittelstarken bis starken Zusammenhänge zwischen den im Fragebogen erhobenen Qualitätsfaktoren des Reha-Managements und den Zielgrößen Zufriedenheit mit der Rehabilitation und Weiterempfehlung der Rehabilitation gibt. Anscheinend können die im Fragebogen erhobenen Qualitätsfaktoren bis zu einem gewissen Grad eher die Zufriedenheit der Versicherten mit der Rehabilitation und ihre Weiterempfehlung erklären als die Erreichung der Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit.

Die Korrelationsanalysen auf Ebene der Einzelitems zeigen, dass es – wie auch schon bei der Zusammenhangsanalyse auf dimensionaler Ebene festgestellt wurde - starke signifikante Korrelationen zwischen den Qualitätsmerkmalen des Ablaufs der Rehabilitation (u. a. erfolgreiche medizinische und berufliche Maßnahmen, Wissen des Versicherten, wie es am Ende einer jeden Maßnahme weitergeht, die vom Versicherten erlebte gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten, zeitnahe und nach Plan durchgeführte Maßnahmen, Zweck der Maßnahmen ist bekannt) sowie der Reha-Planung (der Reha-Plan hat eine gute Orientierung gegeben, der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst, die Versicherten haben ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können) einerseits und den Zielfaktoren der Zufriedenheit mit der Reha (Alles in allem bin ich mit meiner Reha zufrieden) und der Weiterempfehlung der Reha (Jedem in einer ähnlichen Situation würde ich die gleiche Reha weiterempfehlen) andererseits gibt. Versicherte, welche diese Qualitätsfaktoren positiv bewerten, sind demnach auch eher mit ihrer Rehabilitation zufrieden und empfehlen diese auch weiter. Weitere mittelstarke Korrelationen gab es auch zwischen der von den Versicherten als positiv erlebten Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin und ihrer Zufriedenheit mit der Reha und der Weiterempfehlung der Reha, wobei hier die Reaktionsfähigkeit, Kompetenz und Ansprechbarkeit des Reha-Managers bzw. der Reha-Managerin während der gesamten Reha und auch bei Fragen im Vordergrund stand.

Starke signifikante positive Zusammenhänge gibt es jeweils zwischen den von den Versicherten als erfolgreich bewerteten beruflichen und medizinischen Maßnahmen und der Erreichung ihrer Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit, den Zielen des beruflichen Wiedereinstiegs und zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten. Die beruflichen Maßnahmen stehen wiederum in einem recht starken positiven Zusammenhang zur Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten. Die medizinischen Maßnahmen sind aber gleichermaßen wichtig, um die im Reha-Management angestrebten Ziele zu erreichen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass zur Erreichung der körperlichen Leistungsfähigkeit sehr wahrscheinlich noch andere Faktoren, die im Fragebogen nicht erhoben wurden, eine Rolle spielen. Dies sind z. B. die Schwere des Unfalls oder auch die psychische und physische Konstellation der Betroffenen vor dem Unfall oder der Erkrankung.

4.3.3 Zusammenhänge zwischen den einzelnen Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements

Im Folgenden werden weitere mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen Qualitätsmerkmalen des Reha-Managements näher betrachtet. Dabei sollen insbesondere die Qualitätsmerkmale noch einmal genauer untersucht werden, die aus Sicht der Unfallversicherung wichtige steuernde Funktionen für den Prozess des Reha-Managements haben, wie z. B. eine frühzeitige Kontaktaufnahme der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers zu den Versicherten nach deren Unfall, die Vereinbarung von Reha-Zielen oder die Erstellung eines Reha-Plans. Hierzu wurden ebenfalls kreuztabellarische Analysen und Signifikanztests durchgeführt. Die Unterschiede in den Werten der jeweiligen Gruppen, die miteinander verglichen wurden, unterscheiden sich alle signifikant voneinander, was aber auch in der großen Stichprobe begründet liegt. Um die Stärke der jeweiligen Zusammenhänge zu bestimmen, wurde wiederum die Effektstärke nach Cramer-V berechnet.

4.3.3.1 Kontaktaufnahme der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers nach dem Unfall

Hat die Reha-Managerin bzw. der Reha-Manager innerhalb eines Monats nach dem Unfall Kontakt zum Versicherten aufgenommen, geben ca. 80 % der Befragten an, dass sie den Reha-Manager auch persönlich kennen. Haben die Versicherten verneint, dass eine Kontaktaufnahme innerhalb eines Monats stattfand, gaben nur noch ca. 56 % dieser Befragten an, dass sie die Reha-Managerin bzw. den Reha-Manager persönlich kennen. Diejenigen Befragten, die nicht wussten, ob eine Kontaktaufnahme stattfand, gaben trotzdem zu ca. 62 % an, dass sie ihren Reha-Manager persönlich kennen und ca. 38 % verneinten das. Der Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt der Kontaktaufnahme und dem persönlichen Kennen des Reha-Managers ist eher schwach (Cramer-V = 0.245).

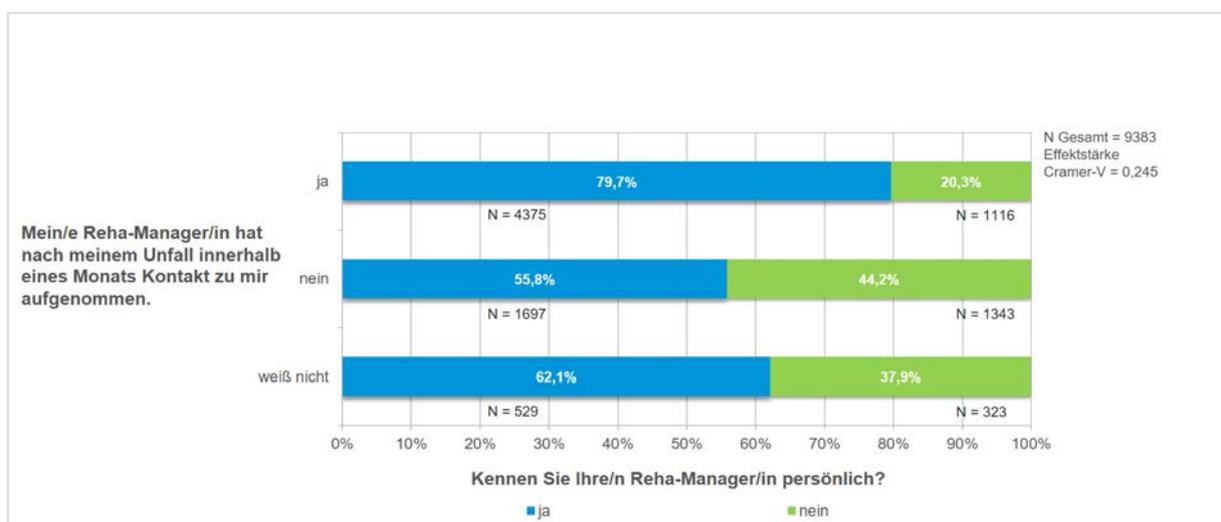


Abbildung 32:) Kontaktaufnahme innerhalb eines Monats und persönliches Kennen der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers (Kreuzanalyse)

4.3.3.2 Festlegung von Zielen

Im Reha-Management bedeutet die Festlegung von Zielen – i.d.R. als Teil des Reha-Plans – für die Versicherten vor allem Transparenz und die Schaffung von Perspektiven für den Heilungsprozess. Wir gehen davon aus, wenn sich die Betroffenen mit diesen Zielen identifizieren, so kann nicht nur deren aktive Mitarbeit in der Rehabilitation gefördert, sondern auch der Heilungsverlauf positiv beeinflusst werden. Ob Rückschlüsse zwischen der Festlegung von Zielen und anderen Indikatoren des Ablaufs der Reha getroffen werden können, zeigen die nachfolgenden Analysen.

Wenn Ziele festgelegt wurden, gaben ca. 95 % der Versicherten an, dass ihnen der Zweck der Maßnahmen auch bekannt ist. Wurden keine Reha-Ziele festgelegt, halbiert sich dieser Wert nahezu. Allerdings gaben auch ca. drei Viertel der Befragten, die nicht wussten, ob Ziele festgelegt wurden, an, dass ihnen der Zweck der Maßnahmen bekannt war. Es ist möglich, dass die Befragten hier entweder sich an die Festlegung von Zielen nicht mehr erinnern oder die Ziele nicht explizit festgelegt wurden. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen der Festlegung von Zielen und der Kenntnis über den Zweck von Maßnahmen liegt im mittleren Bereich (Cramer-V = 0.461).

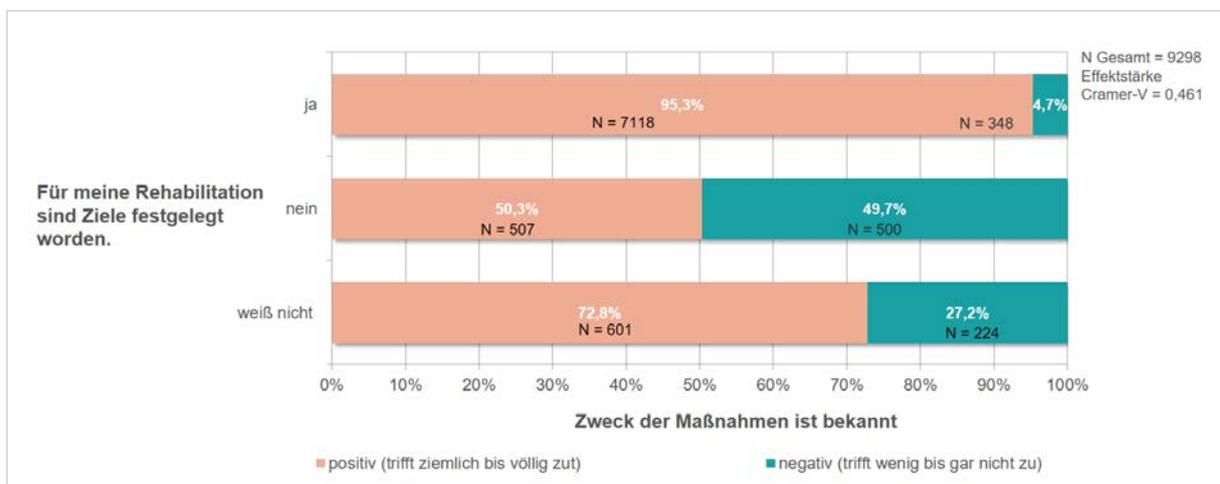


Abbildung 33: Festlegung von Zielen und Bekanntheit des Zwecks der Maßnahmen (Kreuzanalyse)

Für ca. 90 % der Befragten, die bejahten, dass in ihrer Rehabilitation Ziele festgelegt wurden, traf es „ziemlich“ bis „völlig“ zu, dass sie am Ende einer jeden Maßnahme wussten, wie es weitergeht. Der Wert sinkt deutlich auf ca. 41 % bei der Gruppe von Befragten, in deren Reha keine Ziele festgelegt wurden. Ca. 59 % dieser Befragten wussten nicht, wie es nach Abschluss einer Maßnahme weitergeht. Aber auch die Befragten, die nicht wussten, ob Ziele festgelegt wurden, gaben zu ca. 60 % an, dass sie wissen („trifft ziemlich zu“ bis „trifft völlig

zu“), wie es nach einer jeden Maßnahme in ihrer Reha weitergeht. Auch hier liegt die Effektstärke des Zusammenhangs zwischen der Festlegung von Reha-Zielen und dem Wissen, wie es nach jeder Maßnahme weitergeht, im mittelstarken Bereich (Cramer-V = 0.401).

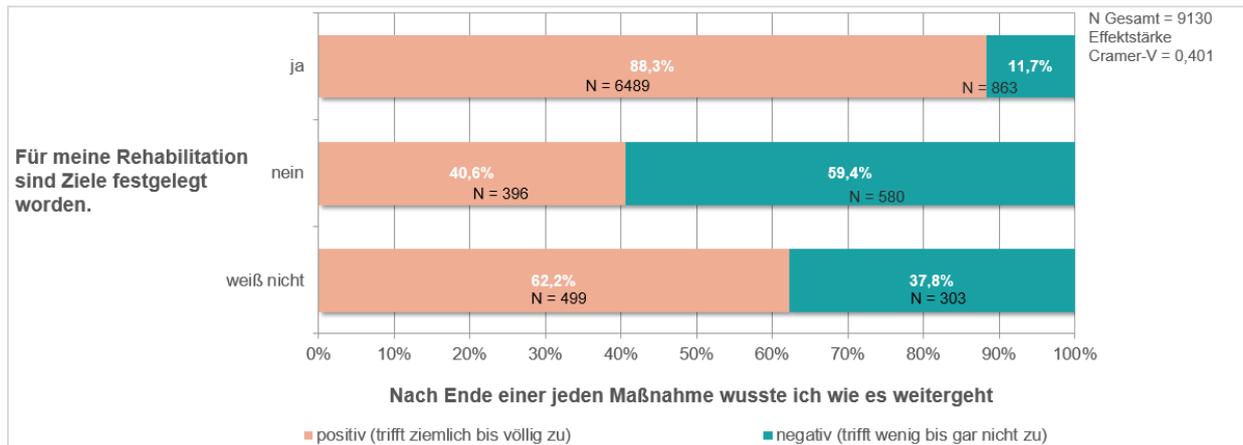


Abbildung 34: Festlegung von Zielen und Wissen, wie es nach jeder Maßnahme weitergeht (Kreuzanalyse)

Ein ebenfalls mittelstarker Zusammenhang (Cramer-V = 0.402) zeigt sich zwischen der Festlegung von Reha-Zielen und der Durchführung von Maßnahmen nach Plan. Interessant ist hier, dass auch, wenn Versicherte nicht wussten, ob Ziele festgelegt wurden, sie trotzdem zu einem Großteil (ca. 83 %) der Durchführung von Maßnahmen entsprechend ihrer Planung positiv zustimmten.

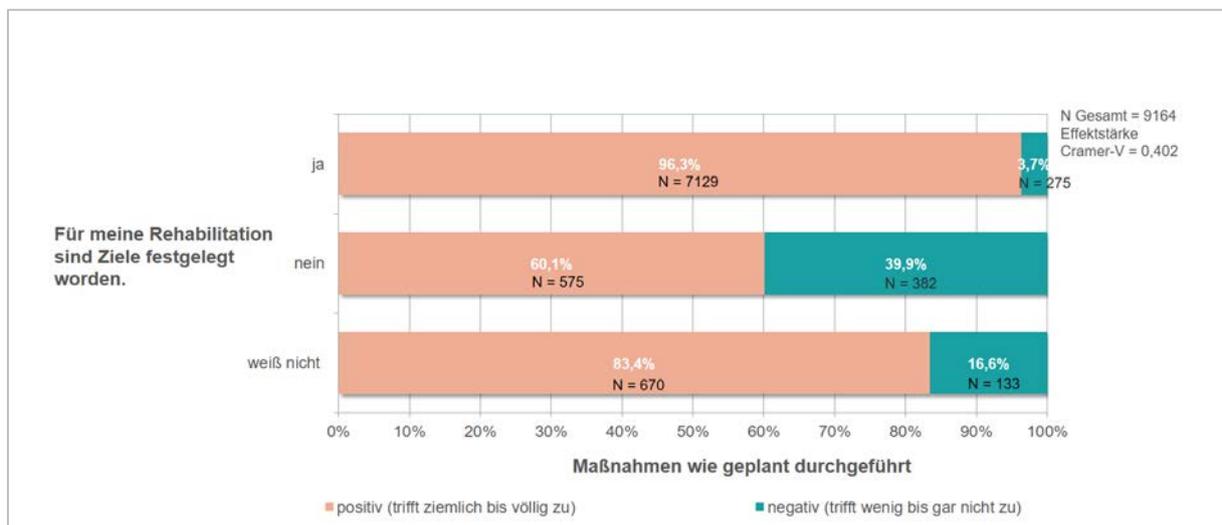


Abbildung 35: Festlegung von Zielen und Durchführung von Maßnahmen entsprechend der Planung (Kreuzanalyse)

Auch die Festlegung von Zielen steht in einem mittelstarken Zusammenhang zur zeitnahen Durchführung von Maßnahmen (Cramer-V = 0.339). Hier gibt der Großteil der Befragten (ca. 94 %), bei denen Reha-Ziele vereinbart wurden, an, dass die vereinbarten Maßnahmen zeitnah durchgeführt wurden. Ca. 39 % der Befragten, bei denen dies nicht der Fall war, bewerten das negativ (Abb. 36).

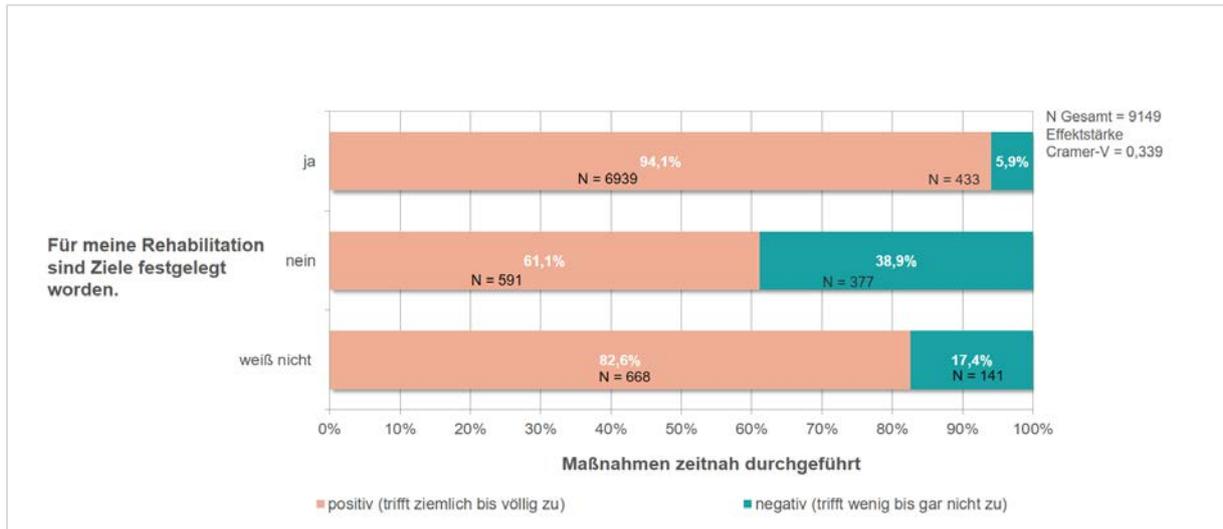


Abbildung 36: Festlegung von Zielen und zeitnahe Durchführung von Maßnahmen (Kreuzanalyse)

Festzuhalten ist, dass die Festlegung von Reha-Zielen aus Sicht der Versicherten in einem mittelstarken positiven Zusammenhang mit Merkmalen des Ablaufs der Reha stehen, wie der planvollen, zeitnahen und für die Versicherten in ihrem Zweck nachvollziehbaren Durchführung von Reha Maßnahmen.

4.3.3.3 Beteiligung an der Planung

Ob die Einbindung der Versicherten in die Planung ihrer Rehabilitation das Einbringen ihrer persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen ermöglicht, wird im Folgenden betrachtet.

78 % der Befragten, welche an der Planung ihrer Reha teilnahmen, konnten auch ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen einbringen. Das traf nur auf die Hälfte der Personen zu, die an der Planung nicht beteiligt waren. Ein Rückschluss darauf, dass Versicherte sich nicht eingebunden fühlen, wenn sie bei der Reha-Planung nicht dabei waren, konnte aber aufgrund des schwachen Zusammenhangs (Cramer-V = 0.204) nicht nachgewiesen werden.

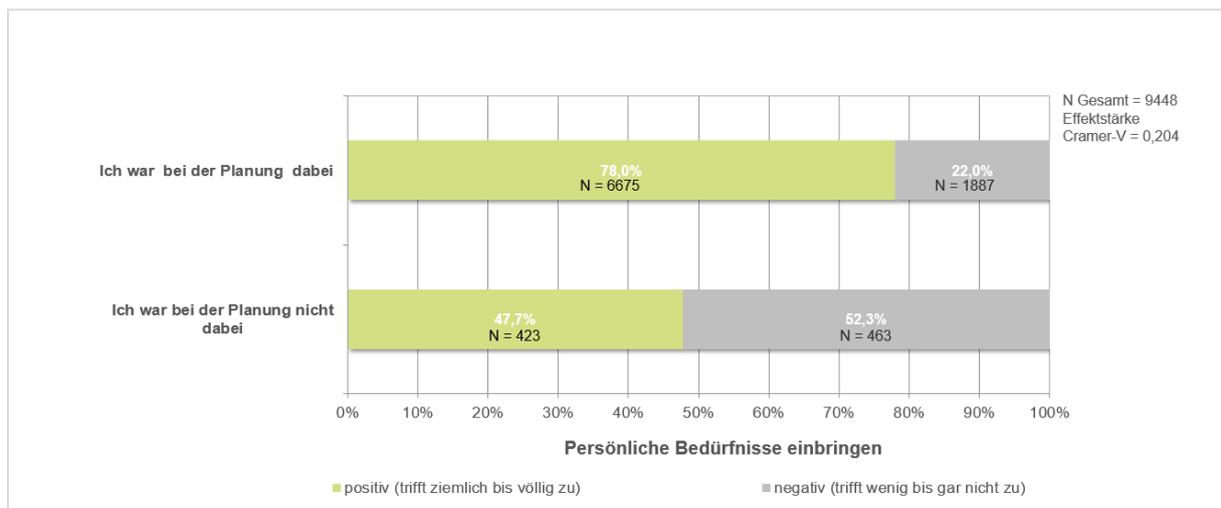


Abbildung 37: Einbindung in die Planung der Reha und das Einbringen der persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung (Kreuzanalyse)

Aus der folgenden Abbildung ist zu ersehen, dass die Möglichkeit der Versicherten, ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung einbringen zu können, in einer mittelstarken Relation zum Erfolg der medizinischen Maßnahmen steht (Cramer-V = 0.374). So bewerten ca. 90 % der befragten Versicherten, die positiv an der Reha-Planung partizipieren konnten, die medizinischen Maßnahmen als erfolgreich. Hingegen beurteilten die Befragten, die ihre Bedürfnisse wenig bis gar nicht in die Planung einbringen konnten, nur zu etwa über 50 % die medizinischen Maßnahmen als erfolgreich. Für 43 % dieser Befragten traf das weniger zu.

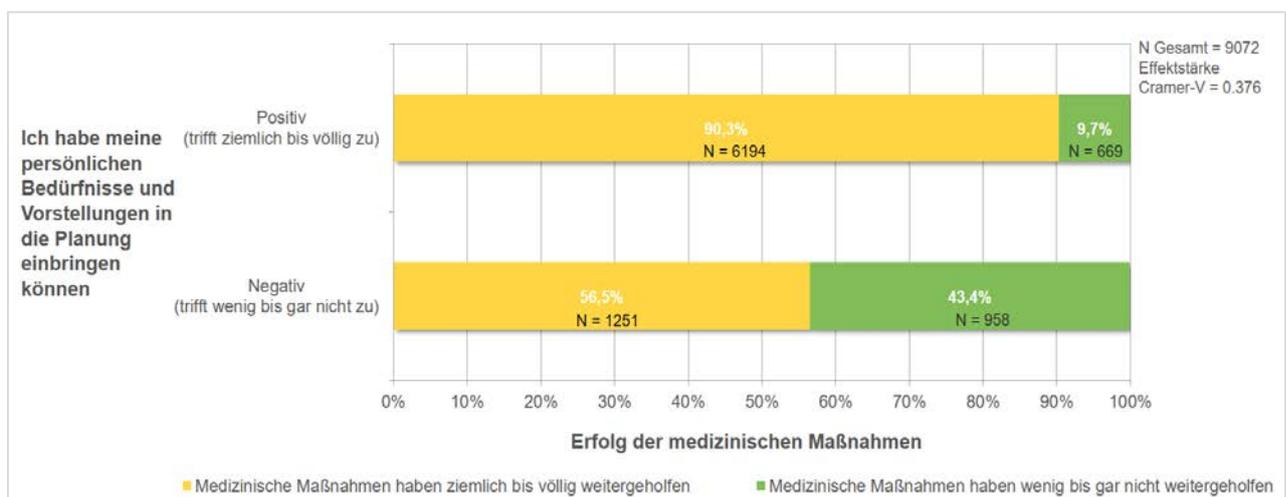


Abbildung 38: Das Einbringen der persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung und der Erfolg der medizinischen Maßnahmen (Kreuzanalyse)

Auch steht die Möglichkeit des Einbringens der persönlichen Bedürfnisse in die Reha-Planung in einem mittelstarken Zusammenhang (Cramer-V = 0.445) zum erlebten Erfolg der beruflichen Maßnahmen¹³. So gaben weit mehr als drei Viertel der Befragten, die ihre persönlichen Vorstellungen und Bedürfnisse in den Planungsprozess einbringen konnten, an, dass sie auch die beruflichen Maßnahmen als erfolgreich erlebt haben. Demgegenüber waren ca. 70 % der Befragten, die ihre persönlichen Bedürfnisse wenig bis gar nicht einbringen konnten, der Auffassung, dass ihnen die beruflichen Maßnahmen wenig bis gar nicht weitergeholfen haben.

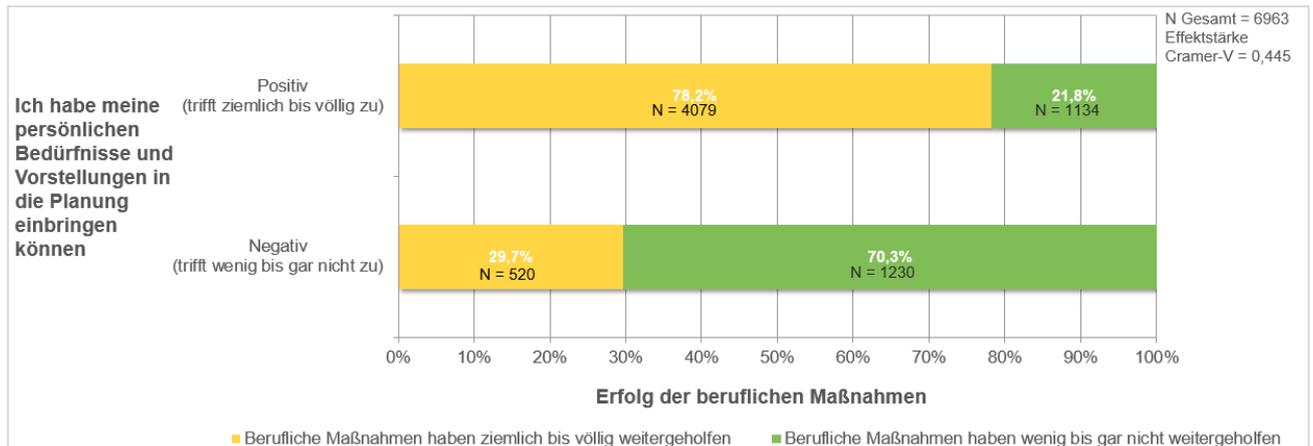


Abbildung 39: Das Einbringen der persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung und der Erfolg der beruflichen Maßnahmen (Kreuzanalyse)

4.3.3.4 Reha-Plan

Der Reha-Plan wird i.d.R. in einem Teamgespräch zwischen der/dem Versicherten, Arzt/Ärztin und Reha-Manager/in, sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten erstellt.

Zusammenhänge zwischen der Erstellung eines Reha-Plans und anderen Variablen können Aufschluss über Kernelemente im Reha-Management-Prozess liefern.

Die folgende Grafik (vgl. Abb. 40) beschreibt das Verhältnis der Erstellung des Reha-Plans und der Möglichkeit der Versicherten, ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung der Reha einbringen zu können. Hierbei kann von einem mittelstarken Effekt gesprochen werden (Cramer-V = 0.344).

Ca. 83 % der Befragten, bei denen ein Reha-Plan erstellt wurde, waren mit der Möglichkeit, ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung einbringen zu können, zufrieden. Wenn kein Reha-Plan erstellt wurde, waren nur noch ca. 48 % der befragten Versicherten mit ihrer Einbindung in die Planung der Reha zufrieden. Allerdings waren auch fast zwei Drittel der Befragten mit ihrer Partizipation zufrieden, obwohl sie nicht mehr wussten, ob

¹³ Zur möglichen Konkretisierung der Frage der „beruflichen Maßnahmen“ siehe Ausblick (Kapitel 7.2)

ein Reha-Plan erstellt wurde. Es könnte also zum einen sein, dass die Versicherten sich tatsächlich nicht mehr erinnern, dass ein Reha-Plan erstellt wurde oder dass zum anderen ihre Bedürfnisse im Ablauf ihrer Reha – auch ohne die Erstellung eines Reha-Plans – berücksichtigt wurden.

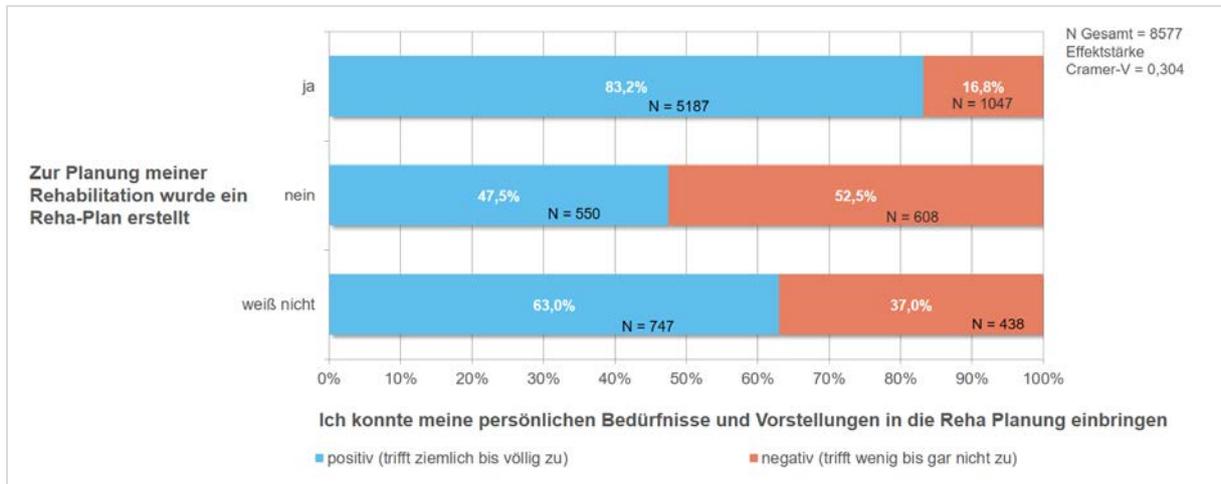


Abbildung 40: Zusammenhang zwischen der Erstellung eines Reha-Plans und der Möglichkeit der Versicherten, ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung einzubringen (Kreuzanalyse)

Die nachfolgenden beiden Abbildungen zeigen, ob der Reha-Plan in Verbindung zur erlebten Zweckbezogenheit („ich wusste am Ende einer jeden Maßnahme, wie es weitergeht“) und zeitnahen Durchführung der Maßnahmen steht.

Ca. 90 % der befragten Versicherten, bei denen ein Reha-Plan erstellt wurde, wussten auch, wie es am Ende einer jeden Maßnahme weitergeht. Ca. 53 % der Befragten, die über keinen Reha-Plan verfügten, bewerteten diesen Aspekt negativ. Allerdings gaben die Befragten, die nicht wussten, ob ein Reha-Plan erstellt wurde, trotzdem an, dass sie am Ende einer jeden Maßnahme wussten, wie das weitere Vorgehen aussieht. Hier liegt eine mittlere Zusammenhangsstärke (Cramer-V = 0.369) vor. Auch hier ist es denkbar, dass sich die Versicherten nicht mehr an die Erstellung des Reha-Plans erinnern oder die Ärzte und Therapeuten können den Zweck von Maßnahmen auch im Rahmen der jeweiligen Therapien kommuniziert bzw. erläutert haben. Eine effiziente und nachhaltige Steuerung des Rehabilitationsprozesses mit Hilfe eines Reha-Plans ist sinnvoll.

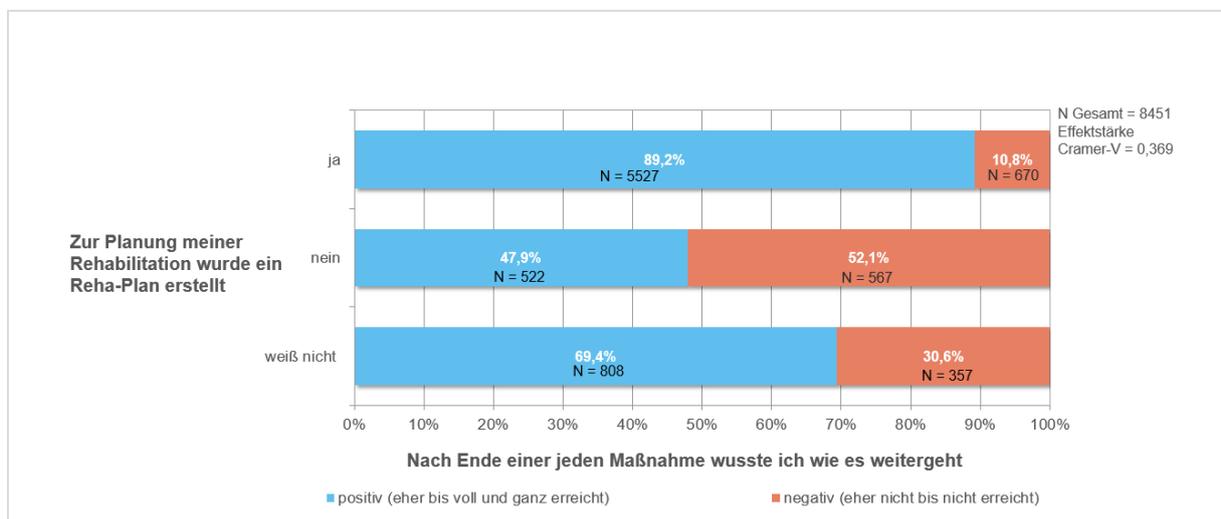


Abbildung 41: Zusammenhang zwischen der Erstellung eines Reha-Plans und dem Wissen, wie es am Ende einer jeden Maßnahme weitergeht (Kreuzanalyse)

Fast 95 % derjenigen Versicherten, für die ein Reha-Plan erstellt wurde, gaben an, dass die geplanten Maßnahmen zeitnah durchgeführt wurden. Diejenigen, die die Erstellung eines Reha-Plans verneinten, gaben immer noch zu ca. zwei Dritteln an, dass die Maßnahmen zeitnah durchgeführt wurden. Aber auch ca. 85 % der Versicherten, die nicht mehr wussten, ob ein Reha-Plan erstellt wurde, beurteilten die zeitnahe Durchführung von Maßnahmen positiv. Die Effektstärke liegt mit einem Cramer-V Wert von 0.311 hier ebenfalls im mittleren Bereich.

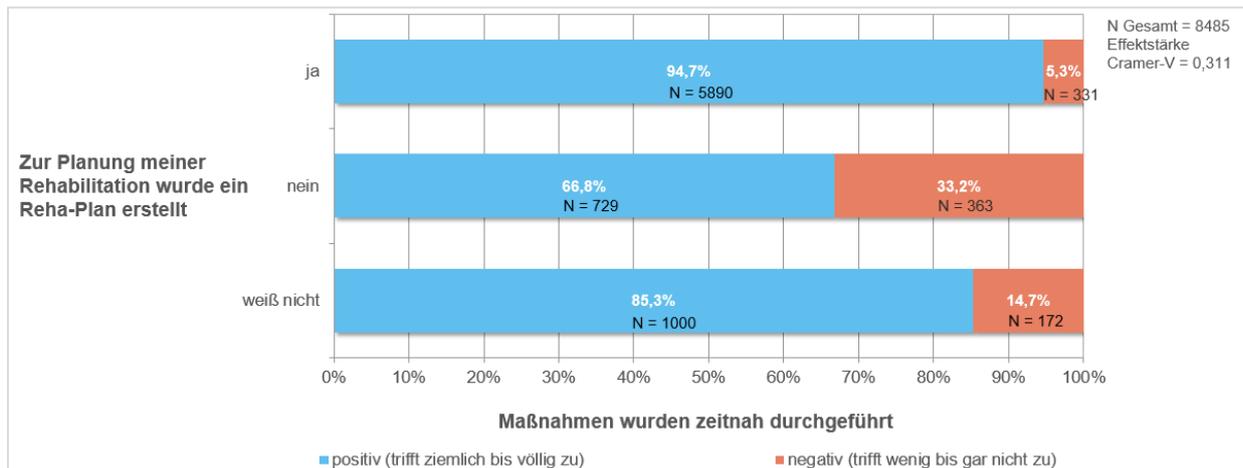


Abbildung 42: Zusammenhang zwischen der Erstellung eines Reha-Plans und der zeitnahen Durchführung von Maßnahmen (Kreuzanalyse)

4.3.3.5 Zusammenarbeit Ärzteschaft und Therapeuten /Therapeutinnen

Ein Anspruch des professionellen Reha-Management ist, dass die Ärzte und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen in der Rehabilitation einer Versicherten bzw. eines Versicherten gut zusammenarbeiten.

In nachfolgender Abbildung wird dargestellt, in welcher Verbindung die Zusammenarbeit der Ärzte und Therapeuten in der Rehabilitation zum Erfolg der medizinischen Maßnahmen steht. Wurde die Zusammenarbeit von den Versicherten positiv bewertet, so war auch der Erfolg der medizinischen Maßnahmen bei 90 % der Versicherten hoch. Nur noch jede/r zweite Antwortende schätzte den Erfolg der medizinischen Maßnahmen als gut ein, wenn die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Therapierenden zuvor weniger gut bewertet wurde. Zusammenfassend lässt sich mit einem Cramer-V Wert von 0.384 ein mittelstarker Effekt belegen.

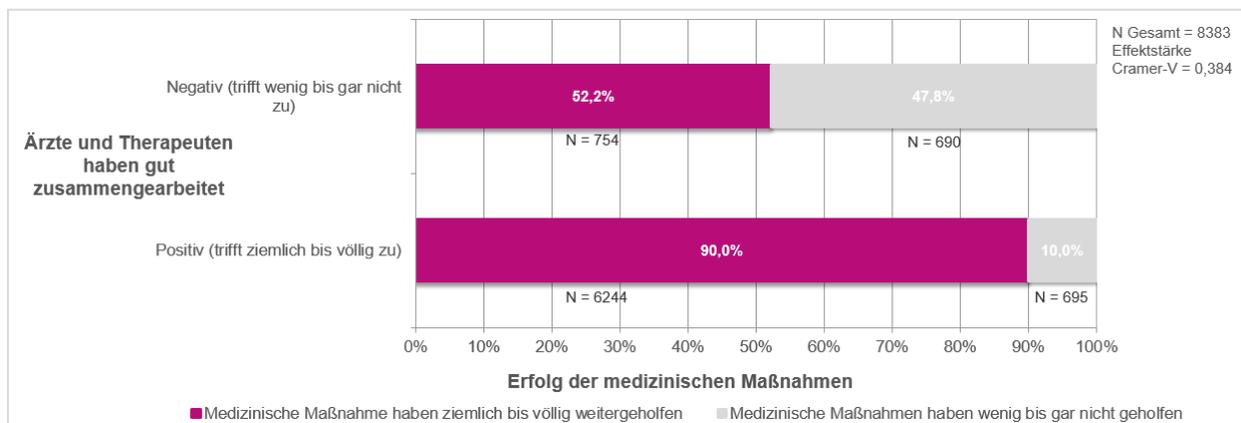


Abbildung 43: Zusammenhang der Zusammenarbeit der Ärzte und Therapeuten und Erfolg der medizinischen Maßnahmen (Kreuzanalyse)

4.3.3.6 Fazit zu Zusammenhängen einzelner Qualitätsfaktoren zueinander

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Vereinbarung von Reha-Zielen in einem mittelstarken Zusammenhang zu einem strukturierten und planmäßigen Ablauf der Reha steht. Befragte, die angaben, dass ihre Reha-Ziele festgelegt wurden, bewerteten im Vergleich zu denjenigen, bei denen das nicht der Fall war, häufiger positiv, dass ihnen der Zweck der Reha-Maßnahmen bekannt war. Genauso, dass sie nach einer jeden Maßnahme wussten, wie es weitergeht, und die Maßnahmen zeitnah und wie geplant durchgeführt wurden. Ein mittelstarker Zusammenhang konnte auch zwischen der Erstellung eines Reha-Plans und dem planmäßigen Ablauf der Rehabilitation (Wissen, wie es am Ende einer jeden Maßnahmen weitergeht, und der zeitnahen Durchführung von Maßnahmen) ermittelt werden. Wurde ein Reha-Plan erstellt, dann erlebten die Befragten ihre Einbindung in die Planung ihrer Reha (Für die Reha wurden Ziele festgelegt und die Versicherten konnten ihre persönlichen Bedürfnisse in die Reha-Planung einbringen) positiver als die Versicherten, bei denen

das nicht der Fall war. Konnten die Versicherten ihre persönlichen Bedürfnisse in die Reha-Planung einbringen, dann bewerteten sie zudem auch häufiger den Erfolg der medizinischen und beruflichen Maßnahmen positiv. Weiterhin bewerten die Befragten, die über eine gute Zusammenarbeit von Ärzten und Therapeuten berichten, häufiger als diejenigen, bei denen das nicht der Fall ist, den Erfolg ihrer medizinischen Maßnahmen positiv.

4.3.4 Zusammenhänge zwischen Strukturvariablen und Ergebnissen des Reha-Managements

Um Beziehungen zwischen einzelnen Strukturvariablen und den Ergebnissen des Reha-Managements zu untersuchen, wurden Angaben zum Geschlecht, Alter, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Art der Tätigkeit und bewilligte Leistungen in Verbindung mit den Angaben zu den Dimensionen „Zielerreichung“ und „Gesamtzufriedenheit“ gesetzt.

4.3.4.1 Geschlecht, Alter, Art der Tätigkeit (Berufsgruppen) und Ablehnung von Leistungen

Im Folgenden wurde untersucht, ob Geschlecht, Alter, Art der Tätigkeit (Arbeiter/in oder Angestellte/r) sowie Ablehnung von Leistungen sich hinsichtlich der Zielerreichung, der Gesamtzufriedenheit oder auch der Dauer der Arbeitsuntätigkeit unterscheiden.

Das Geschlecht wurde jeweils in Relation zur Dimension Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit betrachtet. Abb. 44 zeigt, dass in Bezug auf die Zielerreichung kein Effekt zum Geschlecht nachgewiesen werden konnte (Cramer-V = 0.009). Jeweils ca. 65 % der Männer und Frauen sind mit ihrer Zielerreichung insgesamt zufrieden.

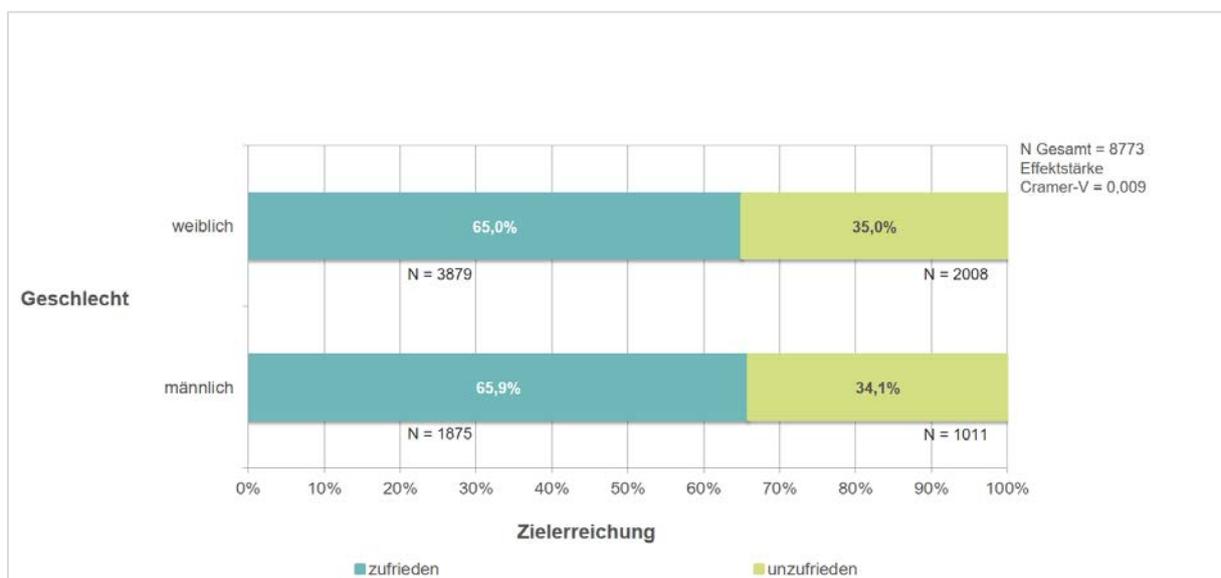


Abbildung 44: Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der subjektiv bewerteten Zielerreichung (Kreuzanalyse)

Ebenfalls nahezu identisch verhalten sich die beiden Geschlechter hinsichtlich der Gesamtzufriedenheit. In ca. 84 % (weiblich) und ca. 86 % (männlich) der Fälle waren die Geschlechter mit ihrer Rehabilitation insgesamt zufrieden. Auch hier gab es keinen Effekt (Cramer-V = 0.023) (s. Abb. 45).

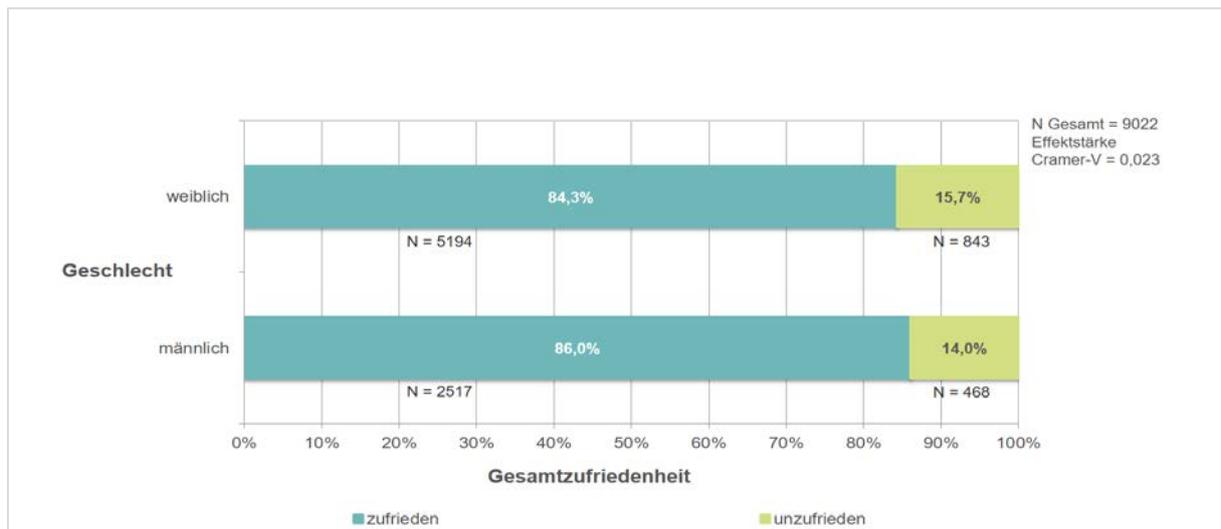


Abbildung 45: Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Gesamtzufriedenheit (Kreuzanalyse)

Die nachfolgenden Grafiken 46 u. 47 schlüsseln einzelne Altersgruppen auf, um diese in Relation zu setzen mit der Dimension Zielerreichung und der Dimension Gesamtzufriedenheit.

Die Altersgruppen unterteilen sich dabei in bis zu 30-Jährige, 31- bis 51-Jährige, 51- bis

60-Jährige und in die über 60-Jährigen. Dabei fällt auf, dass mit zunehmenden Alter die Zufriedenheit im Erreichen persönlicher Reha-Ziele zu sinken scheint. Sind es bis zum Alter von 30 Jahren noch mehr als ein Dreiviertel der Befragten, die angaben, dass sie ihr Ziel zufriedenstellend erreichen konnten, so sind es in der Gruppe der über 60-Jährige lediglich noch ca. 57 %. Die Effektstärke nach Cramer bescheinigt allerdings nur einen schwachen Zusammenhang (Cramer-V = 0.114).

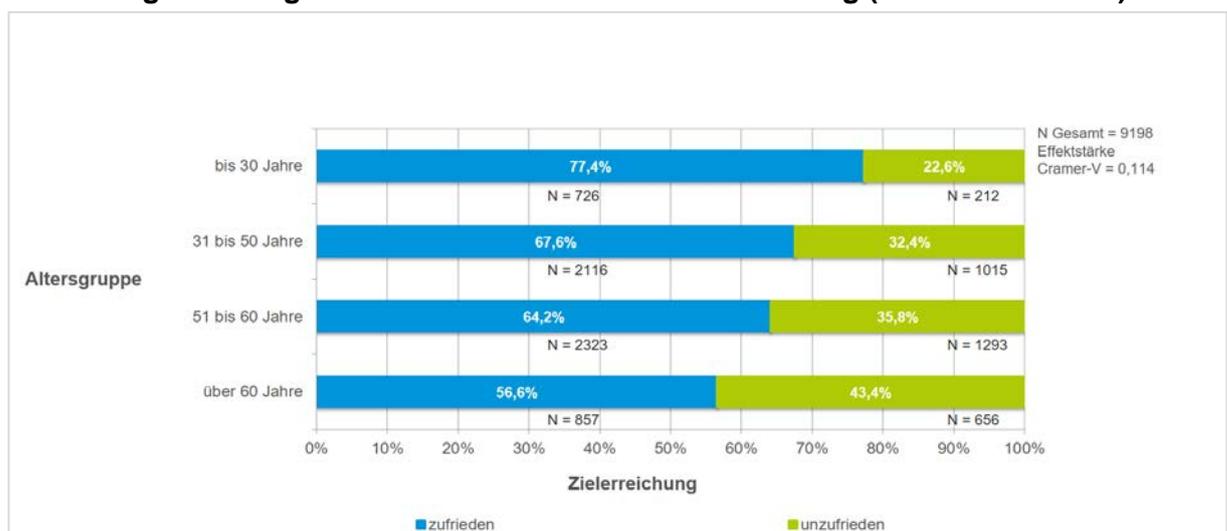


Abbildung 46: Zusammenhang zwischen den verschiedenen Altersgruppen und der subjektiv bewerteten Zielerreichung (Kreuzanalyse)

Ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Gesamtzufriedenheit mit der Rehabilitation ist nicht zu erkennen (Cramer-V Wert = 0.040), die Zufriedenheitsspanne liegt zwischen 84 % und 88 % je Altersgruppe.

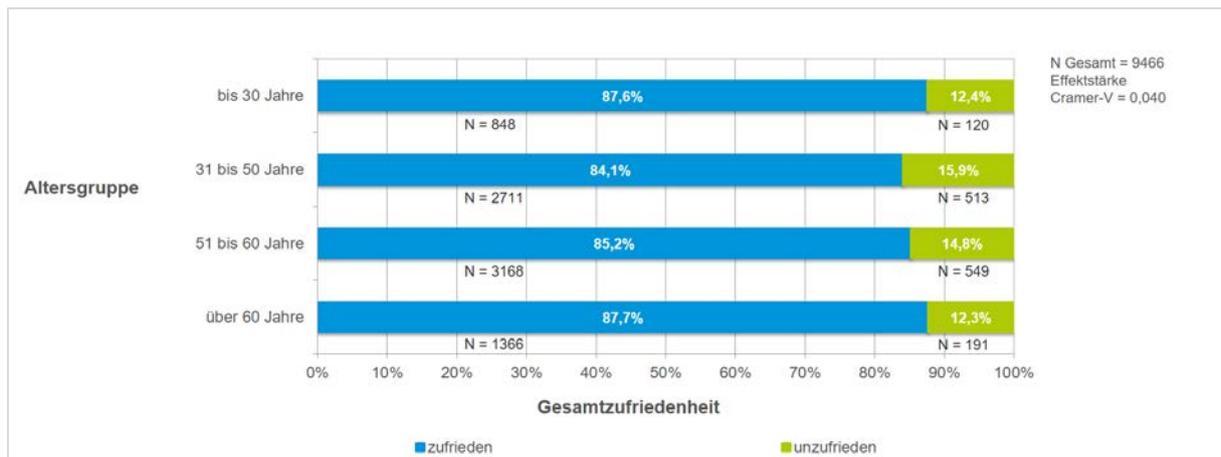


Abbildung 47: Zusammenhang zwischen den verschiedenen Altersgruppen und der Gesamtzufriedenheit (Kreuzanalyse)

Die Arbeiter waren mit der Erreichung ihrer Ziele insgesamt mit über 60 %, die Angestellten zu fast 70 % zufrieden. Der Effekt zwischen den Berufsgruppen ist allerdings nur schwach (Cramer-V = 0.050).

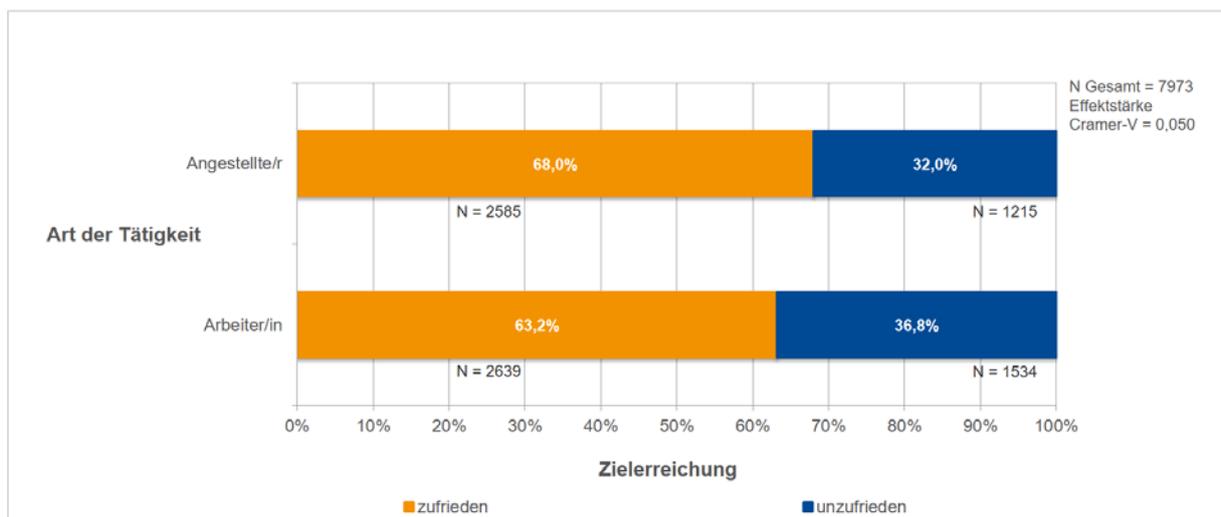


Abbildung 48: Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen Arbeiter und Angestellte und der subjektiv erlebten Zielerreichung (Dimension) (Kreuzanalyse)

Auch in Bezug auf die Gesamtzufriedenheit lässt sich nur ein schwacher Zusammenhang (Cramer-V = 0.160) nachweisen. In beiden Tätigkeitsgruppen sind lediglich 15 % mit ihrer Rehabilitation insgesamt nicht zufrieden.

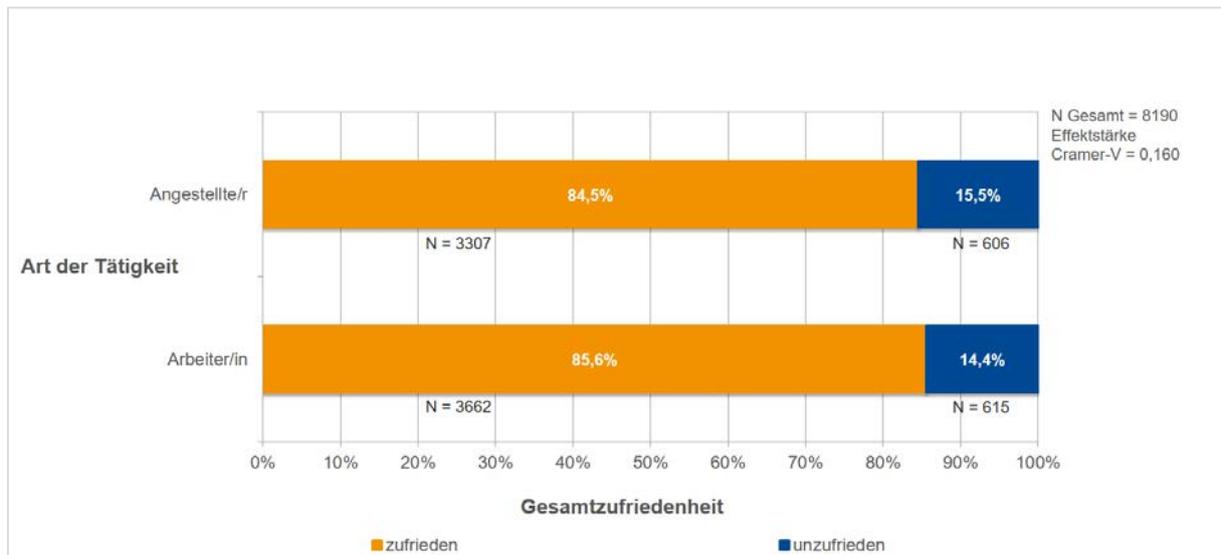


Abbildung 49: Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen Arbeiter und Angestellte und der subjektiv erlebten Gesamtzufriedenheit (Kreuzanalyse)

Im Detail betrachtet gaben bei den Angestellten mit 12,5 % doppelt so viele an, weniger als 3 Monate arbeitsunfähig zu sein, als bei den Arbeitern mit nur ca. 7 %. Im Gegensatz dazu waren 10 % mehr Arbeiter (ca. 32 %) über ein Jahr arbeitsunfähig als Angestellte (ca. 22 %). Allerdings ist der Zusammenhang nur klein (Cramer-V = 0.143).

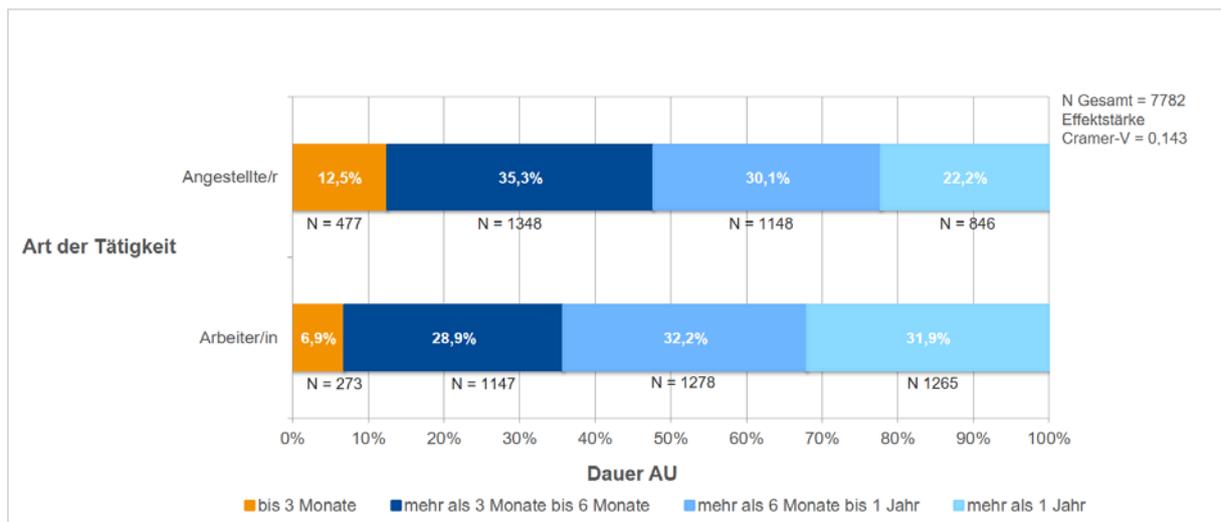


Abbildung 50: Zusammenhang zwischen den Berufsgruppen Arbeiter und Angestellte und der Dauer der AU (Kreuzanalyse)

Die beiden Abbildungen 51 und 52 zeigen, ob es Unterschiede in der Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit zwischen den Gruppen von Befragten gibt, denen Leistungen bewilligt oder abgelehnt wurden. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass unabhängig davon, ob Leistungen abgelehnt wurden, trotzdem eine hohe Gesamtzufriedenheit zu verzeichnen ist. Mit 88 % liegt sie zwar ca. 8 % höher bei denjenigen, denen keine Leistungen abgelehnt wurden, aber insgesamt ist kaum ein Effekt festzustellen (Cramer-V = 0.087).

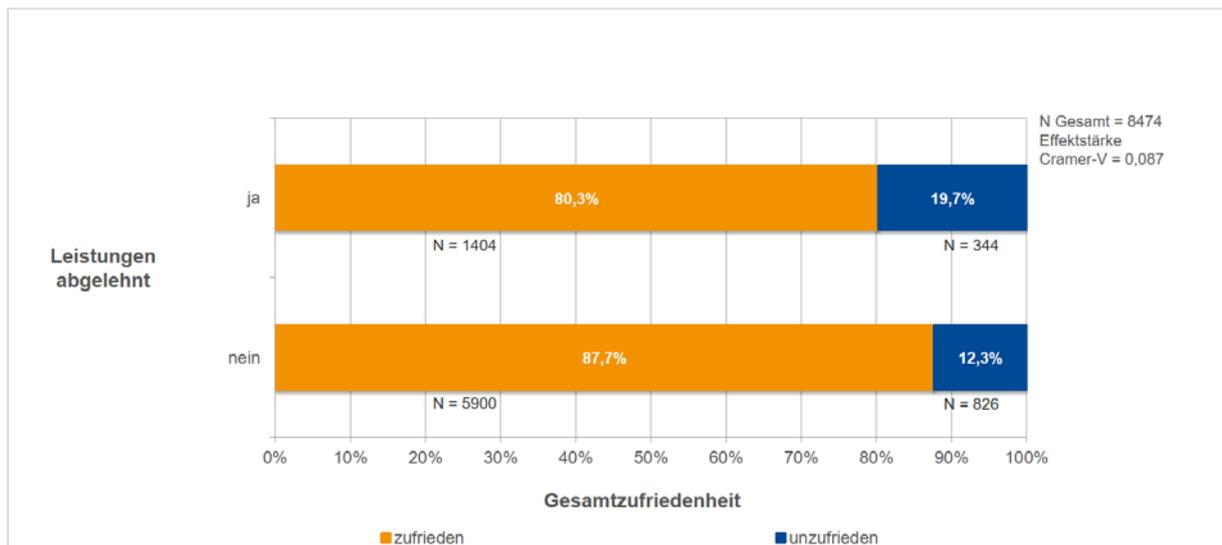


Abbildung 51: Gesamtzufriedenheit der Versicherten im Zusammenhang mit der Bewilligung oder Ablehnung von Leistungen (Kreuzanalyse)

Auch in Bezug auf die subjektive Zielerreichung nimmt die Effektstärke nur einen schwachen Cramer-V Wert von 0.026 an. Hierbei ist zu sagen, dass ca. 67 % (keine Ablehnung von Leistungen) bzw. ca. 69 % (Leistungen wurden abgelehnt) nahezu gleichermaßen mit ihrer Zielerreichung zufrieden waren.

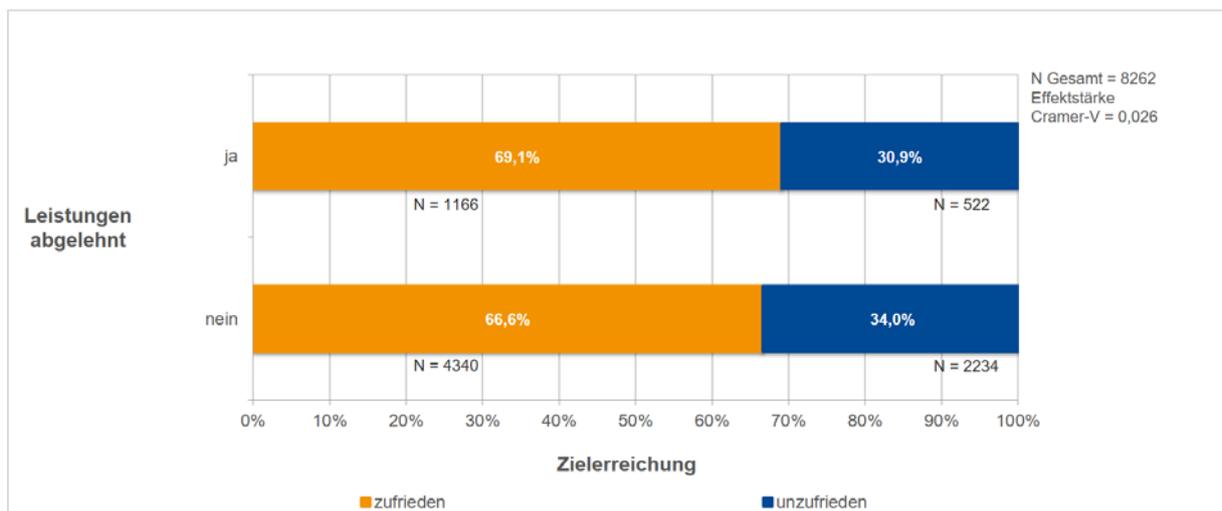


Abbildung 52: Zielerreichung der Versicherten im Zusammenhang mit der Bewilligung oder Ablehnung von Leistungen (Kreuzanalyse)

Insgesamt zeigte die Analyse der Strukturvariablen, dass sich die Geschlechter hinsichtlich der Erreichung der Reha-Ziele (Dimension) insgesamt und mit Blick auf die Gesamtzufriedenheit (Dimension) kaum voneinander unterscheiden. Der ermittelte Effekt kann als unbedeutend angesehen werden. Auch das Alter entscheidet nicht über die Gesamtzufriedenheit. Ein schwacher Effekt konnte hier zwischen dem Alter und der Zielerreichung festgestellt werden, d.h., je älter die Versicherten sind, umso weniger erreichen sie ihre Reha-Ziele. Auch gibt es zwischen den Befragten, denen Leistungen bewilligt und denen Leistungen abgelehnt wurden, praktisch keinen Unterschied in Bezug auf die Zielerreichung insgesamt und der Gesamtzufriedenheit. Die Berufsgruppen (Arbeiter und Angestellte) unterscheiden sich in Bezug auf die Zielerreichung insgesamt kaum, lediglich mit Blick auf die Gesamtzufriedenheit und Dauer der AU gibt es einen kleinen Effekt. Hier geben die Arbeiter im Vergleich zu den Angestellten minimal häufiger an, dass sie insgesamt mit ihrer Reha zufrieden sind. Ebenso weisen die Arbeiter etwas häufiger eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Monaten bis ein Jahr bzw. mehr als ein Jahr auf.

4.3.4.2 Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Weitere Analysen untersuchten, ob die Dauer der Arbeitsunfähigkeit in einer Beziehung zur erlebten Zielerreichung der Versicherten und zur Zufriedenheit sowie zum Erfolg medizinischer Maßnahmen steht.

Es fällt auf, dass die subjektive Zielerreichung (Fragen 21-23) zufriedenstellender ausfällt, je kürzer die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist. Genau betrachtet, sind es bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als einem Jahr nur ca. 42 % der Befragten, die mit der Erreichung ihrer Reha-Ziele zufrieden sind, im Vergleich zu den Befragten mit einer max. Arbeitsunfähigkeitsdauer von drei Monaten, die zu ca. 88 % mit der Zielerreichung zufrieden waren. Mithilfe der Effektstärke Cramer-V von 0.343 lässt sich ein mittlerer Zusammenhang der beiden Parameter belegen. Allerdings kann dies auch mit der Schwere der Erkrankung, die eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit verursacht, zusammenhängen.

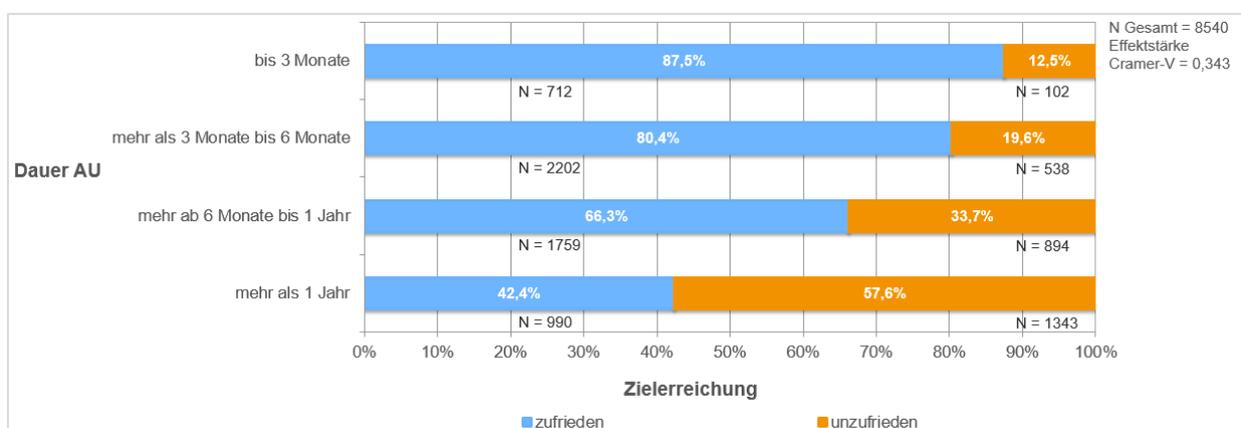


Abbildung 53: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der subjektiv bewerteten Zielerreichung (Kreuzanalyse)

Die Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs, genauso wie die Freizeitziele konnten besser erreicht werden, desto kürzer die Dauer der Arbeitsunfähigkeit war. Bei den Zielen des beruflichen Wiedereinstiegs konnte ein mittlerer Zusammenhang (Cramer-V = 0.388), bei den Freizeitzielen ein etwas schwächerer Zusammenhang nachgewiesen werden, wie die beiden folgenden Abbildungen (Abb. 54 u. 55) zeigen.

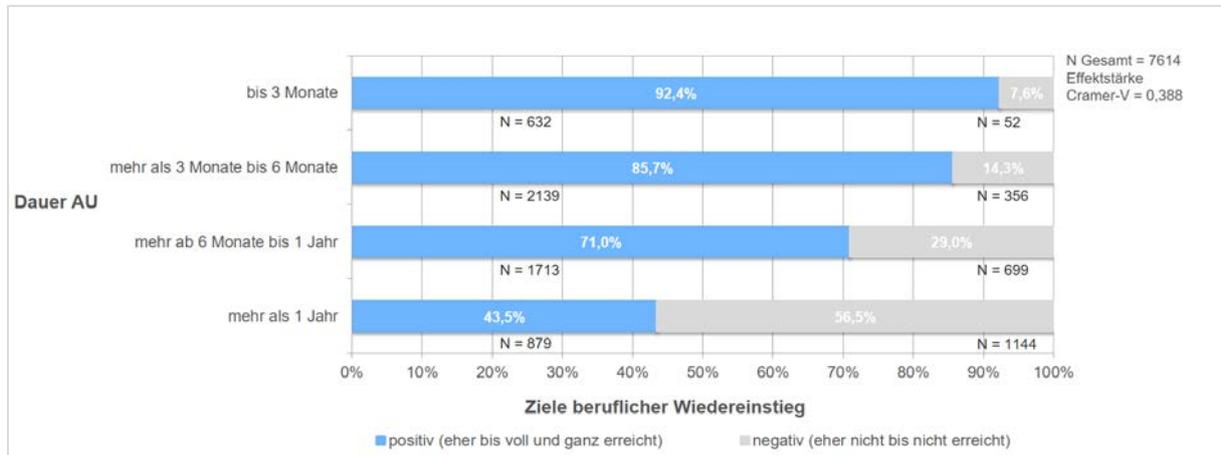


Abbildung 54: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der subjektiv bewerteten Erreichung der Ziele des beruflichen Wiedereinstiegs (Kreuzanalyse)

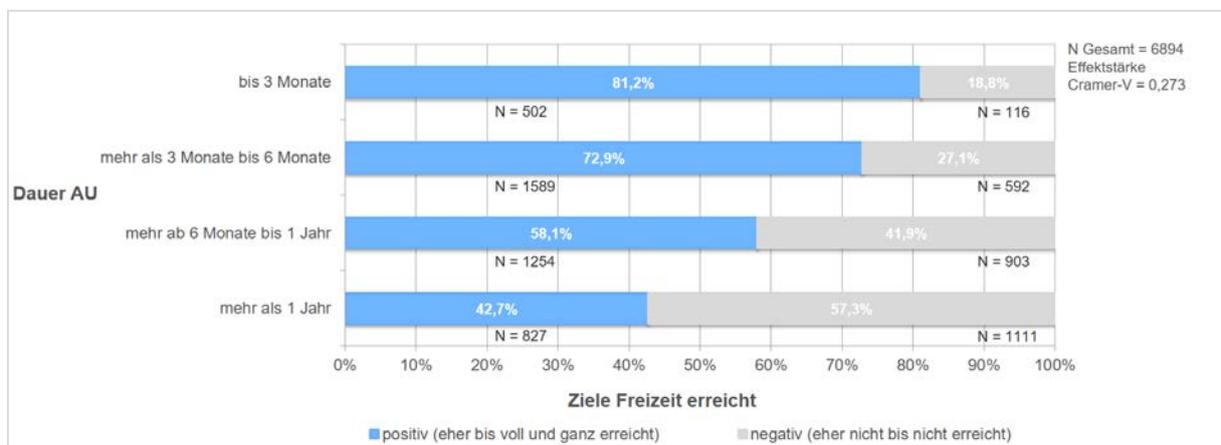


Abbildung 55: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der subjektiv bewerteten Erreichung der Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten (Kreuzanalyse)

Ein weiterer untersuchter Aspekt ist der Erfolg der medizinischen Maßnahmen (Frage 19). Über 80 % der Versicherten, die bis zu einem Jahr arbeitsunfähig waren, gaben an, dass ihnen die medizinischen Maßnahmen weitergeholfen haben. Bei einer Dauer von mehr als einem Jahr Arbeitsunfähigkeit zeigen die medizinische Maßnahmen immer noch bei ca. 73 % der Befragten Erfolg. Allerdings gibt es hier nur einen schwachen Zusammenhang (Cramer-V Wert = 0,161), so dass Rückschlüsse ohne weitere Evaluationen nicht gezogen werden können.

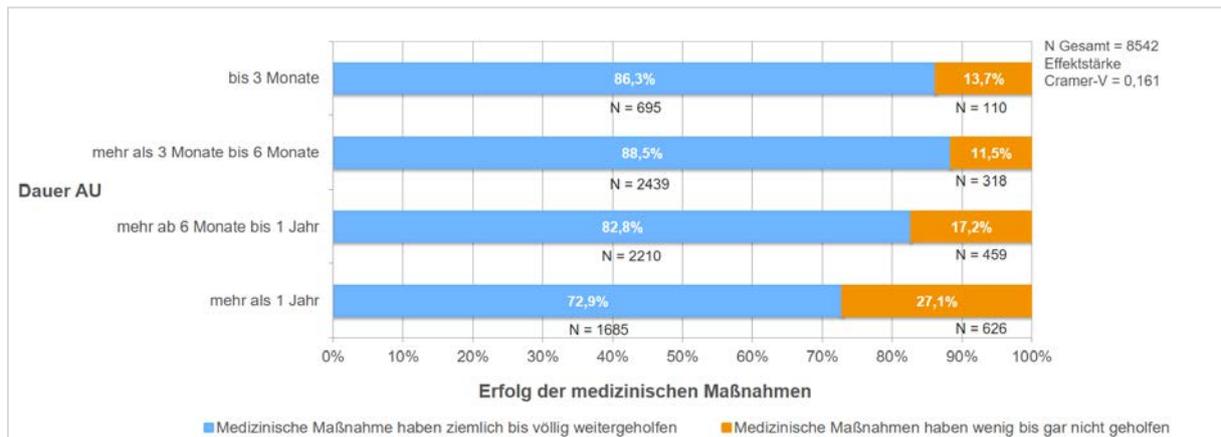


Abbildung 56: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der erlebte Erfolg der medizinischen Maßnahmen (Kreuzanalyse)

In Bezug auf die Gesamtzufriedenheit waren in jedem Zeitraum der AU-Dauer über 80 % der Antwortenden mit ihrer Rehabilitation insgesamt zufrieden. Zusammenfassend bewertet, kann mit einem Cramer-V Wert von 0.101 nur ein kleiner Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der Gesamtzufriedenheit belegt werden.

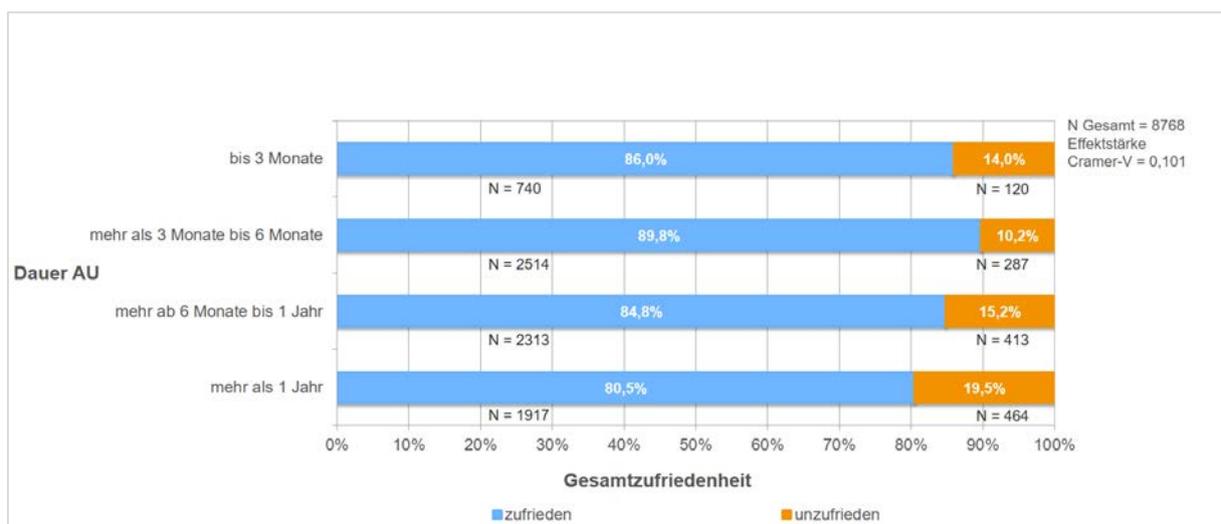


Abbildung 57: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der Gesamtzufriedenheit (Kreuzanalyse)

Schließlich wurde noch betrachtet, in welcher Beziehung die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zum Bekanntheitsgrad der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers steht.

Im Gegensatz zu den ersten Grafiken verhalten sich die Zahlen der folgenden Grafik gespiegelt. Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die bis zu drei Monaten arbeitsunfähig waren, kannte ihre/n Reha-Manager/in persönlich. Bei mehr als einem Jahr Arbeitsunfähigkeit waren es knapp über 80 %. Mit zunehmender AU-Dauer kommt es naturgemäß zu häufigeren Kontakten zwischen den Versicherten und der Reha-Managerin und dem Reha-Manager. Auch hier kann jedoch nur ein schwacher Zusammenhang (Cramer-V = 0.178) festgestellt werden.

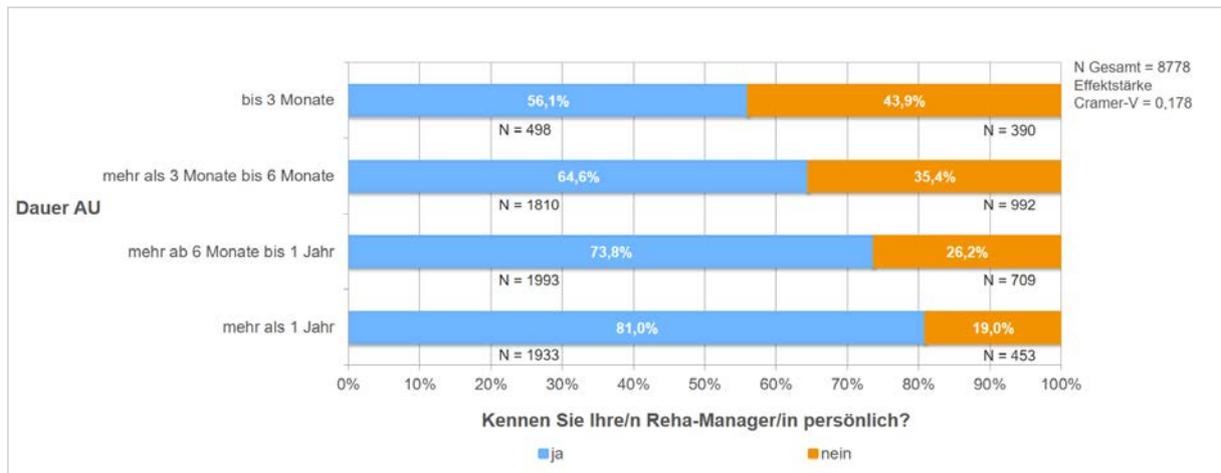


Abbildung 58: Zusammenhang zwischen der Dauer der AU und der Bekanntheit der Reha-Managerin bzw. des Reha-Managers (Kreuzanalyse)

5. Interpretation der Ergebnisse

Die in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnisse und Analysen geben aufschlussreiche Hinweise zu der Zufriedenheit der Versicherten mit dem Reha-Management. Nachfolgend werden die Ergebnisse und Analysen, die einen direkten Bezug zum Handlungsleitfaden für das Reha-Management in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung haben, beleuchtet und Zusammenhänge dargestellt. Dabei orientieren sich die Interpretationen an den im Kapitel 3.3 beschriebenen Dimensionen „Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in“, „Planung der Rehabilitation“, „Ablauf der Rehabilitation“, „Zielerreichung“ sowie „Gesamtzufriedenheit“.

5.1 Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in

Die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Managerinnen und -Managern sowie den Versicherten wird seit jeher in der gesetzlichen Unfallversicherung großgeschrieben. So ist im Handlungsleitfaden unter anderem beschrieben, dass die UV-Träger auf eine persönliche und professionelle Beratung setzen, um die Ziele des Reha-Managements zu erreichen. Neben der Frage des persönlichen Kontakts wurden in dieser Dimension auch Fragen zur Einschätzung der Kompetenz und frühzeitigen Kontaktaufnahme gestellt.

Die Kompetenz sowie die Verfügbarkeit bei Fragen und/oder Schwierigkeiten im Reha-Prozess bewerteten die Antwortenden mit einer Zustimmung von jeweils ca. 80 % besonders gut (s. Kapitel 4.2.1.1). Damit zeigt sich, dass der Handlungsleitfaden und somit die Zielsetzung des Reha-Management umgesetzt werden.

Auffällig ist, dass etwas mehr als 40 % der Antwortenden angaben, nicht innerhalb eines Monats nach dem Unfall Kontakt mit dem Reha-Manager oder der Reha-Managerin gehabt zu haben. Neben der Frage, ob die Kontaktaufnahme innerhalb eines Monats Auswirkungen auf den Reha-Prozess hat, wurde auch analysiert, ob die - nach den Vorgaben im Handlungsleitfaden – verspätete Erstberatung mit dem persönlichen Kennen des Reha-Managers oder der Reha-Managerin in Verbindung steht. Beide Aussagen konnten anhand der von den Versicherten gegebenen Antworten nicht belegt oder nur schwache Zusammenhänge ermittelt werden.

Mittelstarke Effekte zeigten sich bei der Analyse der Zusammenhänge zwischen den Dimensionen Zusammenarbeit und Gesamtzufriedenheit (s. Kapitel 4.3.2.1). Die Versicherten, die mit der Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager oder der Reha-Managerin eher unzufrieden waren, waren auch häufiger weniger zufrieden mit ihrer individuellen Rehabilitation. Die Idee des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung nach einem schweren Unfall persönlich, umfassend und kompetent zu beraten, wird demnach von den Versicherten nachhaltig bestätigt.

Hingegen hat die Zusammenarbeit mit den Reha-Managerinnen oder -Managern auf die Zielerreichung lediglich schwachen Einfluss. Ein Rückschluss darauf, dass Versicherte mit der Erreichung von körperlichen Leistungszielen, Zielen zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten und des beruflichen Einstiegs sowie der nach dem Unfall aufgenommenen Tätigkeit eher zufrieden sind, wenn die Zusammenarbeit zufriedenstellend verlief, ist demnach nicht klar nachzuweisen.

Etwa 30 % der Antwortenden gaben an, ihren Reha-Manager oder ihre Reha-Managerin nicht persönlich zu kennen. Bei knapp 20 % der Antwortenden hat der Reha-Manager oder die Reha-Managerin keine Maßnahmen zum beruflichen Wiedereinstieg erörtert (s. Kapitel 4.2.1.1). Anhand der soziodemographischen Daten (s. Kapitel 4.1.2) lässt sich ableiten, dass ein Anteil von 10 % der Antwortenden weniger als drei Monate arbeitsunfähig war. Dementsprechend könnte ggf. aufgrund der Verfahrenskürze auf einen persönlichen Besuch verzichtet worden sein. Auch können die Gründe in einer nicht durchgehenden Umsetzung des Handlungsleitfadens liegen. Beide Fragestellungen konnten aufgrund der Heterogenität des Fallgeschehens der UV-Träger nicht tiefergehend analysiert werden. Hier muss jeder UV-Träger anhand der individuellen Befragungsergebnisse für sich prüfen, ob Handlungsbedarf gesehen wird oder das Ergebnis den Erwartungen aufgrund der im eigenen Haus vorgeesehenen Verfahrensweise entspricht.

5.2 Planung der Rehabilitation

Die Festlegung von individuellen Rehabilitationszielen, die Beteiligung am Reha-Prozess sowie eine verbindliche Rehabilitationsplanung sind elementare Bestandteile des Reha-Managements der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Fragen in der Dimension „Planung der Rehabilitation“ beschäftigen sich daher mit Einschätzungen der Versicherten zur Einbindung in ihre Rehabilitationsprozesse. Darüber hinaus wurden Fragen zum Instrument „Reha-Plan“ gestellt.

Die Antworten der Befragten sind in diesem Bereich insgesamt ausgesprochen positiv. So haben die Antwortenden insbesondere im Reha-Plan eine gute Orientierung gefunden und bestätigt, dass der Plan flexibel an veränderte Bedingungen angepasst wurde (s. Kapitel 4.2.1.2). Folglich gab es auch eine hohe Übereinstimmung zu der Frage, ob bekannt ist, warum und zu welchem Zweck die einzelnen Maßnahmen durchgeführt wurden. Die im Handlungsleitfaden beschriebenen Maßnahmen für ein effizientes und partizipierendes Reha-Management werden somit auch von den Versicherten als wertvoll und hilfreich eingeschätzt.

Zu hinterfragen sind die Angaben der Versicherten zu den beteiligten Personen an der Reha-Planung (Frage 11, s. Kapitel 4.2.1.2). Während die Beteiligung von Ärzten oder Ärztinnen an der Planung mit 81,4 % angegeben wurde, liegt die Beteiligung der Reha-Managerinnen

und -Manager aus Sicht der Versicherten lediglich bei 61,6 %. Die Angaben sind im Vergleich mit der Dimension „Zusammenarbeit mit dem/der Reha-Manager/in“ (s. Kapitel 4.2.1.1) stimmig, da dort DGUV-weit ein Drittel der Antwortenden angab, den oder die Reha-Manager/in nicht persönlich zu kennen. Ob dieser Wert für die einzelnen UV-Träger relevant ist oder den eigenen Vorgaben entspricht, bedarf einer individuellen Analyse eines jeden Trägers.

Dies gilt gleichermaßen für das Ergebnis zu der Frage, ob die Versicherten ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung mit einbringen konnten – über alle UV-Träger hinweg hat immerhin rund ein Viertel diese Frage verneint.

Bei der Planung der Rehabilitation, insbesondere bei der Einbindung der Versicherten in die Planung, konnten starke Effekte auf die Gesamtzufriedenheit nachgewiesen werden (s. Kapitel 4.3.2.2 und 4.3.3.2). Werden die Versicherten folglich nicht ausreichend an der Planung beteiligt und findet darüber hinaus keine strukturierte und für die Versicherten zufriedenstellende Planung, z. B. mit Hilfe des Reha-Plans, statt, sind sie auch insgesamt eher unzufrieden. Auf der anderen Seite trägt die strukturierte Planung und proaktive Beteiligung der Versicherten dazu bei, dass sie insgesamt mit ihrer Rehabilitation zufrieden sind und diese auch weiterempfehlen würden. Das bestätigt eine der größten Säulen, auf denen das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung fußt.

Weitere Analysen haben darüber hinaus ergeben, dass sich auch bei der Dimension „Planung der Rehabilitation“ kein nennenswerter Effekt auf die individuelle Zielerreichung nachweisen lässt. So kann auch hier der Rückschluss, dass mit der Planung zufriedene Versicherte auch mit der Zielerreichung eher zufrieden sind, nicht gezogen werden.

5.3 Ablauf der Rehabilitation

Neben der Planung des gesamten Rehabilitationsprozesses liegt ein weiterer Fokus im Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung darauf, die geplanten Maßnahmen auch zeitnah umzusetzen. Ein Netzwerk aus Ärzteschaft, Therapierenden und weiteren Spezialisten legt dafür den Grundstein. Im Rahmen der Befragung konnten die Versicherten bewerten, wie zufrieden sie mit der Zusammenarbeit aller an ihrem Reha-Prozess beteiligten Personen waren und angeben, ob es Störungen bei der Durchführung der vereinbarten Maßnahmen gab. Mit einer Zustimmung von mehr als 80 % bei fünf von sechs Fragen liegt die Zufriedenheit der Antwortenden auf einem hohen Niveau (s. Kapitel 4.2.1.3). Das im Handlungsleitfaden beschriebene Ziel, durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden der Versicherten zu rehabilitieren, wurde von den Antwortenden demnach bestätigt.

Zu der Frage, ob die beruflichen Maßnahmen den Versicherten sehr weitergeholfen haben, lag die Zustimmung der Antwortenden bei knapp 66 %. Dies ist geringer als bei den medizinischen Reha-Maßnahmen. Allerdings muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass ein Vergleich mit dem Gesamtstatistikdatensatz (s. Kapitel 4.1.2) zeigt, dass es DGUV-weit keinen so hohen Anteil an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt. Dies lässt vermuten, dass die Antworten sich z. B. auch auf Ergotherapie/arbeitstherapeutische Maßnahmen o. ä. beziehen könnten. Eine konkrete Analyse war über die Gesamtfälle der DGUV nicht realisierbar. Da diejenigen, die diese Frage positiver beantwortet haben, auch eher zufrieden mit ihrer Rehabilitation sind, müsste hier eventuell in späteren Befragungen nachgefasst bzw. die Frage konkretisiert werden.

Die Fragestellung, ob der Ablauf der Rehabilitation einen Einfluss auf die Zielerreichung und/oder auf die Gesamtzufriedenheit hat, kann bejaht werden. Die tieferegehenden Analysen haben einen mittleren bis starken Einfluss ergeben (s. Kapitel 4.3.2.3). Dies sind insbesondere die medizinischen und beruflichen Maßnahmen, die gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Therapeuten und das am Ende einer Maßnahme bekannt war, wie es weitergeht. Ein von den Antwortenden als positiv empfundener Ablauf trägt somit maßgeblich zur Zufriedenheit bei der Zielerreichung und der Gesamtzufriedenheit bei. Die im Handlungsleitfaden beschriebenen Maßnahmen und Vorgehensweisen bewirken demnach genau das, was mit dem Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung erreicht werden soll: durch Koordination und Kooperation die Sicherstellung einer individuellen und möglichst reibungslosen Rehabilitation.

5.4 Zielerreichung

Insgesamt sind Zielerreichung und Zufriedenheit auch aus Sicht der Betroffenen die Messparameter für eine erfolgreiche Rehabilitation. Insgesamt liegt die Zufriedenheit in der Dimension „Zielerreichung“ DGUV-weit bei den einzelnen Fragen jeweils bei unter 70 % (s. Kapitel 4.2.1.4). Diese Werte sind gerade im Hinblick auf die hohe Wertigkeit dieses Themas im Reha-Management klärungsbedürftig.

Über 34 % der Antwortenden haben angegeben, dass sie ihre Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit (eher) nicht erreicht haben. Da es sich um Reha-Management-Fälle handelt, ist davon auszugehen, dass eine schwere oder zumindest mittelschwere Verletzung vorlag. Es ist daher nicht überraschend, wenn hier keine 80 % positiven Antworten erreicht wurden. Dennoch ist zu hinterfragen, ob die Vermittlung und Aufklärung über realistische Ziele sowie die generelle Zielerreichung vermehrt und klarer kommuniziert werden muss.

Bei den Zielen zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten ist es noch deutlicher: 13,4 % gaben an, dass dies kein Ziel war. Natürlich ist der berufliche Wiedereinstieg wichtig, aber Freizeitziele sollten generell thematisiert werden. Von denen, die angaben, dass es Ziele hierfür gab, sind knapp 39 % nicht mit der Zielerreichung zufrieden. Hier muss es Aufgabe des Reha-Managements sein, realistische und erreichbare Ziele gemeinsam mit den Betroffenen zu formulieren und gerade ihre Interessen und evtl. die unfallbedingte neue Ausrichtung der Möglichkeiten zu erörtern.

Bei den Zielen des beruflichen Wiedereinstiegs gaben 6,7 % an, dass dies kein Reha-Ziel war. Das erscheint realistisch, da ein Teil der Befragten bereits nicht mehr im Erwerbsleben stand. Von den anderen gaben noch über 30 % an, dass sie ihr Ziel (eher) nicht erreicht haben. Wir wissen aus anderen Untersuchungen, dass diejenigen besonders zufrieden sind, die an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren können. Dies ist erklärtes Ziel der UV-Träger (vgl. auch „Positionspapier zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“). Interessant wäre zu evaluieren, wie die Versicherten diese Frage mit mehr zeitlichem Abstand bewerten würden. Da hier aber keine personenbezogenen Daten erfasst wurden, ist eine entsprechende Nachbefragung nicht möglich.

Zudem wurden die Versicherten spätestens nach 78 Wochen Verletztengeldbezug befragt bzw. bei Beginn der beruflichen Bildungsmaßnahmen einsetzenden Übergangsgeldes. In beiden Fällen konnten die beruflichen und evtl. auch Freizeitziele nicht erreicht werden.

Im Rahmen dieser Befragung konnten sechs Fragen ermittelt werden, bei denen sich ein mittlerer bis starker statistischer Zusammenhang zur Zielerreichung ergab (s. Kapitel 4.3.1):

Frage 20: Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

Frage 19: Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

Frage 17: Am Ende jeder Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.

Frage 13: Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.

Frage 9: Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.

Frage 14: Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.

Während bei vier der sechs Fragen die Antworten der Versicherten zu über 80 % als positiv bewertet wurden, gab es zwei Fragen, bei denen die Zufriedenheit niedriger ist. Zum einen gaben 33,9 % der Antwortenden an, dass die beruflichen Maßnahmen¹⁴ ihnen nicht sehr weitergeholfen haben (s. Kap. 4.2.1.3). Zum anderen konnten 24,9 % ihre persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen nicht in ihre Planung einbringen (s. Kap. 4.2.1.2). Beides könnten konkrete Ansätze für eine weitere Steigerung der Zufriedenheit im Bereich der Zielerreichung sein.

5.5 Gesamtzufriedenheit

Trotz zielgerichteter Planung und guter Zusammenarbeit mit den Versicherten und Netzwerkpartnern könnte die Zufriedenheit mit dem individuellen Reha-Management als Ganzes von den Versicherten kritisch beurteilt werden. Um herauszufinden, ob das Reha-Management als Ganzes auch von den Versicherten als hilfreich empfunden wird, wurde gefragt, ob sie mit ihrer Rehabilitation insgesamt zufrieden sind und ob sie anderen Menschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, die gleiche Rehabilitation empfehlen würden.

Mehr als 80 % der Antwortenden hat diese Fragen positiv beantwortet. Dieser hohe Grad an Zufriedenheit bestätigt einmal mehr, dass das Konzept des Reha-Managements seine Wirkung nicht verfehlt und bei den betroffenen Personen gut ankommt. Besonders stark war der Zusammenhang mit der Gesamtzufriedenheit bei den folgenden sieben Fragen (s. Kapitel 4.3.1):

Frage 20: Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

Frage 19: Die medizinischen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

Frage 17: Am Ende jeder Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.

¹⁴ Zur möglichen Konkretisierung der Frage der „beruflichen Maßnahmen“ siehe Ausblick (Kapitel 7.2)

Frage 13: Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.

Frage 9: Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Planung einbringen können.

Frage 14: Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.

Frage 18: Ich hatte den Eindruck, dass die beteiligten Ärzte und Therapeuten in meiner Rehabilitation gut zusammengearbeitet haben.

Der ganzheitliche Ansatz, eine gute Planung sowie die partnerschaftliche Einbindung und Beteiligung der Versicherten an ihrer persönlich zugeschnittenen Rehabilitation sind demnach Stellschrauben für die Gesamtzufriedenheit. Diese Gedanken sind seit jeher im Reha-Management-Konzept verankert und stehen darüber hinaus ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des Bundesteilhabegesetzes.

5.6 Zusammenfassung

Die nun vorliegenden Ergebnisse der ersten Befragung von Versicherten, die von einer Reha-Managerin oder einem Reha-Manager begleitet wurden, liefern wichtige Hinweise darauf, ob die mit dem Handlungsleitfaden verfolgten Ziele erreicht werden und in welchen Bereichen Weiterentwicklungsbedarf besteht.

Die Ergebnisse bestätigen die Bedeutung des „Patient Reported Outcomes (PRO)“ für die Beurteilung von gesundheitlichen Interventionen auch für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung. PROs haben sich in der Forschung als eine wesentliche Zielgröße zur Erfassung der Ergebnisqualität medizinischer Leistungen etabliert.¹⁵ In verschiedenen Studien konnte eine hohe Korrespondenz zwischen PROs und der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nachgewiesen werden.¹⁶ Eine hohe subjektive Zufriedenheit auf Kundenseite kann damit als ein belastbarer Indikator für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg betrachtet werden.¹⁷

Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein Garant für eine erfolgreiche Rehabilitation und die berufliche Wiedereingliederung der Versicherten. Bereits bei den

¹⁵ Brettschneider C, Lümann D, Raspe H. Der Stellenwert von Patient Reported Outcomes (PRO) im Kontext von Health Technology Assessment (HTA). HTA-Bericht 2011 (109)

¹⁶ Calvert M, Brundage M, Jacobsen PB et al. The CONSORT Patient-Reported Outcome (PRO) extension: Implications for clinical trials and practice. Health and quality of life outcomes 2013; 11: 184

¹⁷ 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.

deskriptiven Daten (s. Kapitel 4.2.1) erzielte das Reha-Management hohe Zustimmungswerte. Die Kreuzanalysen zeigen darüber hinaus, dass es von entscheidender Bedeutung ist, dass die Versicherten über die Ziele der jeweiligen Prozessschritte informiert sind und bei der Planung eingebunden werden. Der Reha-Plan gibt den Versicherten, wie erwartet, eine gute Orientierung und wurde als zielführendes Steuerungsinstrument bestätigt. Eine frühzeitige Beratung nach einem schweren Arbeitsunfall ist von besonderer Bedeutung. Als Anhaltspunkt hierfür diente die Frage, „Mein/e Reha-Manager/in hat nach meinem Unfall innerhalb eines Monats Kontakt zu mir aufgenommen.“ Wichtiger als die Kontaktaufnahme mit dem Reha-Manager oder Reha-Managerin innerhalb eines Monats wird von den Versicherten die Möglichkeit bewertet, ihre persönlichen Bedürfnisse in die Planung einbringen zu können. Nichts desto trotz ist die frühzeitige Kontaktaufnahme für den gesamten Steuerungsprozess von elementarer Bedeutung. Stärker als bisher sollten die subjektiven Ziele der Versicherten zur sozialen Teilhabe und Freizeit bei der Planung und Erstellung des Reha-Plans Berücksichtigung finden. Diese Kontextfaktoren der ICF (Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) spiegeln die bio-psycho-sozialen Aspekte von Erkrankungsfolgen wieder. Diese zu Förderfaktoren des Reha-Managements zu machen, ist die Herausforderung der Zukunft.

6. Handlungsempfehlungen

Handlungsempfehlung	Dimension	Erläuterung
Fachliche Kompetenz der Reha-Managerinnen und -Manager beibehalten.	Zusammenarbeit	Die Kompetenz der Reha-Managerinnen und -Manager hat einen messbaren Einfluss auf die Zufriedenheit.
Den/die Reha-Manager/in als zentrale Ansprechperson für die Versicherten flächendeckend implementieren.	Zusammenarbeit	Eine Person, die bei allen Fragen und vor allem bei Schwierigkeiten im Reha-Prozess zur Verfügung steht, wird von den Versicherten als hilfreich gesehen.
30 Tagefrist zur Aktualisierung des Handlungsleitfadens RM evaluieren.	Zusammenarbeit	Ein Erstbesuch innerhalb von 30 Tagen hat keinen nennenswerten Effekt auf die Zufriedenheit der Versicherten.
Durchführung einer strukturierten Reha-Planung beibehalten.	Planung	Die Reha-Planung gibt den Versicherten eine gute Orientierung und trägt damit zur Zufriedenheit bei.
Im Reha-Prozess auf Veränderungen flexibel reagieren.	Planung	Die individuelle Planung der Rehabilitation und damit auch die Möglichkeit, flexibel auf unvorhersehbare Situationen zu reagieren, wird von den Versicherten hoch geschätzt.
Reha-Planung findet gemeinsam mit allen Beteiligten (Ärztenschaft, Therapeuten, Versicherte und Reha-Manager/innen) statt.	Planung	Gute Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkpartnern/innen hat positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Versicherten.
Die Versicherten können jederzeit ihre persönlichen Vorstellungen und Bedürfnisse in die Reha-Planung einbringen.	Planung	Selbst- und Mitbestimmung ist ein wesentlicher Faktor für ein von den Versicherten als erfolgreich eingeschätztes Reha-Management. Die Ziele der

		UN-BRK und des BTHG fordern darüber hinaus eine partizipierende Beteiligung.
Aktive Koordinierung der geplanten Rehabilitationsmaßnahmen aufrechterhalten.	Ablauf	Zeitlich aufeinanderfolgende Maßnahmen und die frühzeitige Abstimmung mit den betroffenen Personen führen zu höherer Zufriedenheit der Versicherten.
Gute Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Therapierenden fördern.	Ablauf	Die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den am Reha-Prozess beteiligten Personen führt zu einem gut strukturierten Ablauf und fördert die Zufriedenheit der Versicherten.
Information zu beruflichen Maßnahmen empfängergerecht übermitteln.	Ablauf	Damit eine berufliche Maßnahme zum Erfolg führt, muss diese individuell auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten sein.
Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.	Zielerreichung	Nach einem schweren Arbeits- oder Wegeunfall ist die körperliche Leistungsfähigkeit in vielen Fällen im Vergleich zu vorher verändert. Ziele in diesem Bereich müssen daher realistisch betrachtet und vor allem gemeinsam mit den Versicherten offen erörtert werden.
Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.	Zielerreichung	Leistungen zur Teilhabe umfassen auch die behindertengerechte Teilnahme an Aktivitäten außerhalb des beruflichen Umfelds. Die Ermittlung von Zielen in diesem Bereich muss gerade im Hinblick auf das BTHG stärker in den Fokus der Beratung rücken.

7. Ausblick

7.1 Versichertenbefragung als Merkmal der Qualitätssicherung

Im Fall der vorliegenden Versichertenbefragung handelt es sich um eine Maßnahme der internen Qualitätssicherung, mit der die Leistung des Reha-Managements in Hinblick auf die Anforderungen des „DGUV-Handlungsleitfadens Reha-Management“ überprüft wird. Damit gehen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung über die gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung nach § 36 SGB IX klar hinaus. Dort ist lediglich die Qualitätssicherung auf Seiten der Leistungserbringer verpflichtend geregelt.¹⁸ Die Rückmeldungen der Versicherten betreffen dagegen die wahrgenommene Leistung auf Seiten des Unfallversicherungsträgers als dem verantwortlichen Leistungsträger.

Diese Rückmeldungen zeigen, dass die Zielsetzung des Handlungsleitfadens in der Praxis der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen umgesetzt wird. Die Versicherten sind mit der Zusammenarbeit, der Reha-Planung und der Rehabilitation durch die Leistungserbringer überwiegend zufrieden oder sehr zufrieden.

Neben dieser allgemeinen Bestätigung können die Ergebnisse auch für die Qualitätsentwicklung und das interne Qualitätsmanagement der einzelnen UV-Träger genutzt werden. Durch den Vergleich mit dem Durchschnitt aller UV-Träger oder mit dem UV-Träger mit dem jeweils besten Ergebnis, geraten Potentiale in den Blick, die zu internen Verbesserungsprozessen führen können. Die Ergebnisse der Verbesserungen können wiederum mittels einer folgenden Versichertenbefragung überprüft werden.

Mit der Versichertenbefragung verfügt die gesetzliche Unfallversicherung damit über ein Instrument der regelmäßigen und vergleichenden Qualitätssicherung, welches geeignet erscheint, im Zeit- und Trägervergleich die Qualitätsentwicklung eines Kernauftrages der Unfallversicherung zu unterstützen. Die Versichertenbefragung zum Reha-Management und Reha-Prozess stellt ein wichtiges Element der Qualitätssicherung dar. Die Meinung der Versicherten ist gerade im Hinblick auf die erforderliche Partizipation von elementarer Bedeutung.

Unter der allgemeinsten Definition werden unter Qualitätssicherung alle Tätigkeiten verstanden, die darauf zielen, beim Kunden Vertrauen zu schaffen.¹⁹ Mit diesem Abschlussbericht wird daher über die Ergebnisse der Versichertenbefragung informiert. Zielgruppe sind neben

¹⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“. <http://www.bar-frankfurt.de/46.html> (Zugriff am 29.09.2014)

¹⁹ Norm DIN EN ISO 9001 (2008): Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen. Berlin 2008,

der Fachebene auch die Versicherten selbst, die über ein, in der UN-Behindertenrechtskonvention verankertes Informationsrecht verfügen, welches die Qualitätsergebnisse einschließt.²⁰ Ziel ist es, das Vertrauen der Versicherten in die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zu stärken.

Die Befragung kann aber nicht als alleiniges Produkt sämtliche Dimensionen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements abdecken. Dazu bedarf es weiterer Instrumente und Verfahren.

Aus Sicht der Projektleitung sollte ein solches Instrument in regelmäßigen Abständen eingesetzt werden, um Veränderungsprozesse abbilden zu können und die Stimmen der Betroffenen dauerhaft zu hören.

7.2 Zukünftige Befragungen

Zeitraumen

Es wird empfohlen, eine erneute, DGUV-weite Befragung nach Ablauf von circa 3 Jahren durchzuführen. Für den regelmäßigen Einsatz ist es nicht zwingend erforderlich, die Befragung kontinuierlich durchzuführen. Vielmehr dürfte es ausreichen, diese alle 2-4 Jahre durchzuführen. Hierfür haben sich auch die Projektgruppe und der Arbeitskreis Teilhabe des Ausschusses Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV ausgesprochen.

Aufgrund der doch relativ hohen Rücklaufquoten von mehr als 30 % konnte zudem festgestellt werden, dass ein Befragungszeitraum von zwei Jahren nicht erforderlich ist. Die Ergebnisse nach dem ersten Projektjahr (mit 4496 Rückläufern) unterscheiden sich nicht wesentlich von denen nach zwei Projektjahren (mit 9930 Rückläufern). Somit dürfte für Folgebefragungen ein Ein-Jahreszeitraum ausreichen.

Anders sieht dies bei der Befragung der Eltern-/Erziehungsberechtigten beim Reha-Management für Kinder und Jugendliche aus. Hier empfiehlt sich ein sehr langer, evtl. sogar dauerhafter Einsatz, aufgrund der wesentlich geringeren Fallzahlen (109 in zwei Jahren) und auch der etwas geringeren Rücklaufquote (22 %).

²⁰ Deutsches Institut für Menschenrechte: Monitoringstelle zur UN Behindertenrechtskonvention – Positionen Nr.3, Berlin 2010, S. 1-4, http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Positionen_nr_3_Partizipation_ein_Querschnittsanliegen_der_UN_Behindertenrechtskonvention.pdf (Zugriff am 30.10.2014)

Zum Fragebogen

Aufgrund der Vergleichbarkeit, sollte der Fragebogen für spätere Befragungen möglichst wenig verändert werden.

Anpassungen werden, ggf. aufgrund neuer gesetzlicher Begrifflichkeiten (z. B. Teilhabepan), erforderlich.

Zudem sollte die Frage „Die beruflichen Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen“ geschärft werden, da viele Rückantwortende hierzu Aussagen getroffen haben, viel mehr, als statistisch überhaupt berufliche Leistungen erhalten haben. Es könnte daher sein, dass hier eher ergotherapeutische oder medizinisch-berufliche Leistungen während der medizinischen Rehabilitation gemeint waren. Die Frage könnte zukünftig in 2 Fragen (nach ergotherapeutischen/med.-berufl. Maßnahmen und Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben) aufgespalten werden. Evtl. sind zusätzliche Erläuterungen notwendig, so dass die Antwortenden wissen, was gemeint ist.

Die Fragen zur Zielerreichung sollten mehr Raum einnehmen und genauer ausdifferenziert werden. Insbesondere im Hinblick auf soziale Teilhabe und Freizeitaktivitäten sowie auf die berufliche Tätigkeit.

Die berufliche Wiedereingliederung spielt eine wichtige Rolle, hier sollte genauer als bisher erfragt werden, wie und wo diese erfolgte. (Frage 30)

Bezogen auf die vom Versicherten wahrgenommene Qualität ist auch auf Häufigkeit und zeitlichen Umfang der Beratung durch das Reha-Management zu achten, um in der Analyse im Hinblick auf einen kausalen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität Auswertungen vornehmen zu können.

Zeitpunkt der Befragung (= Ende des Reha-Managements)

Das Ende des Reha-Managements und somit der Befragungszeitpunkt sollten zukünftig nicht mehr die Zeitpunkte „78 Wochen Verletztengeldbezug“ und „Beginn des Übergangsgeldbezugs“ einschließen, da in beiden Fällen der Reha-Prozess noch nicht abgeschlossen ist.

Zur Art der Befragung

Der Abgleich der Altersgruppen der Rückantwortenden mit denen, die laut Gesamtstatistik einen Reha-Plan (=RM) erhalten haben, zeigt leichte Abweichungen. Auch wenn die Kohorte nicht identisch ist, lässt sich vermuten, dass offenbar mehr Ältere geantwortet haben, als Jüngere. Vor diesem Hintergrund, und auch in Anbetracht des Aufwandes, den das Einlesen der Daten erfordert und um auch vermehrt jüngere Versicherte anzusprechen, schlägt die

Projektgruppe vor, zukünftige Versichertenbefragungen online zu gestalten. Dies ermöglicht es auch, Erläuterungen zu Begrifflichkeiten zu hinterlegen (Beispiel: Reha-Manager/in, der/die in einigen Verwaltungen Reha-Berater/in heißen).

Außerdem würde sich so das Einlesen der Fragebögen erübrigen.

Auswertung

Die Auswertung könnte der Bereich Statistik der DGUV vornehmen. Dies würde zudem die Möglichkeit eröffnen, den Fragebogen mit den Falldaten aus der Gesamtstatistik der DGUV zusammenzuführen. Ob und wie dies im Rahmen des Datenschutzgesetzes möglich ist, muss geprüft werden. Andererseits könnten weitere wichtige Informationen wie Anzahl der Maßnahmen, Diagnose u. a. mit in die Auswertung einbezogen werden.

Zukünftig könnten die Ergebnisse der Auswertung von der DGUV auch in Form von Standard-Reports übermittelt werden. Dies würde den Aufwand der Träger erheblich minimieren.

Spätestens im Laufe des Jahres 2019 müsste mit der Fragebogenanpassung (dem Einsetzen einer Projektgruppe) begonnen werden, damit eine erneute Befragung im Laufe des Jahres 2021 erfolgen kann.

Befragung aus dem Bereich Kinder und Jugendliche

Die Befragung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten im Bereich Reha-Management für Kinder und Jugendliche wurde um ein Jahr verlängert. Hier ist noch gesondert zu entscheiden, wie zukünftige Befragungen erfolgen sollen, zudem muss erörtert werden, wie die jetzt in Kürze vorliegenden Ergebnisse vertiefend ausgewertet werden sollten und können.