



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit zum Thema:

Erfolgreiches Qualitätsmanagement durch die Einbeziehung
persönlicher Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen in
ambulanten Rehakliniken

Zur Erlangung des Grades Bachelor of Arts

Vorgelegt von:

Oliver Hooge



Abgabe: 23.12.2020

Gutachter/innen

1. Prüfer: Prof. Dr. Walter Leal
2. Prüfer: Prof. Dr. Michael Haufs

Zusammenfassung

Der demografische Wandel und der Anstieg an chronischen Krankheiten haben in den letzten Jahren für einen Anstieg der rehabilitativen Behandlungen gesorgt. Die ambulante Rehabilitation soll den Patienten dabei einen Wiedereinstieg in den Alltag und das Berufsleben ermöglichen. Um diese Maßnahmen umzusetzen, bedarf es einem erfolgreichen Qualitätsmanagement, welches durch die Einbeziehung der persönlichen Bedürfnisse der Patienten erreicht wird. In der folgenden Bachelorarbeit soll die Relevanz der Patientenorientierung in der Untersuchung bekräftigt werden. Als Hilfsmittel dient hierbei ein Fragebogen, in welchem die Rehabilitanden bezüglich ihrer Zufriedenheit in der ambulanten Rehaklinik befragt werden. Insgesamt werden dabei Fragen zu sechs verschiedenen Kategorien gestellt. Die Antworten wurden in fünf Zufriedenheitsniveaus unterteilt, wobei fünf das zufriedenste Ergebnis darstellt. Die Untersuchung hat ergeben, dass 98% der Befragten mit der ambulanten Klinik sehr zufrieden sind. Das Zufriedenheitsniveau liegt für die gesamten Maßnahmen bei einem durchschnittlichen Wert von 4,3 („ziemlich zufriedenstellend“). Daraus lässt sich schließen, dass die Qualität der Versorgung, ohne Berücksichtigung der objektiven Befunde der Ärzte, sehr gut ist. Die Qualitätsanforderungen wurden somit weitestgehend erfüllt. Die Analyse der Arbeit hat gezeigt, dass durch die ständige und individuelle Betreuung der Patienten und der Schaffung eines angenehmen Klimas, die Zufriedenheitsbewertung positiv beeinflusst wird. Dies setzt jedoch ein flächendeckendes Netzwerk von ambulanten Rehakliniken voraus, um den Patienten eine wohnortnahe Behandlung zu ermöglichen. Zudem bedarf es weiterer Entwicklung von Angeboten, welche spezifisch auf verschiedene Gruppen angepasst werden. Wenn diese zuletzt genannten Empfehlungen zusammen mit der Patientenorientierung umgesetzt werden, steht einem ständigen Therapieerfolg in den Reha-Kliniken nichts mehr entgegen.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
2. Definition Grundlagenbegriffe	3
2.1. <i>Qualitätsmanagement</i>	3
2.2. <i>Patientenzufriedenheit</i>	4
2.3. <i>Ambulante Rehabilitation</i>	7
3. Problematik der ambulanten Rehabilitation in Deutschland	10
3.1. <i>Rückgang von Einrichtungen</i>	11
3.2. <i>Trägerübergreifende Ausgaben</i>	12
3.3. <i>„Hilfe zur Selbsthilfe“</i>	13
3.4. <i>Fehlender Informationsfluss</i>	14
3.5. <i>Fehlende Transparenz</i>	15
4. Eigenschaften und Vorgehensweise in der ambulanten Rehabilitation	16
4.1. <i>Entwicklung ambulanter Rehabilitationsformen</i>	18
4.2. <i>Die Wichtigkeit der Patientenorientierung</i>	19
4.3. <i>Herausforderungen beim Qualitätsmanagement</i>	23
5. Erhebung über den Einfluss der persönlichen Patientenbedürfnisse auf das Qualitätsmanagement	26
5.1. <i>Vorstellung Schwerpunkt-Reha Bonn</i>	27
5.2. <i>Design der Erhebung</i>	28
5.2.1. <i>Angewandte Methoden</i>	29
5.2.2. <i>Teilnehmer der Untersuchung</i>	30
5.2.3. <i>Gründe für die Ausschließung an der Untersuchung</i>	30
5.2.4. <i>Vorgehensweise bei der Untersuchung</i>	30
5.2.5. <i>Interesse der Rehabilitanden</i>	31
5.3. <i>Auswertung der Resultate der Patientenbefragung</i>	31
5.3.1. <i>Soziodemografische Daten</i>	32
5.3.2. <i>Reha-Einrichtung</i>	34
5.3.3. <i>Verwaltung</i>	36
5.3.4. <i>Mitarbeiter</i>	37
5.3.5. <i>Medizinische Maßnahmen</i>	38
5.3.6. <i>Infrastruktur</i>	43
5.3.7. <i>Ergebniszusammenfassung</i>	44
5.3.8. <i>Ergebnisübertragung auf die drei Ebenen der Qualitätssicherung</i>	45

6. Diskussion.....	48
7. Fazit.....	50
Literaturverzeichnis	54
Anhang	59
Eidesstattliche Erklärung	61

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Eigenschaften der Qualitätsaspekte (Kuntsche, Börchers, 2017).....	6
Abbildung 2 Beispielhafte Darstellung der Abgrenzung der Behandlungsformen im Krankenhaus (Reimbursement Institute, 2018).....	10
Abbildung 3 Übersicht der Indikatoren zur Rehabilitation und Therapiekonzepte (Schwerpunkt-Reha, 2017)	28
Abbildung 4 Altersgruppenzusammensetzung.....	33
Abbildung 5 Familienstand.....	34
Abbildung 6 Zufriedenheitsniveau mit der Einrichtung.....	35
Abbildung 7 Organisatorisches Zufriedenheitsniveau.....	36
Abbildung 8 Zufriedenheitsniveau des Personals	37
Abbildung 9 Zufriedenheitsniveau zu den Reha- Maßnahmen.....	39
Abbildung 10 Teilnehmerzahl pro Reha- Maßnahme	40
Abbildung 11 Zufriedenheitsniveau mit der Art und dem Umfang der Therapie	43
Abbildung 12 Zufriedenheitsniveau mit der Infrastruktur	44
Abbildung 13 Zufriedenheitsniveau mit der Strukturqualität	46
Abbildung 14 Zufriedenheitsniveau mit der Prozessqualität	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Patienten.....	32
---	----

Abkürzungsverzeichnis

§	Paragraf
%	Prozent
BSG	Bundessozialgericht
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

1. Einleitung

Der demographische Wandel in Deutschland hat zur Folge, dass die rehabilitativen Behandlungen bei Erkrankungen in den letzten Jahren immer mehr zugenommen haben. Außerdem begünstigen Faktoren wie falsche Ernährung oder der Konsum von Alkohol und Zigaretten das Risiko von chronischen Krankheiten. Durch Bewegungsmangel und Übergewicht kommt es vermehrt zu chronischen Krankheiten wie Adipositas und Bluthochdruck. Dies ist aber nur ein Teil, welcher in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt ist.

Als ebenfalls großes Problem hat sich das bestehende Sozialversicherungssystem herausgestellt. Durch eine hohe Arbeitslosenquote, einem allgemein schlechteren Krankheitsbild in der Bevölkerung und dem demographischen Wandel steht das soziale Umverteilungsprinzip auf dem Prüfstand (Ulrich 2005, S. 17 ff.). Daraus ergibt sich ein Dilemma in der Versorgungsorganisation. Bei fehlenden Einnahmen steigen jedoch gleichzeitig die Kosten. Die Behandlungen für chronisch Kranke und ältere Menschen können nicht mehr gewährleistet werden (Badura, Iseringhausen 2005, S.9). Die Menschen erreichen mittlerweile ein viel höheres Durchschnittsalter als zuvor. Dabei sinkt jedoch gleichzeitig die Bevölkerungsanzahl und somit auch die, die das Alter haben einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zudem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für chronische Krankheiten im Laufe des Alters. Durch diese Faktoren werden die Rehabilitationskliniken vor eine große Herausforderung gestellt. Die Plätze in den Kliniken werden durch das steigende Durchschnittsalter und den Bevölkerungsrückgang immer nötiger gebraucht. Jedoch sind die finanziellen Mittel dahingehend begrenzt. Im Gesundheitswesen gehören diese Kliniken zu den kostenintensivsten Einrichtungen. Die Kliniken, welche auf Kardiologie spezialisiert sind, haben einen hohen Stellenwert. Grund dafür sind sowohl eine hohe Wirksamkeit als auch die Nachhaltigkeit dieser Anwendungen (Pohontsch, Deck, 2011, S. 2 ff.). Bisher waren in den Rehabilitationskliniken die Aufenthalte in der Regel stationär. Dabei ging es in erster Instanz nur um die Vollversorgung und die schnelle Genesung. Der Anteil von ambulanten rehabilitativen Angeboten im Bereich der Kardiologie ist im Vergleich zu anderen rehabilitativen Versorgungsangeboten eher gering. Durch das Auftreten von bestimmten Krankheiten ist die Nachfrage bezüglich ambulanter Reha-Kliniken

jedoch gestiegen. Es ist jedoch noch kein flächendeckendes Angebot für derartige Einrichtungen vorhanden (Hibbeler 2012, S. 4). Es stellt sich zudem die Problematik dar, dass die finanzielle Situation sehr angespannt ist. Durch diesen steigenden Kostendruck ist ein Umdenken unerlässlich. Der ambulante Bereich wird somit in Zukunft immer stärker bevorzugt, als der stationäre. Ebenso haben sich die Wertevorstellungen der Patienten verändert, welches nochmals den Anstoß zum Reformieren des deutschen Gesundheitssystems gibt (Thiel 2011, S.58).

Der Sektor Gesundheit bedarf zwei wichtiger Kriterien um langfristig am Markt bestehen zu bleiben. Dabei muss entweder ein möglichst geringer Aufwand in der Leistungserstellung erfolgen oder ein hoher Standard an qualitativen Zusatzleistungen angeboten werden (Schär, 2007, S.70). Aus diesem Grund liegt der Fokus im Wettbewerb darauf, über den Qualitätsstandards in der Regelversorgung hinaus, zu agieren. Bedingt wird dieses Handeln aus dem Grund, dass der Gesundheitsmarkt durch die Finanzstruktur, wie vorgegebenen Beitragssätzen, nicht über den Preis, sondern durch die Leistungen und deren Qualität entschieden wird (van Aalst et al. 2011, S. 143). Im heutigen Zeitalter werden die Informationen in kürzester Zeit aus dem Internet recherchiert. Das primäre Ziel in der Gesundheitsbranche ist es daher, die Zufriedenheit der Patienten in höchstem Maße zu erfüllen. Dabei sollten auch die Vorstellungen der Patienten genauestens bekannt sein, um betriebswirtschaftlich erfolgreich zu sein. Durchaus wichtig dabei ist, dass die Mitarbeiter diese Vorstellungen der Patienten teilen und dahinterstehen. Warum die meisten Patienten immer noch stationär behandelt werden, lässt sich nicht damit beantworten, dass diese bewusst in die stationäre Behandlung geschickt werden. Vielmehr werden hier die Wünsche der Patienten umgesetzt (Hibbeler 2012, S.1). Dies ist vor allem im Hinblick auf die weitere Genesung des Patienten von großer Wichtigkeit, da der Gesundheitszustand der Patienten eng mit den persönlichen Bedürfnissen zusammenhängt. Aus diesem Grund spielt die Meinung der Patienten in der Evaluation eine wichtige Rolle und ist eines der Ziele in der Qualitätssicherung. Als Instrument zur Erhebung dieser Daten dient die Befragung der Patienten. Mit dieser Form der Informationsgewinnung wird sich auch die vorliegende Bachelorarbeit befassen. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die Darstellung unterschiedlicher Dimensionen der Patientenzufriedenheit liegen. Außerdem wird untersucht, inwiefern das Einbeziehen der persönlichen Bedürfnisse als Indikator für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement dient. Für die

Beantwortung der Frage wurde zum Einstieg eine Literaturrecherche zur Rehabilitation im ambulanten Sektor durchgeführt. Nach der Schilderung der Problemstellung werden die für diese Arbeit wichtigsten Begriffe wie „Qualitätsmanagement“, „Patientenzufriedenheit“ und „Ambulante Rehabilitation“ genauer erläutert. Im letzten Abschnitt des Literaturteils wird der aktuelle Stand von der ambulanten Rehabilitation in Deutschland und den derzeitigen Problematiken, die sich in diesem Bereich ergeben, beschrieben. Zudem werden die unterschiedlichen Faktoren, die auf die Zufriedenheit der Patienten wirken können, genauer untersucht. Aus diesen Informationen entsteht der Fragebogen, welcher für diese Studie entwickelt wird. Im fünften Kapitel folgt dann die empirische Untersuchung. Dabei werden die Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit in einer ambulanten Rehaklinik mittels Fragebogen befragt. Daraufhin werden im sechsten Kapitel die Ergebnisse kritisch diskutiert. Im letzten Kapitel wird dann ein Fazit gezogen und entsprechende Empfehlungen bei Handlungsbedarf gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Informationen die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

2. Definition Grundlagenbegriffe

In diesem Kapitel werden Definitionen für die Begriffe „Qualitätsmanagement“, „Patientenzufriedenheit“ und „ambulante Rehabilitation“ gegeben. Außerdem werden dabei weiterführende Aspekte und Zusammenhänge zum besseren Verständnis der Gesamthematik angeführt.

2.1. Qualitätsmanagement

Der Begriff Qualität wird in der Gesellschaft meist mit etwas positivem assoziiert. Der Ursprung des Begriffs wird aus dem lateinischen Wort „qualis“ abgeleitet, dies bedeutet „wie beschaffen“. Dieses Wort hat keine nähere Bedeutung und ist somit neutral. Allerdings wird dieser Begriff häufig an Worte geknüpft, wie z.B. Lebensqualität oder Umweltqualität. Eine einheitliche Definition wurde durch die DIN EN ISO 9000 international gegeben. „Qualität ist der Grad, in dem ein Satz

inhärenter Merkmale Forderungen erfüllt“ (Brüggemann, Bremer, 2012, S. 3). Dabei ist der Begriff Qualität nicht als physikalische Größe zu verstehen. Der Grund dafür ist, dass die Qualität nicht messbar ist. Lediglich der Erfüllungsgrad von einzelnen Forderungen ließe sich messen (ebd., S.4). Zu den Aufgabenbereichen des Qualitätsmanagements gehören insbesondere Planung, Koordination und Kontrolle. Aber auch Berichterstattung und Evaluation von Projekten sind im Qualitätsmanagement relevant. Das Qualitätsmanagement hat die Funktion im Unternehmen eine Qualitätskultur hervorzubringen (Selbmann, 2001, S.276). Oft beruht der Erfolg vieler Unternehmen auf ihren qualitativ hochwertigen Produkten und Dienstleistungen. Insbesondere ragen hier die deutschen Unternehmen heraus. Die Ziele der Unternehmen und ihre Grundsätze werden hierbei mit höchster Sorgfalt für eine hohe Qualität verfolgt. Die Gründe für dieses Vorgehen sind unter anderem der globale Wettbewerb. Durch die Globalisierung sind die Märkte offen. Vor allem in Ländern mit einem hohen Lohnniveau, kann dies zu Problemen führen. Die Produktqualität kann dabei jedoch helfen, sich gegenüber den Ländern mit niedrigem Lohnniveau zu differenzieren. Ein weiterer Grund sind die steigenden Ansprüche der Verbraucher bezüglich der Produktqualität oder Dienstleistungen. Dabei steht nicht nur die Funktionstüchtigkeit des Produktes im Vordergrund. Vielmehr sollten auch ein guter Service und eine unkomplizierte Bedienung vorhanden sein. Weitere Wünsche der Kunden sind die Umweltfreundlichkeit und Energieeffizienz. Diese Entwicklung von steigenden Kundenerwartungen lässt sich neben den westlichen Industriestaaten, auch in Ländern wie Indien oder Brasilien, welche in den letzten Jahren einen starken wirtschaftlichen Boom erlebten, feststellen (Brüggemann, Bremer, 2012, S. 1).

2.2. Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit kann im Gesundheitswesen nicht eindeutig definiert werden. Generell werden das Resultat und der Erfolg am Ende einer Behandlung als eine Dimension der Zufriedenheit des Patienten gesehen. Die Zufriedenheit wird als emotionaler Zustand definiert und in zwei Bestandteile gegliedert. Eine Komponente davon ist das Wohlbefinden vor den Behandlungen. Die andere Komponente ist das Wohlbefinden nach der Rehabilitation. Der Verlauf dieser Rehabilitation kann durch eine große Menge von Faktoren beeinflusst werden. Dazu

gehören persönliche Lebenseinstellungen, Erwartungen, Ereignisse aus der Vergangenheit, Krankheitsverhalten sowie die Vorgehensweise und Ergebnisse der Behandlung selbst (Gollnick, 2012, S. 22).

Eine andere Vorgehensweise als Messung für den Grad der Zufriedenheit ist die Qualität der sozialen Komponente der medizinischen Betreuung. Dabei muss der behandelnde Arzt die Fähigkeit besitzen, die Patienten über Entstehung und Verlauf der Krankheit bestmöglich mit einzubeziehen (Neugebauer, Porst, 2001, S.5).

Den Grundstein für eine qualitativ hohe Erbringung von Leistungen legt die **Strukturqualität**. Durch diese können die Rahmenbedingungen für ein funktionierendes Gesundheitssystem geschaffen werden. Dazu zählen die personellen, technischen, räumlichen und finanziellen Voraussetzungen (Wasem et al., 2005, S. 138). Neben den finanziellen und infrastrukturellen Gegebenheiten zählen vor allem auch die Qualifikationen der Mitarbeiter. Durch gut geschultes Personal in den Bereichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, kann die Patientenzufriedenheit gesteigert werden (Schirmer, 2006, S. 175). Ein weiterer Indikator für eine gesteigerte Patientenzufriedenheit ist eine dauernde Instandhaltung des Gebäudes, in denen die Behandlungen stattfinden. Ebenso wichtig ist eine hohe technische Ausstattung. Dies sind ebenfalls wichtige Indikatoren für die Strukturqualität (Schug, 2003, S. 51). Durch den Handlungsprozess wird die Qualität für den Patienten greifbar und er wird zum Kunden, welcher die angebotenen Dienstleistungen für sich beansprucht und letztlich bewertet (Thiel, 2011, S. 70). In der Behandlung selber zählen dann Eigenschaften, wie z.B. der Versorgungsverlauf, welches auf die **Prozessqualität** zurückzuführen ist. Merkmale dafür sind eine qualitative Diagnostik und Therapie und die Zusammenarbeit der Beteiligten (Wasem et al., 2005, S. 136 ff.). Dies bedingt eine klare Absprache untereinander und höchste Teamfähigkeit, um die Prozessqualität umsetzen zu können. Durch die unmittelbare Nähe der Versorgung am Patienten wird die Prozessqualität als wichtiger Indikator für eine gesteigerte Kundenzufriedenheit gesehen (Schug, 2003, S. 50). Die Anforderungen der Patienten sollen durch festgelegte Strukturen in den Prozessen erfüllt werden (Thiel, 2011, S. 63). Verbesserungsvorschläge für Arbeitsprozesse und Beschwerden von Patienten sollten dabei angenommen werden. Durch eine zusätzlich konfliktfreie Kommunikation und durchgeplante Behandlungsschritte, können diese Faktoren zu einer hohen Zufriedenheit der Patienten beitragen (Schug, 2003, S. 49). Bewertet

werden die Resultate und Erfolge der Behandlung durch die **Ergebnisqualität**. Diese kann Anhand der Entwicklung des Gesundheitszustandes gemessen werden (Wasem et al., 2005, S. 136). Dies muss unter der Berücksichtigung stattfinden, dass die Qualität der Versorgung des Patienten die Effektivität widerspiegelt. Die objektive Analyse der Ärzte oder auch die subjektive Einschätzung der Patienten sind der Maßstab für das Ergebnis der Behandlung. (Schug, 2003, S. 49). Durch die Patientenzufriedenheit in der Ergebnisqualität kann festgestellt werden, ob ein Behandlungserfolg in Bezug auf Heilung oder Linderung der Krankheit gegeben ist. Die Patientenzufriedenheit ist ein multidimensionales Konstrukt, welches sich auf vielen Ebenen abspielt (Neugebauer, Porst, 2001, S. 4). Dazu zählen nicht nur medizinische Vorgänge. Vieles spielt sich dabei auch auf der empathischen Ebene ab. Die Patienten können ihre medizinische Versorgung nur begrenzt bewerten und somit ist die empathische Ebene ein wichtiges Instrument in der Zufriedenheitsbewertung. Den eigenen Zustand der Gesundheit können die Patienten letztendlich selber am genauesten einschätzen (ebd., S.5). Die Zufriedenheit der Patienten wird durch die Qualität der Versorgung beeinflusst und lässt darauf schließen, ob die Anforderungen der Qualität erreicht wurden. Die Patienten bewerten die Qualität, daraufhin entsteht Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Die Bewertung der Leistung entsteht durch die Wahrnehmung der Dienstleistungsqualität und spiegelt somit die Patientenzufriedenheit wider (Koch, Leisse, 2009, S. 2). In Abbildung 1 sollen diese drei zuvor erwähnten Qualitätsaspekte nochmals anhand einer zusammenfassenden Übersicht dargestellt werden, da diese auch in der Studie berücksichtigt werden.

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<ul style="list-style-type: none"> • Aus- und Weiterbildung des Arztes • Anzahl und Qualifikation der Praxismitarbeiter • Praxistauglichkeiten • Technische Ausstattung der Praxis (z.B. Ultraschallgerät) • Erreichbarkeit der Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> • Indikationsstellung • Gesprächsführung mit Patienten • Diagnostik und Therapie • Befundung von Röntgenbildern • Zusammenarbeit von Kollegen und Praxismitarbeitern 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensivität und Spezifität einer Röntgenuntersuchung • Messwert (z.B. Blutdruck, Labor) • Patientenzufriedenheit • Besserung oder Heilung von einer Erkrankung • Morbidität, Mortalität

Abbildung 1 Eigenschaften der Qualitätsaspekte (Kuntsche, Borchers, 2017)

Die Zufriedenheit der Patienten ist von den Vorstellungen, welche nicht von der Behandlung abhängig sind und den Ansprüchen der Patienten abhängig. Das Ausmaß der Zufriedenheit der Patienten wird durch erlebte Erfahrungen und deren eigenen Erwartungen bestimmt. Somit hängt die Patientenzufriedenheit davon ab, wie groß die Diskrepanz zwischen Anspruch und den tatsächlich erlebten Erfahrungen ist. Eine etwas andere Betrachtungsweise gibt das ökonomische Modell zur Patientenzufriedenheit. Dabei liegt der Fokus auf dem Kosten- und Nutzen-Verhältnis einer medizinischen Maßnahme. Die Zufriedenheit der Patienten ergibt sich dabei aus den Kosten, wie z.B. den Beiträgen zur Versicherung. Der Nutzen entsteht bspw. durch Heilung oder Schmerzlinderung. Dabei muss der Nutzen zumindest größer sein, als die Kosten, welche eingesetzt wurden. Nur so kann ein zufriedenstellendes Resultat erzielt werden. Die Problematik dabei ist, dass die Patienten die Größen von Kosten und Nutzen unterschiedlich interpretieren. Dies macht einen Vergleich mit anderen Patienten unmöglich. Es kann also im Allgemeinen gesagt werden, dass sich die Patientenzufriedenheit zum einen aus der Summe aller verschiedenen Einflussfaktoren und zum anderen aus den unterschiedlichen Ansichten und Wertevorstellungen der Patienten zusammensetzt. Umso geringer der Unterschied zwischen erwarteter und tatsächlicher Versorgungsqualität ausfällt, desto besser die Patientenzufriedenheit (Neugebauer, Porst, 2001, S.7). Bei der folgenden Ausarbeitung soll der Fokus jedoch nicht auf dem ökonomischen Modell liegen, sondern auf dem multidimensionalen Konzept, welches aus den Qualitätsempfindungen besteht.

2.3. Ambulante Rehabilitation

Der Ursprung des Begriffs „Rehabilitation“ kommt aus dem Lateinischen und drückt das Wort „wiederherstellen“ aus (Deutsche Rentenversicherung Bund 2006, S.4). Durch gesundheitliche Beeinträchtigungen ist die Teilhabe der Patienten im alltäglichen Leben bedroht. Damit diese wieder, wie zuvor in ihrem Leben, zurechtkommen können, werden rehabilitationsmedizinische Versorgungsmaßnahmen angewendet. Die Leistungsfähigkeit soll durch diese Maßnahmen wiederhergestellt werden. Dabei werden verschiedene Methoden angewandt. Diese erstrecken sich über Massagen und Heilbänder oder auch gezielte Krankengymnastik und Ergotherapie. Letztlich werden auch psychotherapeutische Gespräche

angewendet. Auch präventive Ansätze gehören dabei zum Behandlungskonzept. Durch gezielte Anwendungen, wie Ernährungsberatung oder z.B. abgestimmter Bewegungstherapie, soll der Verlauf der Krankheit in positiver Weise beeinflusst werden. Dadurch können mögliche Krankheitsfolgen abgemildert werden und eventuelle Folgeerkrankungen treten seltener auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Es gibt dabei zwei unterschiedliche Ansätze, die zu erwähnen sind. Zum einen die berufliche Rehabilitation, welche zum Ziel hat, den Betroffenen in Form von Umschulung oder Weiterbildung einen erneuten Einstieg ins Arbeitsleben zu ermöglichen. Zum anderen die medizinische Rehabilitation, welche vordergründig die Folgen von Gesundheitsschäden verhindern oder minimieren soll. Des Weiteren wird zwischen zwei Arten von Rehabilitation unterschieden. Die Anschlussheilbehandlung und das Heilverfahren. Beim Heilverfahren kann die Rehabilitation unabhängig vom Aufenthalt im Krankenhaus erfolgen. Mögliche Institutionen, welche dies beantragen können, sind die Rentenversicherung oder die Krankenkasse. Aber auch Ärzte können eine Beantragung erwirken. Bei der Anschlussheilbehandlung wird die Rehabilitation unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt durchgeführt. Im Normalfall muss diese spätestens 14 Tage, nachdem der Krankenhausaufenthalt beendet wurde, angetreten werden. Über den Sozialdienst des behandelnden Krankenhauses lässt sich diese direkt beantragen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2006, S. 5). Die Leistungen, Zuständigkeiten und Finanzierungen sind im bundesdeutschen Gesundheitssystem gesetzlich vorgeschrieben. Die Rehabilitation wird vom Gesetzgeber als eine Maßnahme angesehen, behinderte Menschen oder von Behinderung bedrohte Menschen vor ihren Folgen zu schützen (§ 26 (1) SGB IX). Um eine Freigabe für eine medizinische Rehabilitation bewilligt zu bekommen, müssen gewisse Parameter erfüllt sein. Dazu gehören versicherungsrechtliche Voraussetzungen oder die Gefahr auf Erwerbsunfähigkeit (ebd., S.6). Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch die Trägerpluralität in ein soziales System eingegliedert. Dabei ist die Trägerstruktur nicht zwingend identisch mit denen anderer Versorgungsbereiche und haben somit zwangsläufig auch eine andere Verantwortlichkeit (Schär, Reschke, 2007, S.151). Die Maßnahmen für eine ambulante Rehabilitation sind in den Sozialgesetzbüchern beschrieben. Die Finanzierung der medizinischen Reha-Maßnahmen erfolgt immer differenziert. Dies hängt davon ab, ob der Versicherte schon berentet wurde oder noch berufstätig ist.

Ab dem Zeitpunkt, wo die Patienten bereits in Rente sind, werden die Kosten von der Krankenversicherung übernommen. Der § 9 Abs. 1 SGB IX sieht vor, dass die Patienten während ihrer Rehabilitation einen rechtlichen Anspruch auf bedürfnisgerechter Behandlung und Berücksichtigung von Wünschen haben (§ 9 Abs. 1, SGB IX). Der Gesetzgeber legt die möglichen Behandlungsformen im Krankenhaus wie stationär, teilstationär und ambulant in § 39 Abs. 1 Satz 1, SGB V genau fest. Eine genaue Definition für diese Begriffe gab es jedoch lange Zeit nicht. Diese Definitionen sind jedoch unerlässlich für eine genaue Abrechnung der erbrachten Leistungen. Durch einen Patientenfall ausgelöst wurde das bestehende Problem vom Bundesgerichtshof untersucht. Die Problematik lag in der Tatsache, dass eine Aufnahme in das Krankenhaus direkt als stationäre Behandlung angesehen wurde. Am 04.03.2004 wurde dann durch den Bundesgerichtshof das Urteil gesprochen, dass das Merkmal der geplanten bzw. erforderlichen Aufenthaltsdauer genau bestimmt wird. Dazu wurden die Begriffe „stationär, „teilstationär“ und „ambulant“ definiert und somit voneinander abgegrenzt (Reimbursement Institute, 2018, S. 1 ff.). Es wird von einem **stationären** Aufenthalt gesprochen, sobald der Patient zumindest einen Tag und eine Nacht und dann fortlaufend im Krankenhaus verweilt. Sollte ein Patient durch eigenmächtiges Handeln das Krankenhaus trotz Einstufung für eine stationäre Behandlung vor der ersten Nacht verlassen, bleibt dies laut Urteil des BSG vom 17. März 2005 (Az.: B 3 KR 11/04 R) dennoch ein stationärer Aufenthalt. Ebenso kann ein vorerst ambulant geplanter Aufenthalt durch auftretende Komplikationen zu einem stationären umgewandelt werden, sollte der Patient dadurch über Nacht verweilen (ebd., S. 3). Bei einer **teilstationären** Behandlung wird die medizinische und organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses gleichermaßen genutzt, jedoch vorrangig nur für die Zuteilung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken. Daraus folgt, dass kein ständiger Aufenthalt des Patienten in der Klinik vorhanden sein muss. Entweder findet die Behandlung tagsüber (Tagesklinik) statt oder in der Nacht (Nachtklinik) (ebd., S.4). Bei der **ambulanten** Behandlung ist es etwas schwieriger eine klare Abgrenzung zur teil-stationären Behandlung zu ziehen. Laut Bundesgerichtshof liegt eine ambulante Behandlung vor, sobald ein Patient nicht die Nacht vor seiner Behandlung und auch nicht die Nacht nach seiner Behandlung im Krankenhaus verweilt. Diese Behandlungsart grenzt sich somit deutlich von der stationären ab, lässt sich aber nur bedingt von der teilstationären differenzieren.

Dieses Problem wird durch Grenzfälle bedingt, in denen eine genaue Zuweisung nicht möglich ist. Dazu gehören bspw. Behandlungen, in denen Patienten mehrmals pro Woche für einige Stunden versorgt werden, jedoch nicht täglich. Laut Definition wird die Behandlung dieser Patienten als ambulant angesehen, in der Praxis jedoch als teilstationär gewertet (ebd., S.4 ff.). Die Folgende Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Abgrenzung der Behandlungsformen.

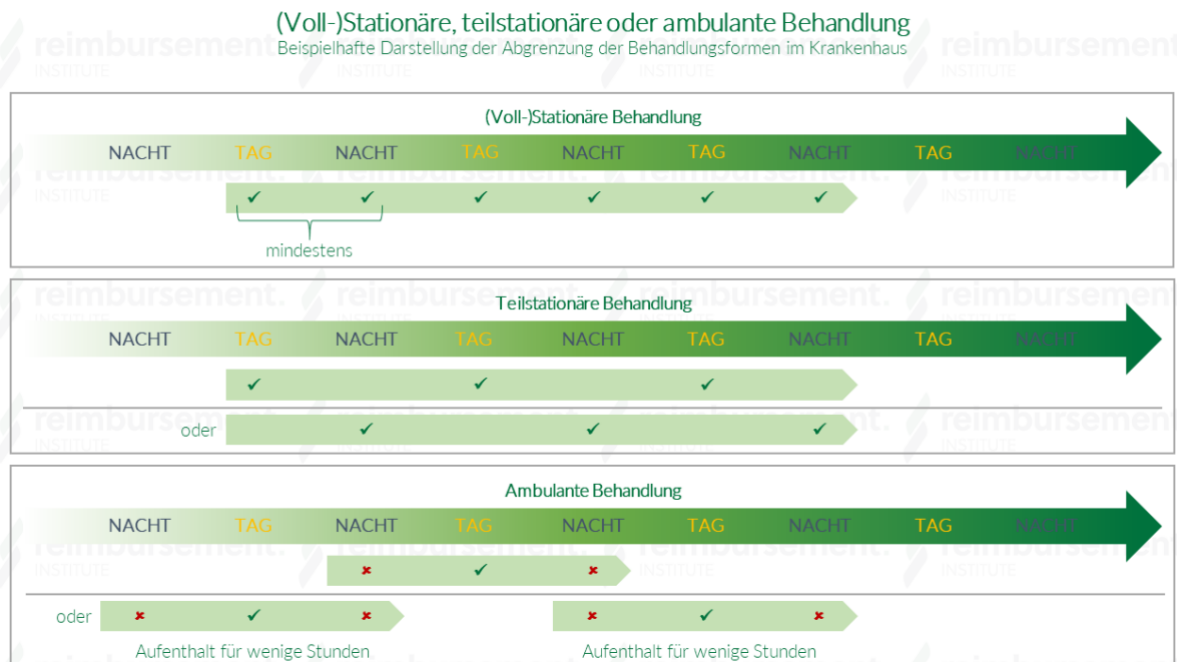


Abbildung 2 Beispielhafte Darstellung der Abgrenzung der Behandlungsformen im Krankenhaus (Reimbursement Institute, 2018)

In der ambulanten Rehabilitation agiert eine interdisziplinäre Gruppe von Ärzten und Pflegekräften. Es werden zudem Leistungen wie Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie oder Sozialberatung durchgeführt. Die Koordinierung dieser Leistungen wird von den Rehabilitationsteams umgesetzt (Dietsche et al., 2002, S.8 ff.).

3. Problematik der ambulanten Rehabilitation in Deutschland

In der Einleitung wurde bereits auf die langfristig gesehen problematische Situation der sich entwickelnden Altersstruktur hingewiesen. Auch durch den Verlauf der chronischen Erkrankungen muss auf diesem Gebiet ein Umdenken hinsichtlich der gesundheitspolitischen Entscheidungen stattfinden. Derzeit entwickelt sich über die

Jahre ein negativer Trend bezüglich der Anzahl von Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

3.1. Rückgang von Einrichtungen

Im Jahre 2009 existierten insgesamt 1240 Einrichtungen. 2013 ist die Anzahl bereits auf 1187 Einrichtungen gesunken. Im Jahr 2017 waren es mittlerweile nur noch 1142 Einrichtungen dieser Art (gbe-bund, 2020).

In den letzten acht Jahren ist somit ein Rückgang von fast 100 Einrichtungen zu verzeichnen. Dabei ist jedoch zu erwähnen, dass die ambulanten und teilstationären Leistungen dabei nicht berücksichtigt wurden (gbe-bund, 2020). Für das Jahr 2016 wurden insgesamt 909 ambulante Einrichtungen für Rehabilitationsmaßnahmen gezählt. Dazu kamen noch 223 Einrichtungen dazu, welche sowohl ambulant als auch stationär fungieren (Pflegermarkt, 2016). Die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, wie bspw. Rehas, spielen eine wichtige Rolle im Gesundheitssystem (Pohontsch, Deck, 2011, S.2). Liegt z.B. eine Problematik mit dem Herzen vor, wird im Krankenhaus nur die Operation durchgeführt, um die Gefäße wieder zu erneuern. Langfristig gesehen müssen jedoch die Ursachen, wie Bluthochdruck oder schlechte Verhaltensweisen, in einer Reha therapiert werden (Ballwieser, 2012, online). Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen in den Industriestaaten nach den Ursachen wie Unfälle oder Krebs zum größten Risiko zu sterben. Deutschland ist zusammen mit den USA das Land, welches die höchste Rate an invasiven kardiologischen Eingriffen verzeichnet (Klemperer, 2005, S. 203). Im Jahre 2018 wurden 1.610.054 Anträge auf medizinische Rehabilitation gestellt. Im Jahr darauf waren es nochmal 15.000 Anträge mehr. Mittlerweile zählen rund 12% von allen medizinischen Rehabilitationsleistungen in der DRV zu den ambulanten Behandlungen (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012, S.6). Hingegen ist der Anteil bei den GKV bei lediglich 5% im ambulanten Bereich (Hibbeler, 2012, S.1).

Die Rehabilitation kann durch entsprechende Maßnahmen einer möglichen Frührente durch verminderte Erwerbsfähigkeit nachweislich entgegenwirken. Vor allem durch die immer älter werdende Altersstruktur in Deutschland ist die Rehabilitation auf diesem Gebiet von enormer Bedeutung. Denn das Verhältnis

zwischen Beitragszahlern und Menschen, welche Rente beziehen, wird sich immer mehr zu Ungunsten der Beitragszahler entwickeln (Pohontsch, Deck, 2011, S.4).

3.2. Trägerübergreifende Ausgaben

Seit Einführung der Ausgabenstatistik sind die Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen kontinuierlich gestiegen. Die Ausgaben der Trägerleistungen lagen im Jahr 2018 bei 38,1 Mrd. €. Dies ist gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg von 4,1%. Um dies in einen gesamtwirtschaftlichen Kontext einzuordnen wurden die Rehabilitationsausgaben in diesem Jahr zum ersten Mal Vergleichsgrößen gegenübergestellt. Auffällig ist, dass die Steigerungsrate der Ausgaben im Jahr 2018 mittlerweile über dem gesamtwirtschaftlichen Niveau liegt. Gemessen wurde dies am Bruttoinlandsprodukt (Bar, 2020). Der größte Teil der Gesamtausgaben für Rehabilitation fällt dabei auf die Eingliederungshilfe. Der Wert dafür lag im Jahr 2017 bei 51%. Im Jahr 2018 ist dieser auf 52% gestiegen. Mit 18% ist die Rentenversicherung unverändert an zweiter Stelle. Darauf folgt die Unfallversicherung mit 13% und die Krankenversicherung mit 9%. Auch diese Werte sind unverändert zum Vorjahr. Mit 6% sinkt der Anteil der Bundesagentur für Arbeit um einen Prozentpunkt für das Jahr 2018. Hingegen ist der Anteil der Integrationsämter um einen Prozentpunkt auf 2% zum Vorjahr gestiegen (Bar, 2020). Im Folgenden wird ein detaillierterer Blick auf die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung geworfen. Die Ausgaben der GKV sind 2018 auf 3,4 Mrd. Euro gestiegen. Davon entfallen 1,9 Mrd. € auf die stationäre Anschlussrehabilitation. Die zweitgrößten Ausgaben ergeben sich durch die stationäre medizinische Rehabilitation und betragen 454 Mio. €. Hingegen fallen auf die ambulante Rehabilitation nur 134 Mio. €. Die GRV ist mit Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe von 6,6 Mrd. € der von allen Sozialversicherungsträgern am meisten zahlende Träger im Jahr 2018. Dabei weist der Sektor der medizinischen Rehabilitation mit 4,5 Mrd. € Kosten einen starken Anstieg von 4,4 % im Vergleich zum Vorjahr auf (Bar, 2020).

3.3. „Hilfe zur Selbsthilfe“

In der ambulanten Rehabilitation lernt der Patient mit Hilfe von Fachleuten seine Krankheit zu akzeptieren und mit dieser auf die bestmögliche Art umzugehen. Außerdem erlernen die Patienten Bewältigungsstrategien umzusetzen und riskante Verhaltensweisen abzulegen. Dabei gilt das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ und der Patient ist letztendlich für die Ausführung der Anweisungen selber verantwortlich. Das Erlernen vom Umgehen mit der Krankheit erfordert viel Willen und ist ein langwieriger und vielschichtiger Prozess. Daher sollte dem Patienten direkt vor Beginn der Behandlung deutlich klargemacht werden, welche Aufgaben in der Zukunft bevorstehen. Somit kann eine falsche Erwartungshaltung des Patienten vermieden werden (Pohontsch, Deck, 2011, S. 70). Die Vorstellungen und Wünsche des Patienten sollten zwar Berücksichtigung finden, jedoch sollte die Therapie sich nicht nur ausschließlich daran orientieren. Vielmehr muss ein gemeinschaftlicher Nenner bei der Zielbestimmung gefunden werden. Unter der Beachtung, die Zustimmung des Patienten zu erhalten (Meyer et al., 2008, S. 132 ff.). Die Bedingung für eine gute Zusammenarbeit ist eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung. Diese wird insbesondere durch Kommunikation und Informationsvermittlung erreicht und gelingt im ambulanten Bereich einfacher als im stationären. Durch die paternalistische Struktur im deutschen Gesundheitssystem wird den Patienten wenig Spielraum zur Mitbestimmung gegeben (Maywald, Kirch, 2005, S. 231). Vielmehr sollte ein offenes Arzt-Patienten-Modell angestrebt werden, in welchem der Patient in die Therapiemaßnahmen einbezogen wird und bei der Gestaltung mitwirken darf (Pohontsch, Deck, 2011, S.70). Im SGB V § 1 wird geschrieben, dass die Versicherten eine Mitverantwortung für ihre Gesundheit tragen. Dazu zählt eine gesundheitsbewusste Lebensführung und das Wahrnehmen von Vorsorgemaßnahmen. Außerdem soll im Krankheitsfall durch aktive Teilnahme bei Rehabilitationsmaßnahmen der Krankheitsverlauf gelindert oder ganz geheilt werden (§ 1 Absatz 1, SGB V). In diesem Artikel wird erkennbar, wie viel ein Patient zur Gestaltung seiner Genesung und damit seiner Gesundheit selbst beisteuern kann. Damit dies funktionieren kann, muss dem Patienten als Grundvoraussetzung jedoch bewusst sein, welche Krankheit und Therapie ihn betreffen. Vor Beginn der Behandlung sollten alle Möglichkeiten mit den Vor- und Nachteilen besprochen

werden. Der Patient soll also möglichst die passive Haltung ablegen und aus den Eigenstrukturen ausbrechen (Maywald, Kirch, 2005, S. 231).

Durch das Setzen von Zielen und deren Erreichung wird die Patientenzufriedenheit stark beeinflusst. Durch eine realistische Selbsteinschätzung kann die Behandlung erfolgreich verlaufen. Dabei ist die Definition des Ziels jedoch als laufender Prozess zu betrachten und nicht als eine einmalige Entscheidung (Meyer et al., 2008, S. 140 ff.). Im Prozess der Rehabilitation sollte vordergründig die Kompetenzvermittlung und der eigenverantwortliche Umgang mit der Krankheit stehen. Durch Empowerment kann der Patient zum Experten seiner Krankheit werden und zwischen Alternativen, die sich ihm bieten, bestmöglich wählen (Faller, 2006, S. 74 ff.). Die erlernten Maßnahmen während der Rehabilitation sollen dabei im Gedächtnis bleiben und im Alltag angewendet werden. Unter Voraussetzung der Durchführung dieser Maßnahmen kann eine Nachhaltigkeit der Behandlung gewährt werden (Faller, 2008, S.69 ff.). Durch die genannte Problematik wird beim Patienten eine hohe Eigenverantwortung vorausgesetzt. Daher ist es unabdinglich, dass dem Patienten deutlich gemacht werden muss, wie wichtig die Eigeninitiative nach der Behandlung ist. Die Maßnahmen in der Rehabilitation sind nämlich lediglich der Start für die Therapie. Ohne die Weiterführung dieser Maßnahmen können langfristig keine Erfolge erzielt werden (Pohontsch, Deck, 2011, S. 61 ff.).

3.4. Fehlender Informationsfluss

Das Selbstmanagement der Patienten in Rehabilitation soll durch das Personal gefördert werden. Dadurch kann erreicht werden, dass der Patient dem Arzt leichter Folge leistet. Dies trägt wesentlich zum Behandlungserfolg bei. Wird kein kooperatives Verhalten erreicht, entstehen dem Staat zusätzlich hohe Kosten (Badura, Iseringhausen, 2005, S,11). Dadurch wird deutlich, dass der Patient nicht ausschließlich als Kunde angesehen werden kann, sondern mehr als Koproduzent, welcher durch sein Mitwirken einen elementaren Einfluss auf den Behandlungsverlauf hat. Aus diesem Grund ist es essenziell, die Vorstellungen der Patienten zu beachten. Denn durch diese kann das Behandlungsergebnis positiv beeinflusst werden und somit auch die möglichen anfallenden Kosten reduziert werden (ebd., S.11).

Für die Patienten ist der Schlüssel zum Empowerment das Wissen, welches durch die Informationsweitergabe des Personals vermittelt wird (Schubmann, 2005, S. 130 ff.). Diese Erkenntnis wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen. Dennoch wird der Patientenorientierung in der Regel nicht das Maß der Aufmerksamkeit gegeben, welche es benötigen würde. Diese wäre jedoch von Wichtigkeit, da die Patientenorientierung ein wesentliches Element zur Erreichung von positiven Behandlungsergebnissen darstellt. Denn dem Patienten ist es nur möglich aufgrund einer soliden Informationsbasis, welche ihm vermittelt werden muss, eine realistische Einschätzung seines Gesundheitszustandes vorzunehmen (Pohontsch, Deck, 2011, S.73). Das falsche Ziel und überbewertete Hoffnungen können den Erfolg der Rehabilitation schmälern und es entwickelt sich ein Widerstand des Patienten gegenüber den Rehabilitationsmaßnahmen (Thiel, 2011, S 70 ff.).

3.5. Fehlende Transparenz

In den 90er Jahren ist das Angebot der Rehabilitation im ambulanten Bereich entstanden. In der Rentenversicherung wurden viele Projekte und Modelle wissenschaftlich analysiert. Jedoch fehlte es in einigen Fragestellungen an Informationsfluss, welcher eindeutige Forschungsergebnisse liefern konnte (Dietsche, 2002, S. 17). Daraufhin wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern ein Ausbau des ambulanten Rehabilitationssektors und zugleich ein gemeinsames Programm für die Qualitätssicherung gefordert. Für die Sicherung der Qualität sind verschiedene Akteure in unterschiedlichen Gesundheitsbereichen verantwortlich. Diese werden im SGB V detailliert beschrieben. Im § 137 SGB V steht geschrieben, dass der Wettbewerb gestärkt werden muss. Hier werden explizit Maßnahmen zur Qualitätssicherung beschrieben (Fahlbusch, 2011, S. 71). Den Krankenkassen eröffnen sich somit neue Einstiegsmöglichkeiten, da die ambulanten Versorgungsangebote immer weiter ausgebaut werden. Somit besitzen die Rentenversicherungen auf diesem Gebiet nicht mehr alleine die Oberhand.

4. Eigenschaften und Vorgehensweise in der ambulanten Rehabilitation

Genauso wie Krankenhäuser gehören auch Rehabilitationseinrichtungen zu Dienstleistungsunternehmen. Somit findet sowohl die Erbringung als auch die Abgabe der Leistungen vornehmlich synchron statt. Das Problem dabei ist, dass entstehende Defizite nicht beseitigt werden können, ohne dass die Rehabilitanden dies mitbekommen (Schug, 2003, S. 46). Mit der Zeit wurde der ambulante Rehabilitationsbereich immer differenzierter in seinem Angebotsspektrum und die jeweiligen Vor- und Nachteile dieses Sektors wurden deutlich. Die jeweiligen Versorgungsangebote im ambulanten Sektor unterscheiden sich in Organisation und Konzeption. Aber auch die finanziellen Aspekte spielen bei den Interessensgruppen eine starke Rolle und sorgen für große Unterschiede. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern die ambulanten Einrichtungen gegenüber den stationären eine Alternative bzw. Ergänzung bieten (Dietsche, 2002, S.16 ff.). Die ambulante Behandlung bietet den Vorteil, dass keine Kosten für die Übernachtung und Verpflegung anfallen, wie es im stationären Bereich der Fall ist. Dadurch können die Maßnahmen ohne Qualitätsverluste zu einem günstigeren Preis vollzogen werden. Hinzu kommt, dass die Tagessätze im ambulanten Bereich geringer ausfallen als im stationären (ebd., S.27 ff.). Ebenso werden lediglich die Tage abgerechnet, an denen auch tatsächlich therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden. Auf der anderen Seite müssen die Fahrtkosten der täglichen Anreise berücksichtigt werden. Jedoch lassen sich die Patienten diese Kosten nur selten zurückerstatten und daher sind sie weniger von Bedeutung. Das Ziel war die stationären Maßnahmen zu verkürzen, indem direkt im Anschluss an die stationäre Behandlung die ambulanten Reha-Maßnahmen folgten. Dabei liegt der Fokus auf die Festigung des Therapieerfolgs. Außerdem soll ein fließender Übergang von der Reha bis zum Berufsalltag geschaffen werden (ebd., S. 29).

Die Behandlungen im stationären Bereich sind in zeitliche Blöcke unterteilt. Dieses Konzept entspricht jedoch weniger den Vorstellungen der Patienten. Somit wurde in einigen stationären Einrichtungen ein flexibleres Programm erarbeitet (Dietsche et al., 2002, S. 19). Die Patienten sollen die Zeit zwischen den Behandlungen in stationären Einrichtungen nutzen, um das Erlernte aus den Therapiestunden zu vertiefen. Dabei wird von den Patienten eine hohe Eigeninitiative vorausgesetzt.

Dies wird von den Patienten jedoch nur bedingt umgesetzt (Pohontsch, Deck, 2011, S.52).

Ein wichtiges Merkmal in der Rehabilitation in Deutschland ist die Erstellung von Maßnahmen, welche sich möglichst genau an die individuellen Bedürfnisse der Patienten orientieren. Zu den Stärken dieses Systems gehören somatische, psychosoziale und sozialmedizinische Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommt die Bereitstellung von Hilfsangeboten bei der Wiedereingliederung in den Beruf (Dietsche et al., 2002, S.7). Durch die unterschiedlichen Konzeptionen können sich die Reha-Kliniken auf dem Gesundheitsmarkt von anderen Einrichtungen abheben. Jedoch wird von Experten auch Kritik gegenüber den Reha-Kliniken geäußert. Es besteht grundsätzlich Zeitknappheit für die Ärzte und das Personal und ist somit die größte Schwierigkeit im Prozess der Rehabilitation. Die Kostenträger bemängeln den Notstand des Personals. Es entwickelt sich eine immer größere Diskrepanz zwischen den zur Verfügung stehenden Ressourcen und der Realität (Pohontsch, Deck 2011, S.51). Die Rehabilitation erfolgt in einem interdisziplinären Behandlungsansatz und muss somit unter den beteiligten Berufsgruppen abgestimmt und koordiniert werden. Es entsteht somit eine „Rehabilitationskette“, in welcher der Patient verschiedene Stationen durchläuft. Dies kann vom Akutkrankenhaus über die Reha-Klinik bis hin zum Hausarzt verlaufen. Die Wechsel der einzelnen Einrichtungen sollten dabei nahtlos ineinander übergehen. Diese reibungslosen Übergänge werden in § 5 Abs. 3 RehaAnglG (Rehabilitationsangleichungsgesetz) vorgeschrieben und können durch die Aufstellung eines Gesamtplanes sichergestellt werden. Jedoch ist vor Beginn des Behandlungsprozesses der Gesamtablauf der „Rehabilitationskette“ häufig unklar. Aus diesem Grund findet die vom Gesetzgeber aufgestellte Forderung in der Praxis meistens keine Anwendung (Dietsche et al., 2002, S. 23 ff.). Die institutionsübergreifende Vernetzung stellt vor allem bei Patienten ein Problem dar, welche nicht in der näheren Umgebung wohnen. Somit erfolgt ein Austausch der Patientendaten lediglich über die Entlassungsberichte, in welchen die Inhalte nur wenig auf den entsprechenden Adressaten zugeschnitten sind. Durch eine wohnortnahe Versorgungsstruktur kann möglicherweise ein Netzwerk aufgebaut werden, welches den Informationsaustausch transparenter macht (Dietsche et al, 2002, S. 23.). Durch die Nähe zum Wohnort während der Rehabilitation ergeben sich zudem Vorteile wie der Verbleib in seiner häuslichen Umgebung. Außerdem

werden die beruflichen und sozialen Kontakte beibehalten. Hierdurch können sich Möglichkeiten zur Vernetzung von anderen Gesundheitssystemen ergeben. Außerdem besteht die Chance auf Einbindung der Angehörigen. Dadurch kann das Selbsthilfepotenzial gesteigert werden. Weitere Vorteile der ambulanten Reha-Kliniken, neben der wohnortnahen Versorgung, sind die enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten. Ebenso ist es einfacher Nachsorgeprogramme anzubieten, da die Behandlungsformen in den ambulanten Einrichtungen flexibler gestaltet werden können als in stationären Einrichtungen. Ein häufig auftretendes Problem ist der Verlust des bereits erreichten Erfolges nach stationären Aufenthalten. Dies tritt nach ambulanten Behandlungen wenig bis gar nicht auf. Denn durch die tägliche Rückkehr in ihr gewohntes Umfeld, können die Patienten das Gelernte direkt zuhause umsetzen. Sollten bei diesem Vorgehen Probleme entstehen, können die auftretenden Schwierigkeiten direkt in der Reha besprochen werden (ebd. S. 26). Es bieten sich in der ambulanten Reha individuelle Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Versorgung. Diese Vorteile gegenüber der stationären Behandlung werden jedoch bisweilen bei weitem nicht ausgeschöpft. Es wurden bisher keine signifikanten Unterschiede in der Wirksamkeit von stationärer und ambulanter Behandlung festgestellt. Zu diesem Ergebnis sind verschiedene medizinische Studien gekommen (ebd., S. 30).

4.1. Entwicklung ambulanter Rehabilitationsformen

In den letzten Jahren nahm die Kritik am Rehabilitationssystem immer mehr zu. Bei gleichzeitigem Druck für eine Kostenreduktion in diesem Bereich. Dadurch mussten ambulante Rehabilitationsformen ergänzend zum stationär geprägten System entwickelt werden (ebd. S.8). Bisher bestehen dabei insbesondere für die Bereiche Orthopädie, Kardiologie und Sucht rehabilitative Angebote. Das Spektrum für Versorgungsangebote reicht dabei von ärztlichen Zusammenschlüssen in einer Praxis, über Reha- oder Akutkliniken mit ambulanten Rehabilitationsleistungen in den eigenen Räumlichkeiten, bis hin zu eigenständigen Rehabilitationszentren. Dazu zählen letztendlich auch Rehabilitationsteams, welche ihre Leistungen vor Ort erbringen (ebd. S.12 ff.). Vor ein paar Jahren wurden die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation ausschließlich in stationären Einrichtungen erbracht. Dies ist im internationalen Vergleich eine Besonderheit (ebd. S.8). Schon

seit 1974 mit der Entstehung des Rehabilitationsgesetzes wird ein Ausbau der rehabilitativen Angebote gefordert. Ab dem Jahre 1991 unterstützte diese Forderungen dann auch die Reha-Kommission des Verbands deutscher Rentenversicherungsträger (ebd. S. 22). Zuvor wurde im Jahre 1989 im SGB V § 40 für den Bereich der Krankenversicherungen vom Gesetzgeber der Grundsatz „ambulant vor stationär“ formuliert. Dieser gilt auch für rehabilitative Leistungen. Jedoch ist zu erwähnen, dass die GKV für ambulante Reha-Maßnahmen nur nachrangig zuständig ist (ebd. S. 9). Außerdem wurden im Jahre 1989 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes (§ 135-139 Abs.) für die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation Maßnahmen für die Qualitätssicherung vorgesehen (ebd., S. 24). Die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben im Jahre 1996 die Ziele zum Auf- und Ausbau von gemeinsamen ambulanten Reha-Maßnahmen und wohnortnahen Versorgungsstrukturen formuliert. Dabei wurden die Vorstellungen der Rentenversicherungsträger erfüllt, welche teilstationäre Maßnahmen gefordert hatten (ebd., S.11). Die Reha-Einrichtungen haben verschiedene medizinische Fachrichtungen wie bspw. Orthopädie, Kardiologie oder Psychologie. Historisch bedingt sind diese in der Fläche nicht gleichmäßig verteilt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012, S.49). Es gilt die Annahme, dass die Angebote der stationären Rehabilitation durch das ambulante Versorgungsangebot ersetzt werden können. Dazu fehlen bisher jedoch eindeutige Daten, welche dies belegen können. Es besteht jedoch bei knapp einem Drittel der rehabilitationsbedürftigen Patienten ein Bedarf an ambulanten rehabilitativen Maßnahmen. Dieses Informationsdefizit sorgt für Probleme bei den Planungsgrößen (Dietsche et al. 2002, S.19 ff.).

4.2. Die Wichtigkeit der Patientenorientierung

Die Gesundheitsversorgung muss unter der Berücksichtigung der Perspektive eines Patienten gestaltet werden. Dabei zählt nicht nur die Auswahl der Angebote, sondern auch, ob die Einrichtung geeignet ist. Es wird sich um die Bedarfsgerechtigkeit und die Verbesserung der Angebote bemüht. Zu den zentralen Herausforderungen aus gesundheits- und rehabilitationswissenschaftlicher Sicht gehört die Etablierung und Weiterentwicklung einer nutzerorientierten Qualitätsberichterstattung. Es bedarf einer Transparenz in der Rehabilitation

bezüglich der Leistung einzelner Berufsgruppen. Dann lassen sich die unterschiedlichen Anbieter vergleichen (Grande, Romppel, 2005 S. 3). Hierfür müssen sich die Qualitätsberichte an den Erwartungen der Patienten orientieren. Um den Grad der Zufriedenheit zu messen, wurden Werturteile im Kontext der Versorgung insgesamt oder auch mit einzelnen Aspekten erfasst. Diese Informationen bieten die Möglichkeit zur Optimierung. Wenn die Erwartung der Patienten Berücksichtigung findet, ergibt sich der Vorteil, dass neben Motivation und Compliance, auch die Versorgungsbedürfnisse verbessert werden. Dies führt dann langfristig zu einem verbesserten Outcome. Die Folge daraus sind möglicherweise Kostenersparnisse. Die Kompetenzen der Ärzte spielen für die Qualität eine zentrale Rolle. Dazu zählen vor allem die klinischen, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten eine Rolle. Die Zufriedenheit der Patienten wird insbesondere durch eine patientenfreundliche interne Organisation der Klinik erreicht. Andere wichtige Qualitätsmerkmale sind die Zuwendung, Aufklärung, Informationen und die individuelle Behandlung. Andere Dimensionen der Ergebnisse können die Reduktion körperlicher Beschwerden, eigenständige Alltagsbewältigung und die berufliche Leistungsfähigkeit sein. Daraus ergibt sich, dass es nicht wichtig ist, was aus Patientensicht angeboten wird, sondern vielmehr wie diese versorgt, betreut und behandelt werden möchten. Das „wie“ lässt hierbei Rückschlüsse auf den Versorgungsprozess zu, hingegen das „was“ lediglich auf die Struktur des Leistungsangebotes einget. Bisher wurden jedoch wenig Untersuchungen vorgenommen, ob und in welcher Weise die Qualitätsvorstellungen der Patienten auch deren Auswahl einer Einrichtung beeinflusst hat. Ebenso wurden die Einflüsse der Ärzte, Sozialdienste und Kostenträger auf die Entscheidung einer Reha-Einrichtung noch nicht untersucht (ebd., S. 214 ff.).

Im Gesundheitswesen zählt in der Patientenorientierung nicht nur die medizinische Versorgung, sondern auch die subjektive Befriedung der Wünsche, Ziele und Erwartungen der Patienten zu verstehen. Die Ressourcen müssen zukünftig von Leistungsträgern und Leistungserbringern verstärkt werden, um die Patienten zufriedenzustellen. Ebenso kann durch ein hohes Verständnis der Ärzte für die jeweiligen Patientenwünsche eine bessere Effektivität erreicht werden. Außerdem vertritt der Deutsche Rentenversicherung Bund die Meinung, dass bei bedürfnisorientierter Behandlung auf die individuellen Probleme der Patienten eingegangen werden muss (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012, S.55). Bei

der Patientenzufriedenheit ist dies somit ein entscheidendes Kriterium und kann daher als wesentliches Qualitätsmerkmal für ein modernes Rehabilitationsmanagement angesehen werden (Schubmann, 2005, S.130 ff.). Somit sollte für jeden Patienten auch eine individuell angefertigte Rehabilitationsbehandlung erstellt werden. Dies ermöglicht einen nachhaltigen Effekt, um später auch langfristig am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Pohontsch, Deck, 2011, S. 6). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass berufstätige Personen eher eine ambulante Rehabilitation bevorzugen, weil sie das Einsteigen in das Berufsleben erleichtert. Berentungsrate (Schubmann, 2005, S. 130 ff.). Weitere Einflusskriterien, welche das persönliche Anspruchsniveau beeinflussen, sind der eigene Lebensstil, Erfahrungen aus der Vergangenheit und Erwartungen für die Zukunft. Andere Faktoren, welche sich auf die Zufriedenheit im Gesundheitswesen auswirken, sind das Alter, der Bildungsstand, sozialer Status und das Geschlecht. Dabei sind vor allem jüngere Patienten und Menschen mit höherem Bildungsabschluss häufig kritischer. Der Grund dafür ist ein erhöhtes Anspruchsniveau. Menschen mit einem höheren sozialen Status haben meist auch höhere Ansprüche an die Standards der sozialen Dienstleistungen. Hingegen Menschen aus den unteren sozialen Schichten sich eher mit dem Status quo zufriedengeben (Neugebauer, Porst, 2001, S. 21 ff.).

Für eine stationäre Reha sprechen die einmalige Anreise, die Vermeidung von häuslicher Überbelastung und ein neues Umfeld zur Abwechslung aus dem Alltag. Jedoch ist die starke Familienbindung, welche bei der ambulanten Behandlung gegeben ist, ein wichtigerer Faktor. Eine Studie mit Patienten aus der Kardiologie hat gezeigt, dass es diesen schwer gefallen ist Ziele zu definieren, aber sie dennoch bei der Ergebnisqualität auf ein positives Körpergefühl und körperliche Fitness achteten. Es wurde bei der Erwartung an die Prozessqualität für die Zufriedenheit der Patienten ein besonderer Wert auf die ärztliche Betreuung gelegt. Für die Strukturqualität spielten eine angenehme Umgebung oder auch die technische Ausstattung eine wichtige Rolle (Schubmann, 2005, S. 130 ff.). Ebenfalls können Aufmerksamkeit, Zuwendung oder Einzeltherapien eine Steigerung der Patientenzufriedenheit hervorrufen (Pohontsch, Deck, 2011, S.49). Für die Entscheidung, ob ambulant oder stationär gibt es geschlechterspezifische Unterschiede. Für die Frauen ist es wichtiger, Abstand von zuhause zu bekommen und somit den Alltagsverpflichtungen zu entgehen. Bei den Männern stehen eher

die berufs- und rentenbezogenen Erwartungen im Vordergrund. Demnach ziehen Frauen einen stationären Aufenthalt vor, da sie sich so eine stärkere Entlastung von ihrem Alltag zuhause erhoffen. Des Weiteren erhoffen sich Frauen während der Rehabilitation eine optimierte Medikation und eine verbesserte Gewichtskontrolle. Männer hingegen erwarten eine schnelle Genesung, höhere Lebenserwartung und eine verbesserte körperliche Aktivität (ebd., S.9 ff.). Der Deutsche Rentenversicherung Bund fordert eine stärkere Fokussierung auf die älteren Rehabilitanden und deren Bedarf. Diese haben im Gegensatz zu jüngeren Rehabilitanden andere Reha-Erwartungen und vor allem unterschiedliche krankheitsspezifische Beschwerden. Außerdem sind die älteren Rehabilitanden weniger belastbar. Jedoch besteht nach Meinung der Experten in allen Indikationsbereichen kein spezieller Behandlungsbedarf in direkter Abhängigkeit zum Alter. Dafür sollten vordergründig eher die Bereiche wie altersabhängige Bedürfnisse, individuelle Lebenslage und die gesundheitlichen, privaten und beruflichen Aspekte zu einem multidimensionalen Konstrukt entwickelt werden (ebd., S.48 ff.). Dies ist auch die Meinung der Experten, welche eine spezielle Ausrichtung nicht als nötig betrachten. Teilweise unterscheiden sich Rehabilitanden der gleichen Altersgruppe aufgrund von individuellen Lebensbedingungen so stark voneinander, dass eine Ausrichtung speziell auf das Alter bezogen nicht sinnvoll erscheint. Vielmehr sollte eine individuelle Diagnose der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden durchgeführt werden. Hierbei ist es wünschenswert, eine heterogene Gruppenzusammensetzung zu erreichen, um einen Austausch unter den Rehabilitanden zu ermöglichen (ebd., S.54).

Bei der Befragung von Patienten bezüglich der Zufriedenheit tritt häufig das Problem von sozial erwünschten Antworten auf (ebd., S.54). Die Schwierigkeit in den Befragungen in Kliniken besteht darin, dass es sozial nicht erwünscht ist Personal zu kritisieren, welches bemüht ist, alle Aufgaben und Wünsche bestmöglich zu erfüllen. Ein weiterer Faktor bei der Bewertung ist das aktuelle Wohlbefinden der Patienten, da die generelle Zufriedenheit am Stärksten mit der wahrgenommenen Verbesserung der subjektiven Verfassung korreliert. Außerdem muss in diesem Zusammenhang nochmals erwähnt werden, dass die Patienten in der Regel nicht über das medizinische Fachwissen verfügen und somit eine Beurteilung über die Qualität der rehabilitativen Behandlungen schwerfällt. Daher wurden ersatzweise Kategorien wie bspw. die Behandlungsdauer oder Gerätetechnik entwickelt. Der

Patient wirkt von den gut ausgestatteten technischen Geräten in der Regel beeindruckt. Dies hat einen positiven Einfluss auf seine Zufriedenheit. Ein weiterer Aspekt ist das Alter und Geschlecht des behandelnden Personals. Älteres Personal wird mit einer größeren Erfahrung in Verbindung gebracht und deshalb positiver bewertet (Neugebauer, Porst, 2001, S.22). Des Weiteren ist der Wunsch nach kleinen Therapiegruppen vorhanden, jedoch aufgrund von begrenzten Ressourcen nicht realisierbar. Es wäre ein erhöhtes Personal von Nöten, welches mehr Kosten verursachen würde (ebd., S.54). Die Erfassung der Patientenzufriedenheit erfolgt über das Qualitätsmanagement, dessen Anforderungen im nächsten Kapitel beschrieben werden.

4.3. Herausforderungen beim Qualitätsmanagement

Bei der Entwicklung von neuen Versorgungsangeboten ist es zwingend erforderlich eine Dokumentation und Evaluation eines Qualitätssicherungssystems durchzuführen. Viele Reha-Angebote sind neu und befinden sich somit in Hinblick auf Qualitätssicherung noch im Aufbau. Die BAR-Rahmenempfehlungen sind ein wichtiges Element der Qualitätssicherung, können jedoch keine Garantie einer umfassenden Versorgungsqualität gewähren (Dietsche et al., 2002, S. 19 ff.). Zum 1. Juni 2008 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisation der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen neue Richtlinien zur Sicherung der Qualität und dem internen Qualitätsmanagement festgelegt. Diese Beschlüsse sind für ambulante und stationäre Rehabilitationseinrichtungen gültig. Hierbei wurden explizit die Anforderungen, Ziele und Inhalte der externen Sicherung der Qualität und der des internen Qualitätsmanagements bestimmt. Diese sollen eine effiziente und qualitätsgesicherte Versorgung gewährleisten. Der Inhalt dieser Abmachungen berücksichtigt die Vorschriften aus den gemeinsamen Hinweisen nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003 (GKV, 2019).

Im QS-Reha-Verfahren sind alle Beschlüsse für das externe Qualitätsmanagement festgelegt worden. Diese Vereinbarungen sind in ganz Deutschland verbindlich. Jede ambulante und stationäre Einrichtung muss sich an diese Vorgehensweise halten. Beim Auswerten der externen Qualitätssicherung fallen Kosten an, welche

seit dem 1. April 2007 (§ 137 d Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 3 SGB V) von der Krankenkasse übernommen werden (GKV, 2019, online).

Nach § 137d Abs. 1,2 und 4 SGB V sind die ambulanten Rehabilitationseinrichtungen und die stationären Vorsorgeeinrichtungen dazu verpflichtet, einen Selbstbewertungsbogen im Abstand von drei Jahren auszufüllen. In diesem müssen die Rehakliniken nachweisen, dass sie über ein internes Qualitätsmanagement in der Einrichtung verfügen, welches die Vorschriften der Vereinbarungen erfüllt. Diese musste erstmalig zum 6. Januar 2014 durchgeführt werden. Die Selbstbewertung für das interne Qualitätsmanagement kann unter der Voraussetzung, dass nach § 20 Abs. 2a SGB IX ein Qualitätsmanagement-Zertifikat vorliegt, entfallen (GKV, 2019).

Die Zufriedenheit der Patienten hängt davon ab, inwiefern die Bedürfnisse dieser erfüllt werden. Dies ist im Umkehrschluss der Faktor für eine erfolgreiche Rehabilitation. Dabei muss ein strategischer Weg hinsichtlich der Kundenbedürfnisse eingeschlagen werden, um die Ressourcen und Kapazitäten der rehabilitativen Einrichtung nicht zu sprengen. Um dies zu gewährleisten müssen die Bedürfnisse der Kunden genauestens analysiert und erfasst werden. Das oberste Ziel ist es somit die Kundenzufriedenheit ständig zu steigern und die Verärgerung von Kunden weitestgehend zu vermeiden. Unzufriedene Patienten könnten abwandern und weitere mögliche Kunden durch negative Rückmeldung über die Einrichtung beeinflussen (Schug, 2003, S.44). Die Vergleichbarkeit in der Rehabilitation ist zudem erschwert, da Probleme in der Bewertung auftreten. Es gibt keinen direkten Zusammenhang zwischen Dienstleistung und dem Ergebnis. Auf das Qualitätsmanagement bezogen ist es entscheidend, die Zufriedenheitskriterien der Patienten zu analysieren und herauszuarbeiten, um diese dann in einem entsprechenden Konzept als Erfolgsfaktor einsetzen zu können (Dietsche et al., 2002, S. 140). Es ergeben sich in der Debatte um die Qualitätssicherung im Gesundheitswesen jedoch Probleme, da „Qualität“ nicht spezifisch definiert werden kann. Die Patientenorientierung spielt bei der Qualitätsentwicklung eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grund ist bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems die Perspektive des Patienten enorm wichtig (Badura, Iseringhausen, 2005, S.7). Durch das Qualitätsmanagement soll eine ständige Optimierung der Qualität erreicht werden. Dies kann durch ein

Verbesserungsmanagement in Form von internen und externen Audits, Management und Korrektur von Fehlern, Beschwerdemanagement, Patientenbefragung oder aber einer Erarbeitung eines klinischen Behandlungspfades erfolgen (Schubert, 2003, S. 340 ff.). Die allgemeinen Ziele einer Patientenbefragung können bspw. die Messung der Qualität oder Effektivität, die Erfassung der Patientenzufriedenheit, die Schwachstellenanalyse im Versorgungsablauf oder die Mitarbeitermotivation sein (Neugebauer, Porst, 2001, S.10). Aber auch der Kommunikationsprozess und empirische Grundlagen für eine nutzerorientierte Qualitätsberichterstattung können weitere Ziele der Patientenbefragung sein (Grande, Rompel, 2005, S.226).

Durch die Analyse der Schwachstellen in den Versorgungsabläufen kann sich eine bessere Absprache zwischen den Mitarbeitern und Einrichtungen ergeben. Zugleich wird die Befragung der Patienten als internes Qualitätsinstrument verstanden. Aus diesem Grund ist die Patientenbefragung im Bereich des Qualitätsmanagements von enormer Bedeutung, da somit die erkannten Schwachstellen, welche eine Unzufriedenheit bei den Patienten hervorgerufen haben, behoben werden müssen (Neugebauer, Porst, 2001, S.11). Das Beschwerdemanagement ist dabei direkter Ansprechpartner für die Patienten und kann durch seine Interaktion die Kundenzufriedenheit wiederherstellen (Schubert, 2003, S.340 ff.).

Durch das Aufbauen einer guten Beziehung und der ständigen Kommunikation zwischen Personal und Patient kann sich eine gute Vertrauensbasis entwickeln. Das Personal sollte außerdem die Patienten darauf hinweisen und ermutigen in jeder Situation ihre mögliche Unzufriedenheit auch zu äußern. Dazu sollten die Patienten stets das Vertrauen in das Personal haben, damit sie ihre Kritik auch aussprechen und ihnen das Gefühl vermittelt wird, dass diese negativen Bewertungen auch ankommen und Veränderungen in der Zukunft umgesetzt werden (Neugebauer, Porst, 2001, S.24).

Für eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Beziehung ist der regelmäßige Kontakt wesentlich wichtiger als die Dauer der Gespräche. Ebenso ist der Kontakt zu den Mitarbeitern sehr wichtig, da somit eventuelle Nachfragen erleichtert werden und dies wiederum zu einer insgesamt besseren Qualität des Kontakts beiträgt (Pohontsch, Deck, 2011, S.58). Weiterhin ist es enorm wichtig ein angenehmes Arbeitsklima zu schaffen, da die Mitarbeiter in einer Rehabilitationseinrichtung permanent Dienstleistungen für den Kunden erbringen und deshalb einen der

wichtigsten Erfolgsfaktoren für das Qualitätsmanagement darstellen. Um dies zu erreichen sind regelmäßige Schulungen und die Förderung der Motivation notwendig (Schug, 2003, S. 46). Die Patientenbewertung wird neben den organisatorischen Abläufen innerhalb der Reha-Kliniken und Prozessen der Verwaltung auch von der Größe der Einrichtungen beeinflusst. Es wird davon ausgegangen, dass auf den einzelnen Patienten in kleineren Rehabilitationseinrichtungen stärker und unkomplizierter eingegangen werden kann (Dietsche et al. 2002, S.140). Befragungen zur Patientenzufriedenheit, in welchen die Einstellungen, Erwartungen und Ziele befragt werden, sollten grundsätzlich erfasst werden. Für das Qualitätsmanagement kann so eine Grundlage geschaffen werden, um mögliche Veränderungen in den Präferenzen der Patienten zu erkennen oder aber Qualitätssicherheitsmaßnahmen zu überprüfen (Neugebauer, Porst, 2001, S.19). Nachdem im Literaturteil die Informationen und der Stellenwert der Patientenzufriedenheit im Qualitätsmanagement erläutert wurden, soll anschließend im empirischen Teil überprüft werden, inwiefern die angebotenen Maßnahmen tatsächlich wahrgenommen werden und damit eine direkte Beeinflussung auf die Ergebnisse im Qualitätsmanagement nehmen können.

5. Erhebung über den Einfluss der persönlichen Patientenbedürfnisse auf das Qualitätsmanagement

Im folgenden Kapitel wird die konkrete Durchführung der Untersuchung beschrieben. Ziel dabei war es, die Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation zu ermitteln und Erkenntnisse für mögliche Maßnahmen zur Verbesserung des Qualitätsmanagements zu erlangen. Die Laufzeit der Befragung erstreckte sich über knapp zwei Monate. Zum Anfang wurden fünf Patienten in einem Pretest gebeten, den Fragebogen probeweise zu Testzwecken auszufüllen und diesen auf Verständlichkeit und Umfang zu prüfen. Des Weiteren wurden die erfassten Zufriedenheitsskalen auf ihre praktische Relevanz überprüft, um Ausfälle von Stichproben vorzubeugen. Es sollte dabei eine Stichprobengröße von 100 Teilnehmern erreicht werden. Die befragten Patienten waren im Alter von 44 und 82 Jahren. Kurz vor ihrer Entlassung aus der Reha sollten diese den Fragebogen bezüglich ihrer Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen ausfüllen. Dadurch sollten mögliche Versorgungslücken oder andere bestehende Bedürfnisse erkannt werden.

Der Fokus lag dabei auf der Einrichtung und Organisation sowie Art und Umfang einzelner Therapien. Außerdem wurde die Zusammensetzung ärztlicher, sporttherapeutischer und psychologischer Leistungen sowie die generelle wohnortnahe Infrastruktur der Rehabilitation befragt. Es werden neben der quantitativen Auswertung der Ergebnisse auch die qualitativen Anmerkungen integriert.

5.1. Vorstellung Schwerpunkt-Reha Bonn

Die Schwerpunkt-Reha für ambulante Rehabilitation wurde 1984 in Bonn gegründet.

Das Angebot umfasst die Bereiche der kardiovaskulären Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Das Team des Rehabilitationssektors besteht aus der ärztlichen Leitung von Dr. med. Brigitte Buran-Kilian und Dr. med. Markus Zirbes. Hinzu kommt das Therapeutenteam bestehend aus zwölf Angestellten. Dazu kommen drei Verwaltungsfachangestellte, ein Koch, ein IT-Beauftragter, ein Hausmeister und eine Angestellte für die Verwaltungsleistungen, welche auch das Qualitätsmanagement beaufsichtigt. Im Jahr 2017 konnten nach weiteren Vertragsabschlüssen alle Kostenträger für die ambulante kardiale Rehabilitation als Vertragspartner gesichert werden. Außerdem ist es der Praxis gelungen, die Qualifizierung des Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2015 durch den TÜV Süd zu erhalten. Im Jahr 2018 ist die Schwerpunkt-Reha innerhalb des Gebäudes umgezogen. Dadurch sind deutlich hellere und moderne Räume mit zusätzlichem Außenbereich erschaffen worden, um den Patienten individuellere Behandlungen bieten zu können. Die Dauer der Rehabilitation umfasst in der Regel drei Wochen (15 Therapietage) mit der Option auf Verlängerung. Nach Absprache kann dies auch individuell angepasst werden. Die Praxis verfügt weiterhin über 20 kostenlose Tiefgaragenstellplätze und ist durch die öffentlichen Verkehrsmittel über mehrere Buslinien gut zu erreichen.

Die Ziele der Schwerpunkt-Reha Bonn sind vielschichtig. Sie hilft den Patienten dabei wieder ihr Vertrauen in die eigenen körperlichen, geistigen und psychischen Leistungsfähigkeiten zu erlangen. Außerdem soll der Lernvorgang unterstützt werden, das vorhandene Risikoverhalten zu unterlassen. Ebenso soll der Wiedereinstieg in das Alltags- und Berufsleben erleichtert werden. Dabei versucht

die Schwerpunkt-Reha ihre Patienten in Entscheidungen mit einzubinden und ein hohes Maß an Individualität zu gewähren. Im Folgenden ist eine Grafik der Indikatoren zur Rehabilitation und den Therapiekonzepten zur Veranschaulichung dargestellt. Die Indikatoren stellen einen Rechtsanspruch auf Anschlussbehandlung dar. In den Therapiekonzepten werden diese durch ein hochqualifiziertes und multidisziplinäres Therapeutenteam betreut (Schwerpunkt-Reha, 2018).

Indikatoren zur Rehabilitation	Therapiekonzept
Herzinfarkt oder Herzkathetereingriffe	Fachärztliche kardiologische Betreuung
Bypass- oder Herzklappenoperation	Bewegungstherapie
Herzschrillmacher/Defibrillator	Psychologisches Entspannungstraining
Herzschwäche	Psychologische Beratung
Schwer einstellbarer Bluthochdruck	Ernährungsberatung
Ausgeprägtes Risikofaktorenprofil	Lehrküche durch Ernährungswissenschaftler
Lungenembolie	Gesundheitstraining
Gefäßoperation	Raucherentwöhnung
Peripherer arterieller Verschlusskrankheit	Sozialmedizinische Beratung

Abbildung 3: Übersicht der Indikatoren zur Rehabilitation und Therapiekonzepten (Schwerpunkt-Reha, 2017)

5.2. Design der Erhebung

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurde aufgrund von zeitlichen und finanziellen Ressourcen ein halb standardisierter Fragebogen entworfen. Des Weiteren wurde eine schriftliche Befragung gewählt, da zum einen durch eine mündliche Befragung immer eine Beeinflussungsgefahr besteht und zum anderen aus hygienischen Aspekten die Richtlinien bezüglich der Pandemie besser eingehalten werden können. Der Fragebogen orientiert sich inhaltlich an der Bachelorarbeit und berücksichtigt Aspekte der vorherigen Literaturrecherche, mit dem Ziel die Patientenzufriedenheit in der ambulanten Rehabilitation zu untersuchen. Hierzu wurde die Geschlechterverteilung, die Altersunterschiede, der Familienstand und die Berufstätigkeit genauer betrachtet. Das Ziel dieser Studie ist es die Akzeptanz

für ambulante kardiologische Rehabilitation zu untersuchen. Im gleichen Zuge soll dieser Fragebogen zur Verbesserung der Qualität in der Schwerpunkt-Reha Bonn genutzt werden. Die Daten werden anonym erhoben und vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich der Analyse der Patientenzufriedenheit für die Bachelorarbeit und möglichen Verbesserungen in der Schwerpunkt-Reha Bonn. Im Anschreiben des Fragebogens wurde darauf ausdrücklich hingewiesen. Die Fragen wurden zur Erfassung der verschiedenen Zufriedenheitsbereiche in sechs Kategorien gegliedert:

1. Demografische Daten
2. Reha-Einrichtung
3. Verwaltung
4. Mitarbeiter
5. Medizinische Maßnahmen
6. Infrastruktur

Die Rehabilitanden wurden im Fragebogen

dazu aufgefordert, ihre persönliche Meinung oder Anmerkungen zu äußern. In diesem qualitativen Teil konnten die Patienten aufschreiben, was ihnen besonders gut bzw. schlecht gefallen hat. Dadurch konnten mögliche Kritikpunkte oder Anmerkungen für Verbesserungen erfasst werden, mit dem Ziel mehr Informationen zur Zufriedenheit zu erlangen. Im Fokus bei der Gestaltung stand die Wichtigkeit der Studie, eine leichte Handhabbarkeit und die Seriosität. Für die Messung der persönlichen Zufriedenheit wurde eine 5-stufige Likert-Skala verwendet. Es gab die Möglichkeit zwischen „gar nicht zufriedenstellend“, „wenig zufriedenstellend“, „zufriedenstellend“, „ziemlich zufriedenstellend“ oder „äußerst zufriedenstellend“ auszuwählen.

5.2.1. Angewandte Methoden

Es gibt verschiedene Bereiche (medizinisch, somatisch, psychisch und sozial) in denen die Patientenzufriedenheit gemessen werden soll. Es wurde keine Vorauswahl bei der Zusammenstellung der Zufriedenheitsbereiche des Fragebogens getroffen. Vielmehr wurde eine möglichst komplette Abbildung von allen Zufriedenheitsparametern erstellt. Im quantitativen Teil des Fragebogens

müssen Fragen mit den Zufriedenheitsitems, welche bereits im Kapitel 5.2 „Design der Erhebung“ vorgestellt wurden, beantwortet werden. Dazu wurde gefragt, „inwiefern die folgenden Aussagen zutreffen“. Außerdem wurden den Patienten neben den subjektiven Einschätzungen auch Fragen zu potenziellen Einflussfaktoren auf die Qualität wie bspw. soziodemografische Daten gestellt.

5.2.2. Teilnehmer der Untersuchung

Die Rehabilitanden, welche den Fragebogen erhielten, bilden das Studienkollektiv ab. Dazu zählten alle Patienten, welche sich im Untersuchungszeitraum in der Schwerpunkt-Reha Bonn befanden. Es wurde keine Stichprobe durchgeführt. Somit liegt eine Vollerhebung zugrunde.

5.2.3. Gründe für die Ausschließung an der Untersuchung

Zu den Ausschlusskriterien der schriftlichen Befragung zählten starke Beeinträchtigungen des Sehvermögens oder Sprachbarrieren. Dies trat während der Untersuchungszeit jedoch nicht auf. Ein weiteres Ausschlusskriterium ergab sich durch Patienten, welche die Behandlung nicht bis zum Ende absolvierten und frühzeitig die Reha abgebrochen haben. Alle anderen Patienten, welche über den gesamten Untersuchungszeitraum in der Reha waren, konnten unabhängig von soziodemografischen Merkmalen oder anderen Faktoren, befragt werden. Darauf aufbauend konnte ein breites Spektrum an unterschiedlichen Zufriedenheitsaspekten erzielt werden.

5.2.4. Vorgehensweise bei der Untersuchung

Der zu Anfang festgelegte Zeitraum zur Erhebung der Daten musste aufgrund der Corona-Pandemie und dem daraus resultierenden Lockdown von zwei Monaten auf einen Monat gekürzt werden. Dadurch konnte die ursprünglich festgelegte Anzahl an Fragebogen nicht erreicht werden. Außerdem konnte aufgrund der steigenden Corona-Fallzahlen und den damit verbundenen Auflagen keine Begehung vor Ort stattfinden. Das Briefing der Mitarbeiter über den Ablauf, Sinn und Zweck des Fragebogens musste online vollzogen werden. Die Anreise, Anwesenheit und Abreise der Rehabilitanden wurde von der Verwaltung durch einen Dokumentationsbogen im Untersuchungszeitraum dokumentiert. Bei der Anreise

wurde den Patienten der Fragebogen überreicht, mit der Bitte, diesen bei Abreise ausgefüllt zurückzugeben. Zudem wurden auch hier die Patienten kurz über den Zweck und die Sinnhaftigkeit des Fragebogens vom Personal unterrichtet. Zum Abschluss der Reha-Maßnahmen sollten die Fragebogen dann am Empfang wieder abgegeben werden. Der Abgabetermin wurde auf den Tag der Abreise bestimmt, da die Patienten während der Dauer ihres Reha-Aufenthaltes alle Erfahrungen sammeln konnten, die für die Auswertung von Bedeutung waren. Die Auswertung selber wurde mit Hilfe eines computergestützten Softwareprogramm durchgeführt. Dazu wurde das Tabellen-Kalkulationsprogramm „Excel“ verwendet.

5.2.5. Interesse der Rehabilitanden

Die Teilnahmebereitschaft war überwiegend positiv. Der Großteil der Patienten hat sich viel Mühe beim Ausfüllen der Fragebögen gegeben. Zudem haben viele Patienten sich die Zeit genommen Anmerkungen zu verfassen. Die angestrebte Teilnehmerzahl von 100 konnte aufgrund der bereits beschriebenen Ausnahmesituation nicht erreicht werden. Am Ende wurden 58 Fragebögen ausgefüllt. Davon konnten alle 58 in die Auswertung mit einfließen.

5.3. Auswertung der Resultate der Patientenbefragung

Das folgende Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Patientenbefragung. Bei der Untersuchung für die Erwartungen und Ziele der Reha haben sich zwischen den Teilnehmern Unterschiede in Bezug auf Entfernung, Geschlecht und Alter ergeben. Vor der Ergebnisuntersuchung soll noch auf eine methodische Einschränkung hingewiesen werden. Es wurden in der vorliegenden Studie keine Unterschiede in der Diagnose gemacht. Daraus folgt also, dass nicht die diagnostische Spezifität im Vordergrund der zufriedenheitsrelevanten Aspekte steht, sondern in erster Linie die Umsetzbarkeit und damit die praktische Relevanz des erfassten Behandlungsspektrums. Die verschiedenen Zufriedenheitsbereiche wurden wie folgt codiert:

1=gar nicht zufriedenstellend

2=wenig zufriedenstellend

3=zufriedenstellend

4=ziemlich zufriedenstellend

5=äußerst zufriedenstellend

Ein Durchschnitt von > 3 ist somit als „zufriedenstellend“ zu bewerten. Im ersten Schnitt werden die soziodemografischen Merkmale des Studienkollektivs dargestellt. Darauf werden die Zufriedenheitsdimensionen der Rehabilitanden in Bezug auf die jeweiligen Bereiche als Überschriften angeführt und beschrieben. Im Fokus der differentiellen Analyse lagen die geschlechtlichen Merkmale. Hierbei muss noch erwähnt werden, dass die Möglichkeit gegeben wurde das Geschlecht „divers“ anzukreuzen. Jedoch wurde dies in keinem der Fragebögen ausgeübt und wird somit in der weiteren Analyse auch keine Berücksichtigung mehr finden. Weiterhin wurden bei einer hohen Streuung auch die Altersgruppen differenziert, da unterschiedliche Voraussetzungen bei den Patienten, wie bspw. soziodemografische Variablen oder Erwartungen, die Bewertung der Zufriedenheit beeinflussen können. Somit musste eine Einteilung in Altersgruppen vorgenommen werden: **Altersgruppe 1** = 44-54 Jahre **Altersgruppe 2** = 55-64 Jahre **Altersgruppe 3** = 65-74 Jahre **Altersgruppe 4** = 75-84 Jahre

5.3.1. Soziodemografische Daten

In der Untersuchungsgruppe existieren zahlreiche soziodemografische Unterschiede, wie in Tab. 1 zu erkennen ist.

Tabelle 1: Soziodemografische Merkmale der Patienten

Soziodemografische Merkmale				
	Ausprägung	Gesamt	weiblich	männlich
Geschlecht	(n)	58	15	43
	%	100	26	74
	Ausprägung	Gesamt	weiblich	männlich
Altersklassen	44-54	8	3	5
	55-64	18	4	14
	65-74	17	3	14
	75-84	15	5	10
	Ausprägung	Gesamt	weiblich	männlich
Familienstand	ledig	8	2	6
	verheiratet	33	9	24
	geschieden	4	1	3
	verwitwet	13	3	10
	Ausprägung	Gesamt	weiblich	männlich
berufstätig	ja	26	3	23
	nein	32	12	20

Auffällig ist hierbei vor allem der hohe Männeranteil von 74%. In der Altersgruppe von 44-54 Jahren war die geringste Anzahl an Rehabilitanden zu verzeichnen. 33 Patienten gaben an verheiratet zu sein, sprich mehr als die Hälfte. Die Frage nach der Berufstätigkeit beantworteten 32 Personen mit „nein“. Es waren also mehr als 50% der Rehabilitanden nicht mehr beruflich aktiv (vgl. Tabelle 1).

Altersdurchschnitt

Alle befragten Rehabilitanden wurden in vier Altersgruppen eingeordnet. In der ersten Gruppe befanden sich im Vergleich zu den anderen Patienten die jüngsten und mit 13,79% auch die wenigsten Personen (44-54 Jahre). In der zweiten Gruppe waren die Patienten, welche kurz vorm Eintritt der Rente waren (55-64 Jahre). Die dritte Gruppe (65-74) beinhaltete Personen, welche gerade die Rente angetreten haben. In der vierten Gruppe (75-84) waren die ältesten Rehabilitanden vertreten (siehe Abbildung 4).

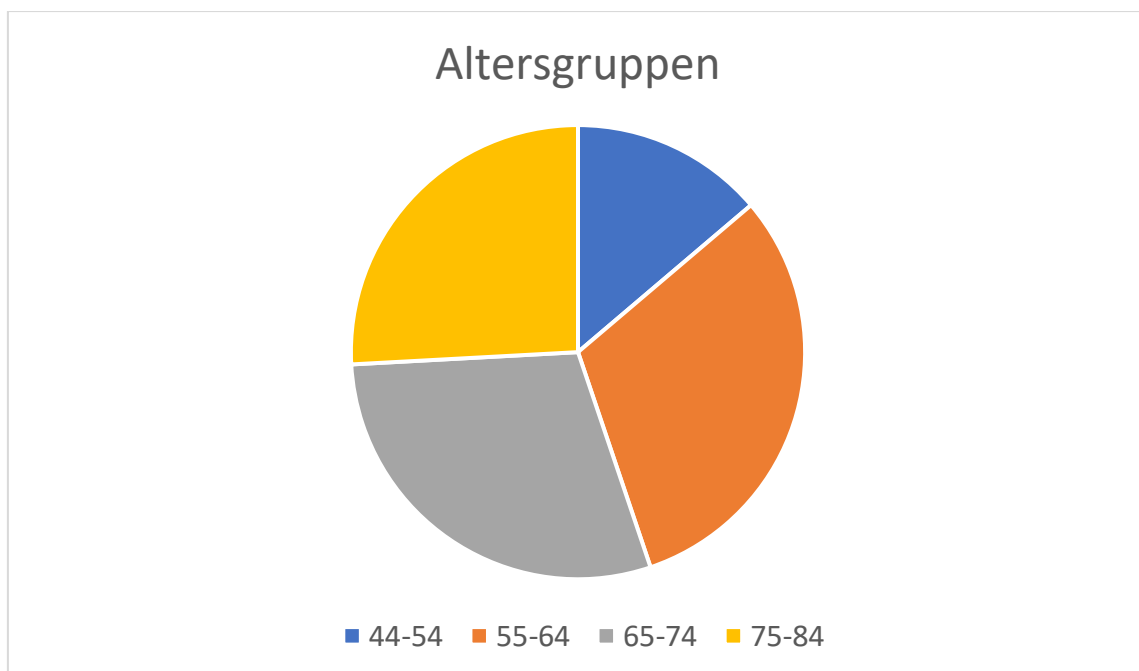


Abbildung 4: Altersgruppenzusammensetzung

Familienstand

In der Abbildung 5 ist zu sehen, dass mit Insgesamt 33 Rehabilitanden die meisten verheiratet sind. Darauf folgen 13 Personen, welche angegeben haben, verwitwet zu sein. Auffällig dabei ist die hohe Anzahl von 10 Männern, welches fast ein Viertel aller männlichen Rehabilitanden ausmacht. Zu den ledigen Patienten gehören mit

13,7 % 8 Personen und lediglich 6,9 % der Rehabilitanden gab an geschieden zu sein.

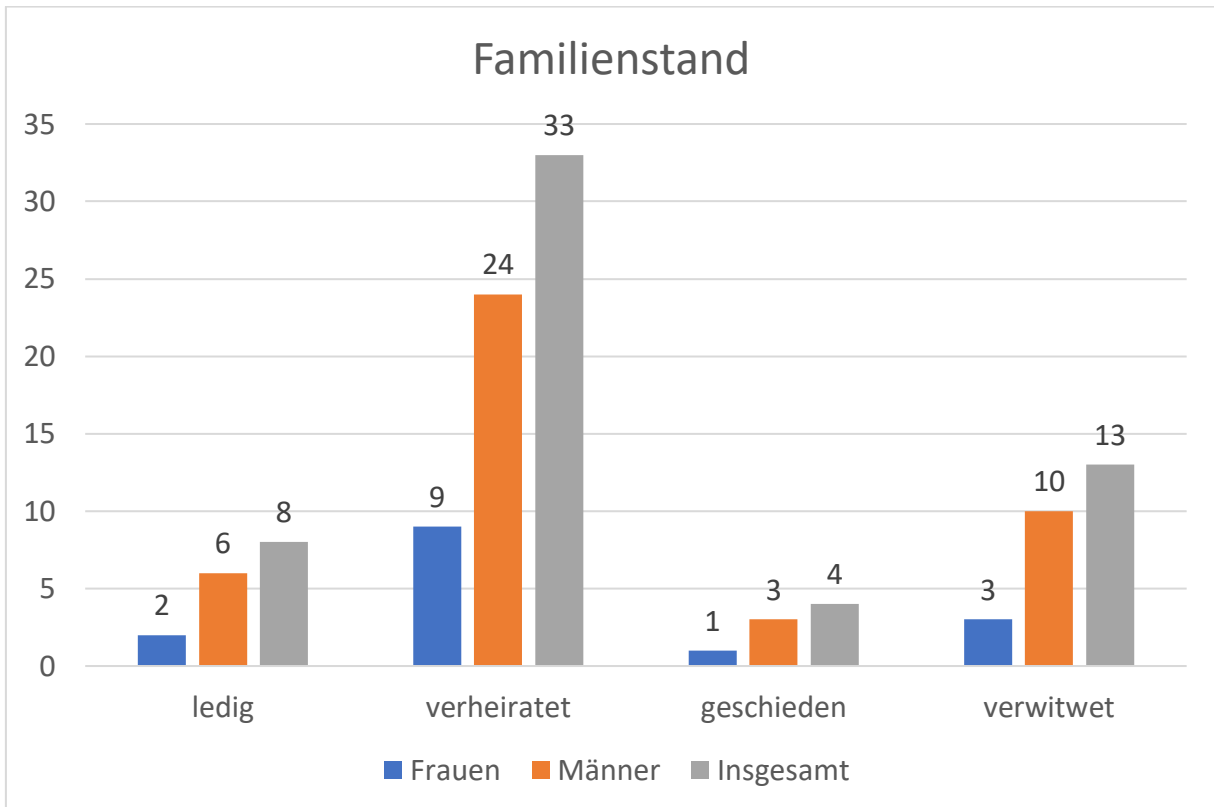


Abbildung 5: Familienstand

Berufstätigkeit

Von den 58 Testpersonen gaben 26 an berufstätig zu sein. Dazu zählten drei Frauen und 23 Männer. Auffällig war, dass bei den nicht berufstätigen Rehabilitanden 12 Frauen dabei waren.

5.3.2. Reha-Einrichtung

Für die Befragung zur Einrichtung wurden die Rahmenbedingungen und Strukturmerkmale, wie bspw. die Ausstattung oder die Räumlichkeiten, näher beleuchtet. In der Abbildung 6 ist eine schnelle Übersicht der Ergebnisse in den jeweiligen Kategorien zu sehen.

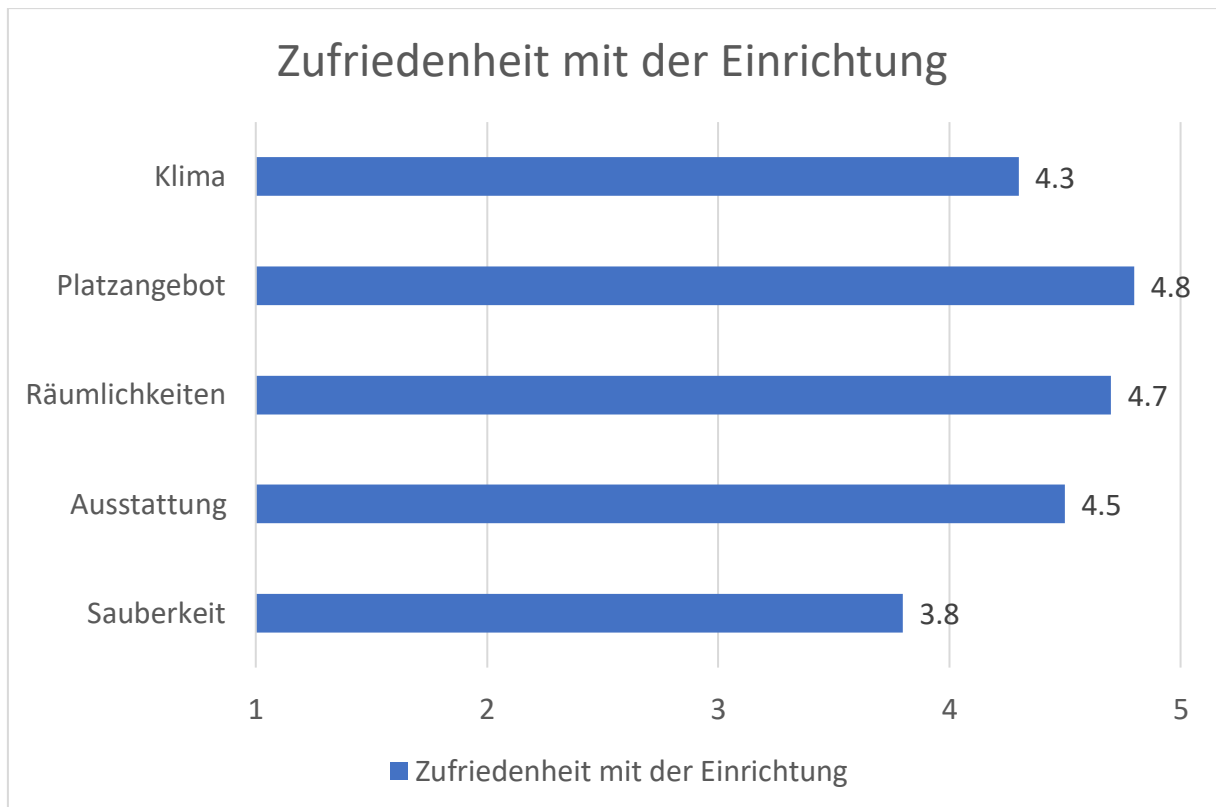


Abbildung 6: Zufriedenheitsniveau mit der Einrichtung

Klima in der Reha

Das Klima und die allgemeine Atmosphäre wurden in der Rehaklinik im Durchschnitt mit 4,3 bewertet. Es gab hierbei nur ein paar Fälle, welche vom Durchschnitt herausfielen. Ansonsten wurde die Klinik vor allem in den Anmerkungen immer für ihr tolles Arbeitsklima gelobt.

Räumlichkeiten und Platzangebot

Die Räumlichkeiten wurden von den Rehabilitanden im Durchschnitt mit 4,7 bewertet. Ebenso wurde das Platzangebot mit 4,8 im Schnitt bewertet. Dies ist für beide Kategorien ein gutes und zugleich das beste Ergebnis von allen. Zudem gab es hier die geringste Streuung. Die Gründe für diese guten Ergebnisse können aus dem Umzug in neue Räumlichkeiten aus dem Jahr 2018 resultieren.

Ausstattung und Sauberkeit

Die Auswertung der Kategorie Ausstattung ergab ein durchschnittliches Ergebnis von 4,5. Dies ist ebenfalls ein guter Wert und ergibt sich wahrscheinlich daraus,

dass erst im Jahre 2020 das diagnostische Spektrum mit modernsten bildgebenden Verfahren ausgestattet wurde. Zudem wurde in den Anmerkungen öfters erwähnt, dass die Auswahl der Geräte sehr umfangreich sei.

Die Sauberkeit schnitt von allen Kategorien am schlechtesten ab. Diese wurde im Durchschnitt mit 3,8 bewertet. Auffällig war eine mittlere bis große Streuung. Daraus lässt sich schließen, dass jeder Patient eine andere Wahrnehmung von Sauberkeit hat. Dennoch ist dies die schwächste Kategorie.

5.3.3. Verwaltung

In dieser Kategorie lag der Schwerpunkt der Fragen auf der Aufnahme am 1. Tag, der Einbestellung und der Organisation. Die Eindrücke der Patienten über die organisatorischen Bemühungen in der Klinik waren größtenteils sehr identisch. Ein kurzer Überblick dazu ist in der folgenden Abbildung 7 zu sehen.

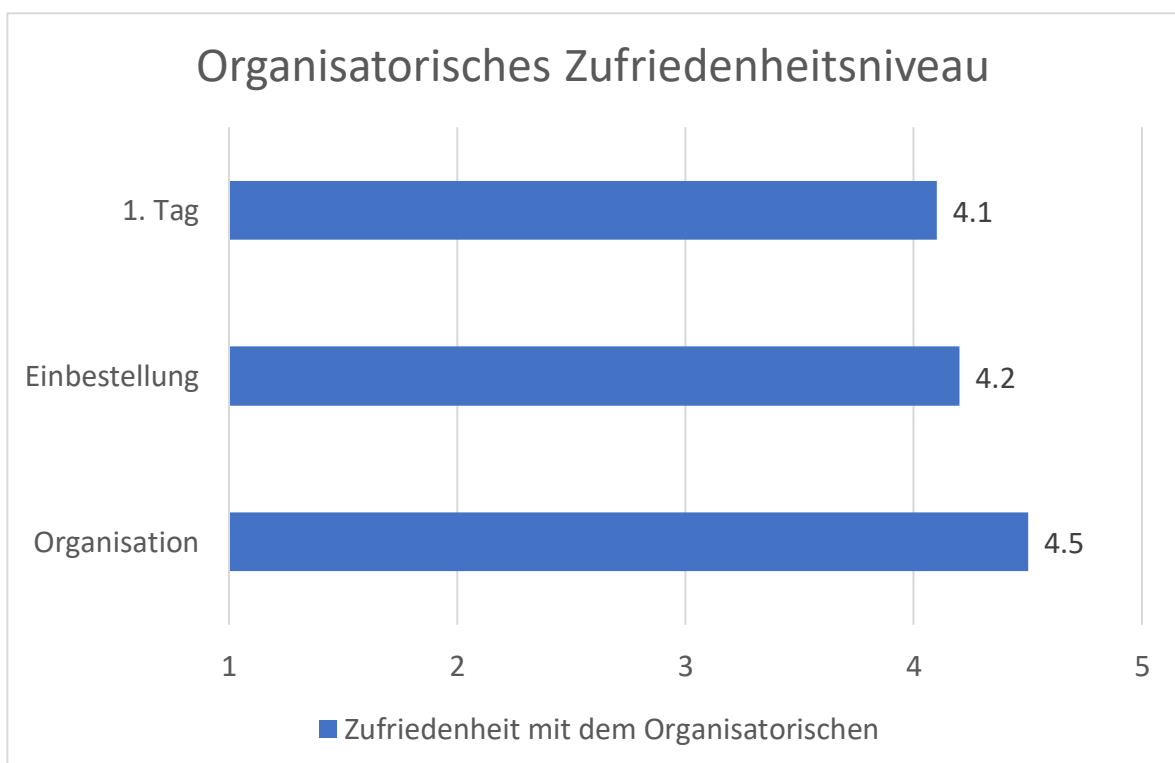


Abbildung 7: Organisatorisches Zufriedenheitsniveau

Der Aufnahmetag wurde von den Patienten im Durchschnitt mit 4,1 bewertet. Vor allem der erste Kontakt bei Ankunft und die Einweisung für den weiteren Verlauf kam bei den Rehabilitanden sehr gut an.

Bei der Einbestellung ergab sich eine durchschnittliche Bewertung von 4,2. Es gab hierbei vereinzelt Kritik bezüglich der schlechten Erfahrungen in Hinblick auf einen

unkomplizierten Zugang zu den Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Problemen mit den Kostenträgern.

Die allgemeine Organisation schnitt mit einer Bewertung von 4,5 am besten ab. Die Streuung war ebenfalls sehr gering. In den Anmerkungen wurden vor allem die Flexibilität und eine schnelle Lösungsfindung bei Problemen gelobt. Zu den Kritikpunkten zählten unter anderem die kurzfristigen Entscheidungen über Therapieverlängerungen, welche durch die Ungewissheit das Stresslevel der Patienten gesteigert haben. Außerdem wurden die teilweise langen Zeiträume zwischen Bewilligung und Antritt der Therapie bemängelt. Diese Kritikpunkte spiegeln sich jedoch nicht in der quantitativen Bewertung wider.

5.3.4. Mitarbeiter

Beim Personal wurden neben den spezifischen Fachbereichen unter anderem auch das Verhalten und die Zeit, welche das Personal den Rehabilitanden gegenüber aufgebracht hat, bewertet. Im Folgenden werden die Bewertungen der jeweiligen Berufsgruppen der Klinik dargelegt. Die Zufriedenheitsbewertung des Personals fällt insgesamt sehr positiv aus (siehe Abbildung 8).

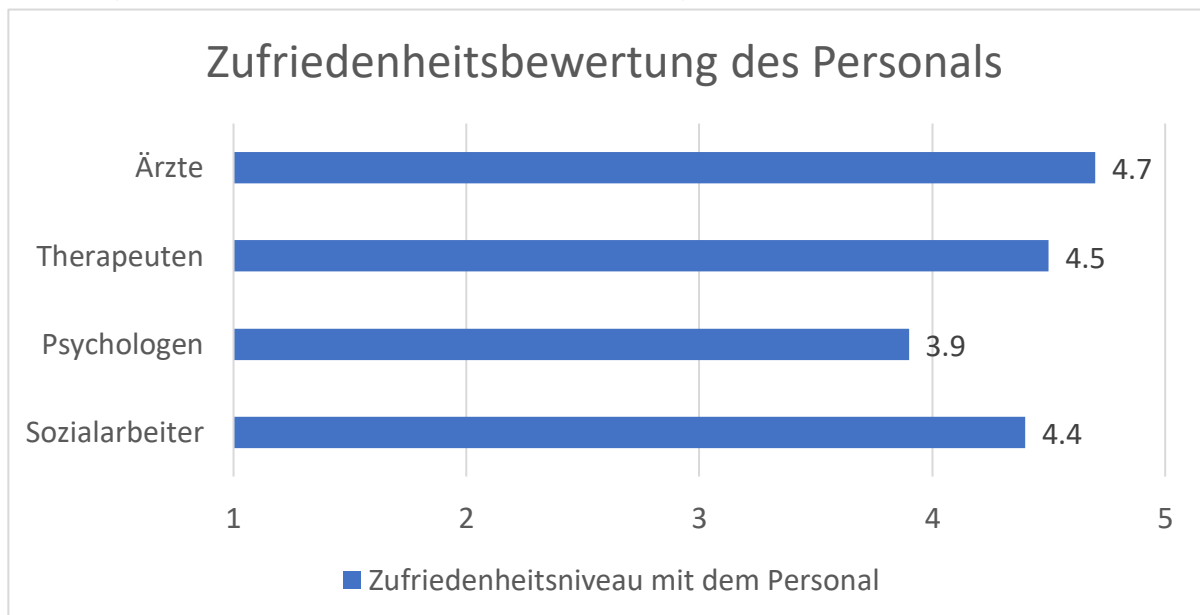


Abbildung 8: Zufriedenheitsniveau des Personals

Ärzte

Die Beziehung zwischen Arzt und Patienten wurde von allen Teilnehmern als sehr positiv wahrgenommen. Dabei bewerteten die Rehabilitanden vor allem den Kontakt zu den Ärzten als sehr hilfreich. Insbesondere das Aufnahmegespräch ist hierbei zu erwähnen, da die Ärzte sich hierfür bis zu einer Stunde Zeit nehmen können. Dies

ist in anderen Einrichtungen, wie bspw. Akutkrankenhäusern nicht der Normalfall. Mit einer durchschnittlichen Bewertung von 4,7 spiegelt sich das im Ergebnis wider. Dies ist sogleich der Spitzenwert in den Bewertungen des Personals.

Therapeuten

Die Therapeuten wurden von den Patienten knapp hinter den Ärzten mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 4,5 bewertet. Dabei wurde in erster Linie die Flexibilität der Therapeuten gelobt, da diese auf wechselnde Gruppen sehr gut reagierten. Zudem gefiel den Rehabilitanden sehr gut, dass jeder mit seinem Namen von den Therapeuten angesprochen wurde. Ebenso waren die Therapeuten sehr geduldig und immer hilfsbereit gegenüber den Patienten.

Psychologen

Unter dem Personal schnitten die Psychologen am schlechtesten ab. Allerdings mit einer durchschnittlichen Bewertung von 3,9 immer noch in einem guten Bereich. Die Streuung war hierbei sehr hoch. Die spiegelt die sehr unterschiedlichen Meinungen der Patienten wider. Einige Patienten merkten an, dass sie sich nicht auf einen Psychologen einlassen können. Andere wiederum lobten die persönlichen Gespräche und das Vorgehen der Psychologen.

Sozialarbeiter

Bei der Zufriedenheitsbewertung der Sozialarbeiter kam ein positives Ergebnis von 4,4 heraus. Die Rehabilitanden lobten die empathische Art der Sozialarbeiter. Die Streuung in der Bewertung war sehr gering. Dies zeigt die durchweg positive Meinung über die Sozialarbeiter.

5.3.5. Medizinische Maßnahmen

Das folgende Kapitel zeigt die Zufriedenheitsbewertung der Rehabilitanden in Bezug auf die Behandlung und Therapiemaßnahmen. Die jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten wurden sehr unterschiedlich wahrgenommen. In der Abbildung 9 ist eine Übersicht der jeweiligen Zufriedenheitsbewertungen zu den Behandlungsmaßnahmen zu sehen. Dabei fällt auf, dass die Sportangebote im Vergleich zu den Beratungsangeboten und Seminaren deutlich positiver bewertet wurden. Aufgrund einer sehr geringen gleichbleibenden Streuung wurden die

Unterschiede im Alter und Geschlecht nicht näher betrachtet. Hinzu kommt die geringe Anzahl an weiblichen Patienten (n=15), welche keine signifikanten Rückschlüsse auf die Zufriedenheitsbewertung schließen lässt. Dies gilt vor allem unter der Annahme, dass nicht jedes Angebot von allen Patienten durchgeführt wurde.

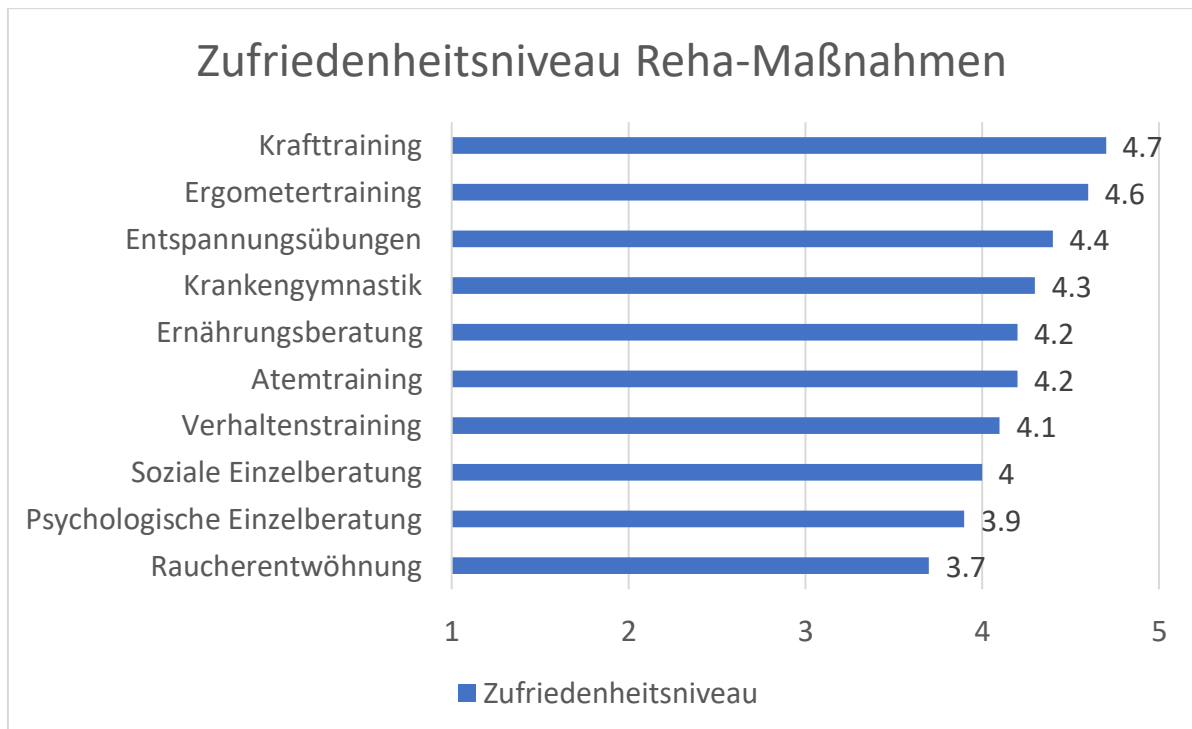


Abbildung 9 Zufriedenheitsniveau zu den Reha- Maßnahmen

Die Dichte der Teilnehmer ist bei den Sport-Angeboten wie Krafttraining (n=54) und Ergometertraining (n=56) am größten. Die geringste Teilnehmeranzahl wurde beim Atemtraining (n=13) und der Raucherentwöhnung (n=8) festgestellt. Die folgende Abbildung 10 zeigt eine Übersicht der Teilnehmeranzahlen für die verschiedenen Programme.

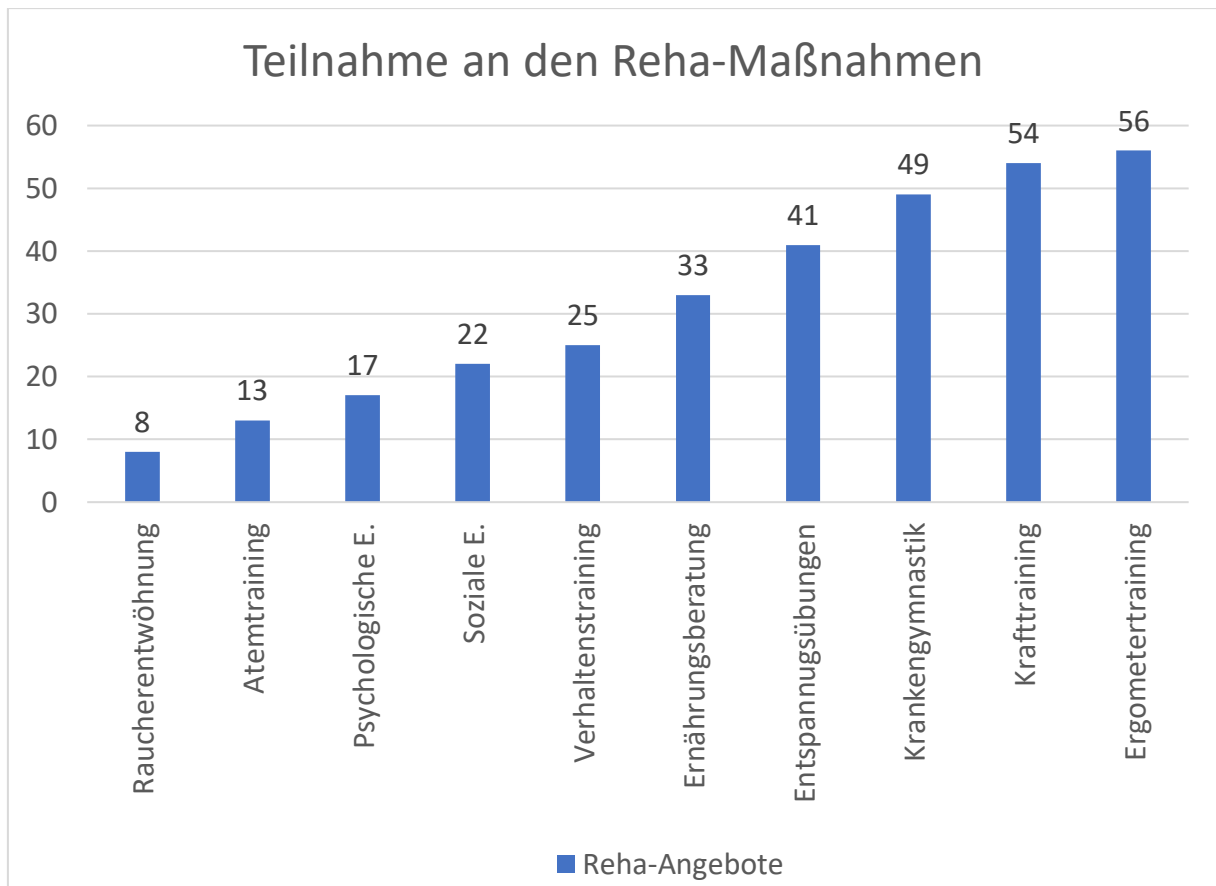


Abbildung 10: Teilnehmerzahl pro Reha- Maßnahme

Sport-Maßnahmen

In diesen Bereich fallen die Reha-Angebote Ergometertraining, Krafttraining und Krankengymnastik. Dies sind auch die am meisten genutzten Maßnahmen. Beim Ergometertraining haben mit (n=56) Patienten mehr als 96% teilgenommen. Auch das Krafttraining mit (n=54) und die Krankengymnastik mit (n=49) verzeichnet eine hohe Teilnahmebereitschaft. Zugleich sind diese Maßnahmen auch in dem Zufriedenheitsniveau ganz oben. Die durchschnittliche Zufriedenheitsbewertung lag beim Krafttraining mit 4,7, dem Ergometertraining bei 4,6 und der Krankengymnastik bei 4,3. Dies zeigt, dass sowohl die Teilnahme als auch die Zufriedenheit in den sportlich bezogenen Reha-Maßnahmen am besten ist.

Entspannungs-Maßnahmen

Hierzu zählen die Entspannungsübungen und das Atemtraining. Die Entspannungsübungen wurden von insgesamt (n=41) Rehabilitanden in Anspruch genommen. Dies sind mehr als 70% der Teilnehmer und somit ein guter Wert. Die

Zufriedenheitsbewertung liegt hier bei durchschnittlich 4,4. Dies ist der drittbeste Wert aller Maßnahmen. Das Atemtraining hingegen wurde nur von 13 Patienten genutzt. Bei der Bewertung der Zufriedenheit erreichte die Maßnahme jedoch einen Wert von 4,2 mit einer geringen Streuung.

Ernährungs-Maßnahmen

Dieses Angebot umfasste die Ernährungsberatung und hatte insgesamt (n=33) Teilnehmer. Dies ist der beste Wert aller Maßnahmen außerhalb des Sport-Angebotes. Bewertet wurde dies mit einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 4,2 bei einer geringen Streuung.

Psychologische Maßnahmen

Dieser Bereich umfasste die Psychologische Einzelberatung (n=17), das Verhaltenstraining (n=25) und die Raucherentwöhnung (n=8). Diese Maßnahmen wurden insgesamt weniger genutzt als die sportlichen. Die Raucherentwöhnung besuchten lediglich 13,8 Prozent der Rehabilitanden. Dies hängt damit zusammen, dass zum einen nicht alle Patienten Raucher sind und zum anderen ein starker Widerstand gegen das Nichtrauchen von den Rauchern ausgehen kann. Auch die Zufriedenheitsbewertung liegt hier bei gerademal 3,7. Dies ist der schlechteste Wert beim Zufriedenheitsniveau. Die psychologische Einzelberatung wurde im Allgemeinen mit einer Zufriedenheit von 3,9 und das Verhaltenstraining mit 4,1 bewertet. Diese Werte sind, wie auch die Raucherentwöhnung, im unteren Zufriedenheitsniveau.

Soziale Maßnahmen

Hierbei geht es um die soziale Einzelberatung der Rehabilitanden. Diesen soll so umfangreich wie möglich erklärt werden, welche Möglichkeiten zur Wiedereingliederung in ihre alten Jobs bestehen oder aber ihnen eine mögliche Neuorientierung aufzeigen. Patienten, welche bereits nicht mehr erwerbstätig waren, wurden Hinweise bezüglich finanzieller Erleichterungen in Form von Steuervorteilen o.ä. gegeben. Die Patienten erhofften sich hierbei ebenfalls Informationen über die Reha-Maßnahmen hinaus. Dies beinhaltete zukünftige Ansprechpartner und das organisieren des Übergangs für die Nachsorge.

Insgesamt wurde die soziale Einzelberatung von lediglich 38 Prozent der Patienten genutzt. Das allgemeine Zufriedenheitsniveau ist mit 4 in einem guten Bereich.

Abschlussbemerkungen zu den Maßnahmen

Auch wenn die Sportmaßnahmen am meisten angenommen wurden und das Zufriedenheitsniveau hier am höchsten ist, konnten sich diese im Vergleich zu den anderen Therapie-Maßnahmen nicht deutlich abheben. Im Mittel wurden somit alle Maßnahmen mit einer 4,2 bewertet. Dabei haben soziodemografische Merkmale wie bspw. das Alter oder Geschlecht keinen Einfluss auf das Ergebnis gehabt.

Therapiedauer und Informationsgehalt

Die Therapiedauer wurde im Durchschnitt mit 4,5 und einer geringen Streuung bewertet. Dies lässt darauf schließen, dass das Verhältnis zwischen der Therapiedauer und den Pausen gut koordiniert war. Der Informationsgehalt wurde im Allgemeinen mit 4,3 bewertet. Dies deutet auf einen ausreichenden Informationsfluss hin. Auch die Broschüren mit allgemeinen Informationen wurden ausreichend genutzt.

Übertragung des Erlernten in den Alltag

Den Rehabilitanden war es sehr wichtig das Erlernte in den Therapien auch in ihrem Alltag anzuwenden. Die Vereinbarkeit die Reha-Maßnahmen in den Alltag zu integrieren wurde mit einer 4,7 und damit sehr gut bewertet. Das Erlernte auch umzusetzen wurde im Durchschnitt mit 4,4 bewertet.

Erwartung und Zielerreichung

Bei diesen Werten konnte eine große Streuung festgestellt werden. Die Erfüllung der Erwartungen wurde im Allgemeinen mit 4,2 bewertet. Die Erreichung der Ziele konnte im Schnitt eine Bewertung von 4,3 erreichen. Im Folgenden ist eine Übersicht des Zufriedenheitsniveaus zur Art und Umfang der Therapie dargestellt.

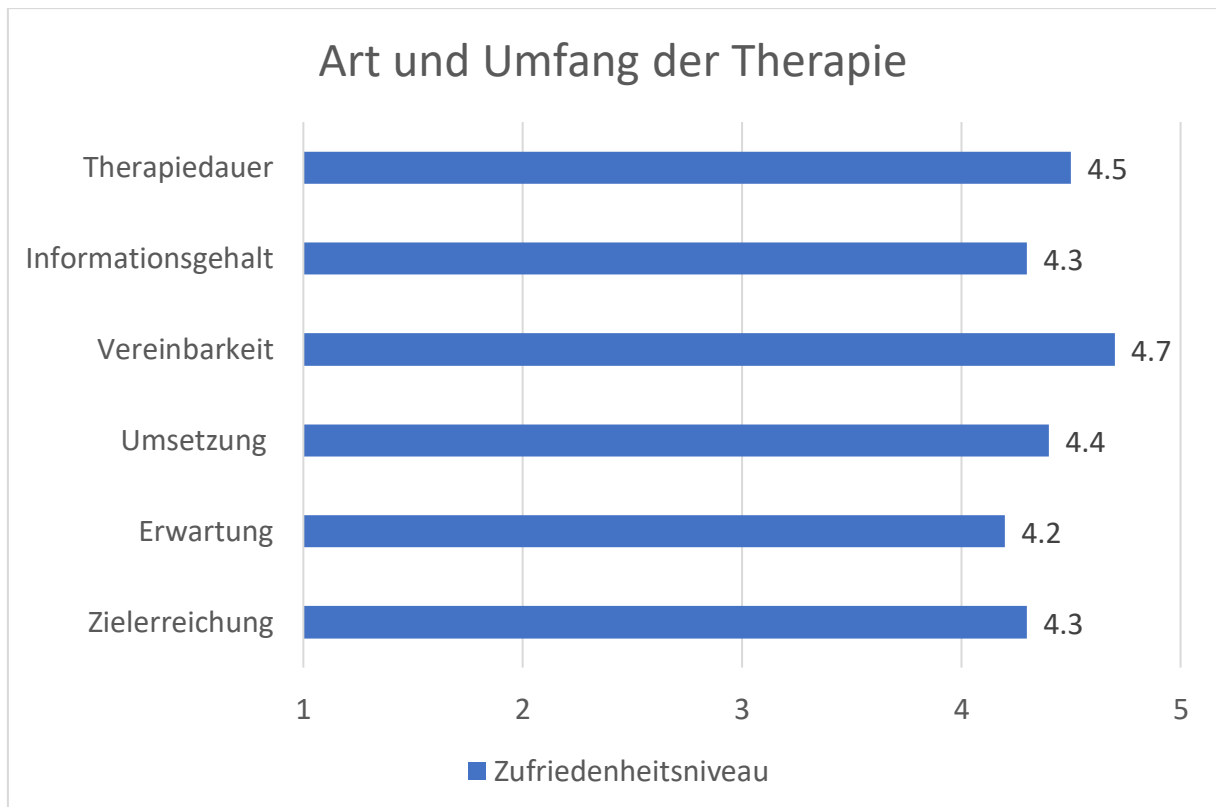


Abbildung 11: Zufriedenheitsniveau mit Art und Umfang der Therapie

5.3.6. Infrastruktur

In diesem Bereich wurden das Zufriedenheitsniveau bezüglich der Anreisezeit, den Anreisemöglichkeiten, dem allgemeinen Standort und der Einrichtung bewertet. Durch die unterschiedlichen Entfernungen zum Reha-Standort und den verschiedenen Möglichkeiten der Anreise kam es hier zu größeren Streuungen.

Anreisezeit und Anreisemöglichkeiten

Durch die unterschiedlichen Entfernungen zur Einrichtung kam es zu mittlerer Streuung. Das Gesamtergebnis der Anreisezeit mit einem durchschnittlich Zufriedenheitsniveau von 4,5 war dennoch sehr gut. Dies liegt zum einen an dem allgemein geringen Radius der Entfernung von dem Zuhause der Patienten bis zur Klinik. Zum anderen aber auch an der guten Verbindung der öffentlichen Verkehrsmittel. Die Bushaltestelle ist 50 m von der Klinik entfernt und wird von sechs Buslinien angefahren. Mit der Regionalbahn dauert die Fahrt lediglich 8 Minuten vom Hauptbahnhof Bonn aus und hält nur 400 m von der Klinik entfernt. Dies spiegelt somit auch die gute Bewertung der Anreisemöglichkeiten mit 4,6 wider.

Standort Allgemein und Einrichtung

Der Standort ist sehr gut zu erreichen und verfügt über 20 kostenlose Tiefgaragenstellplätze, dies wurde von den Patienten als sehr positiv gesehen und mit 4,7 bewertet. Die Räumlichkeiten in der Reha wurden erst 2018 gewechselt und befinden sich in sehr gutem Zustand, dies spiegelte auch die Bewertung von 4,6 wider. Die Ausstattung der Geräte ist ebenfalls sehr umfangreich und technisch auf dem neuesten Stand. Die durchschnittliche Bewertung lag hier bei 4,6. Einige Patienten bemängelten die allgemeine Atmosphäre außerhalb der Klinik und das in den Pausenzeiten die Lage nicht zum spazieren gehen außerhalb des Gebäudes einlade. Der Standort wurde im Allgemeinen mit 4,1 bewertet. Die folgende Abbildung 12 zeigt die Übersicht des Zufriedenheitsniveaus für die Infrastruktur.

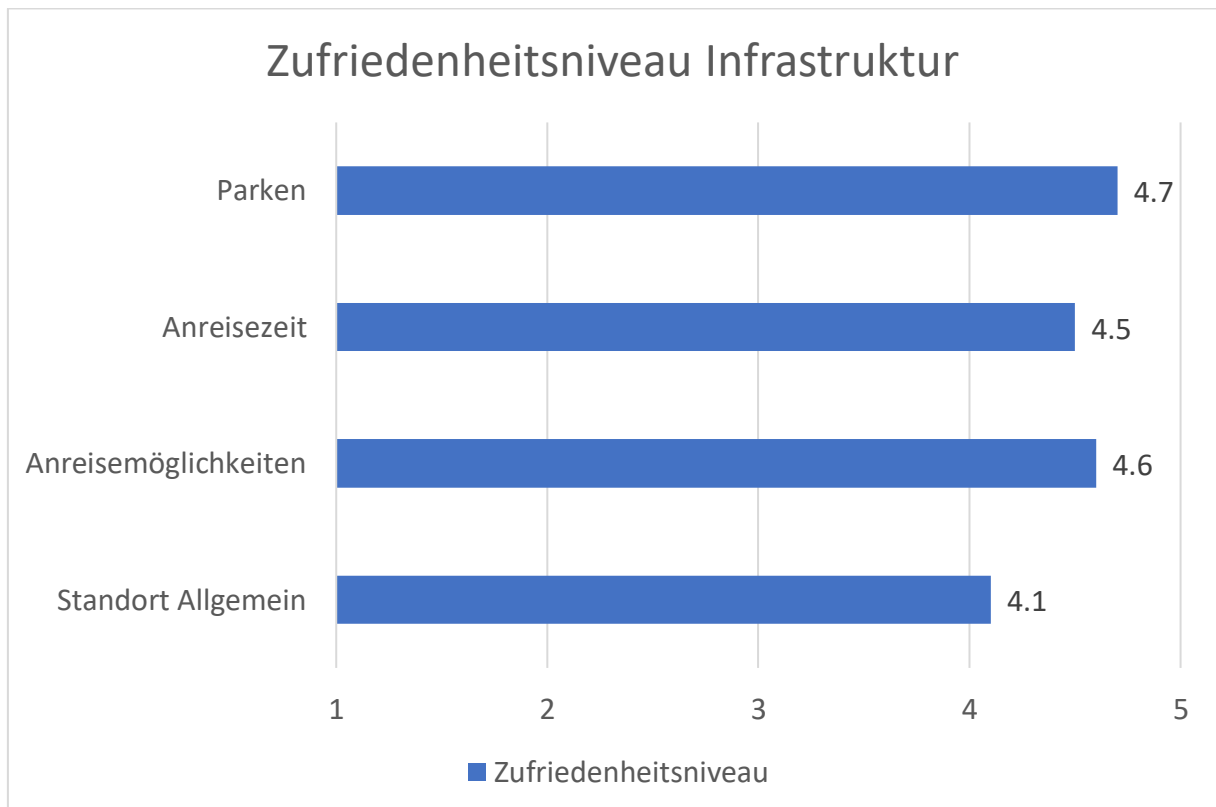


Abbildung 12: Zufriedenheitsniveau mit der Infrastruktur

5.3.7. Ergebniszusammenfassung

Rückblickend betrachtet konnten alle sechs Kategorien ein positives Ergebnis erzielen. Die Rehabilitanden lobten neben den möglichen Angeboten auch die allgemeine Betreuung. Das Zufriedenheitsniveau der gesamten Maßnahmen erreichte einen durchschnittlichen Wert von 4,3 („ziemlich zufriedenstellend“). Vor allem die Sportangebote, wie das Kraft- und Ergometertraining, waren bei den

Patienten sehr beliebt. Aber auch die Therapiedauer und Vereinbarkeit mit den Maßnahmen außerhalb der Reha wurden sehr positiv bewertet. Beim Personal wurde vor allem die Arbeit der Ärzte gelobt. Bezüglich der Infrastruktur haben die Rehabilitanden die Anreisezeit und die Anreisemöglichkeiten für sehr gut empfunden. Ebenfalls wurden die Ausstattung und Parkmöglichkeiten als sehr gut beschrieben. Neben den hauptsächlich positiven Bewertungen gab es bei den insgesamt 32 zu bewertenden Items dennoch auch Einzelfälle, in welchen die Bewertung einiger Patienten negativ ausfiel. Dazu zählten die Kategorien „Sauberkeit“ und „Raucherentwöhnung“ mit jeweiligen Wertungen von 3,8 und 3,7. Ebenso wurden die Kategorien „Psychologen“ und „Psychologische Einzelberatung“ nur mit 3,9 bewertet. Diese vier Kategorien sind die einzigen, welche nur ein „zufriedenstellen“ erreicht haben.

5.3.8. Ergebnisübertragung auf die drei Ebenen der Qualitätssicherung

Eine Komponente der Untersuchung ist das Übertragen der Patientenzufriedenheit, welche vorab per Fragebogen bestimmt wurde, auf die verschiedenen Bereiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Aus der großen Menge an Daten wurden die Erkenntnisgewinne thematisch zusammengefasst und den jeweiligen Qualitätsdimensionen untergeordnet. Um eine hochwertige Leistungserbringung gewähren zu können, müssen wie in Kapitel 2.2. bereits beschrieben, die funktionellen Rahmenbedingungen erfüllt sein. Im Folgenden werden diese Qualitätsdimensionen beschrieben.

Strukturqualität

Zu den Strukturmerkmalen zählen u.a. die Qualifikation des Personals, die Sauberkeit der Einrichtung, die Ausstattung der Geräte, die Anbindung oder auch die Räumlichkeiten. Dabei wurden lediglich unter der Kategorie Personal die „Psychologen“ schlechter als 4,0 bewertet. Und auch hier nur knapp mit 3,9 unter der Marke 4,0. Die besten Wertungen unter den Strukturmerkmalen erhielt das Personal, insbesondere die Ärzte und Therapeuten. Die Freundlichkeit der Mitarbeiter und das angenehme Klima in der Schwerpunkt-Reha Bonn waren hier ausschlaggebend für die gute Bewertung und eine Weiterempfehlung für andere Rehabilitanden. Zudem haben das Platzangebot mit 4,8 und die Räumlichkeiten mit 4,7 für einen besonderen Wohlfühlaspekt gesorgt. Dies sind ebenfalls wichtige

Indikatoren der Strukturqualität. Ebenfalls trägt ein gutes Klima, welches von den Rehabilitanden positiv erwähnt und mit 4,3 bewertet wurde, zu einem besseren Wohlbefinden bei. Diese Rahmenbedingungen üben somit indirekt einen Einfluss auf den Rehabilitationserfolg aus. Die Motivation verleitet die Rehabilitanden nämlich dazu, Hinweise und Empfehlungen anzunehmen und umzusetzen. In der folgenden Abbildung 13 sind die Durchschnittswerte des jeweiligen Zufriedenheitsniveaus der Strukturmerkmale nochmals zusammengefasst. Insgesamt wurden diese im Durchschnitt mit 4,6 bewertet, also „ziemlich zufriedenstellend“.

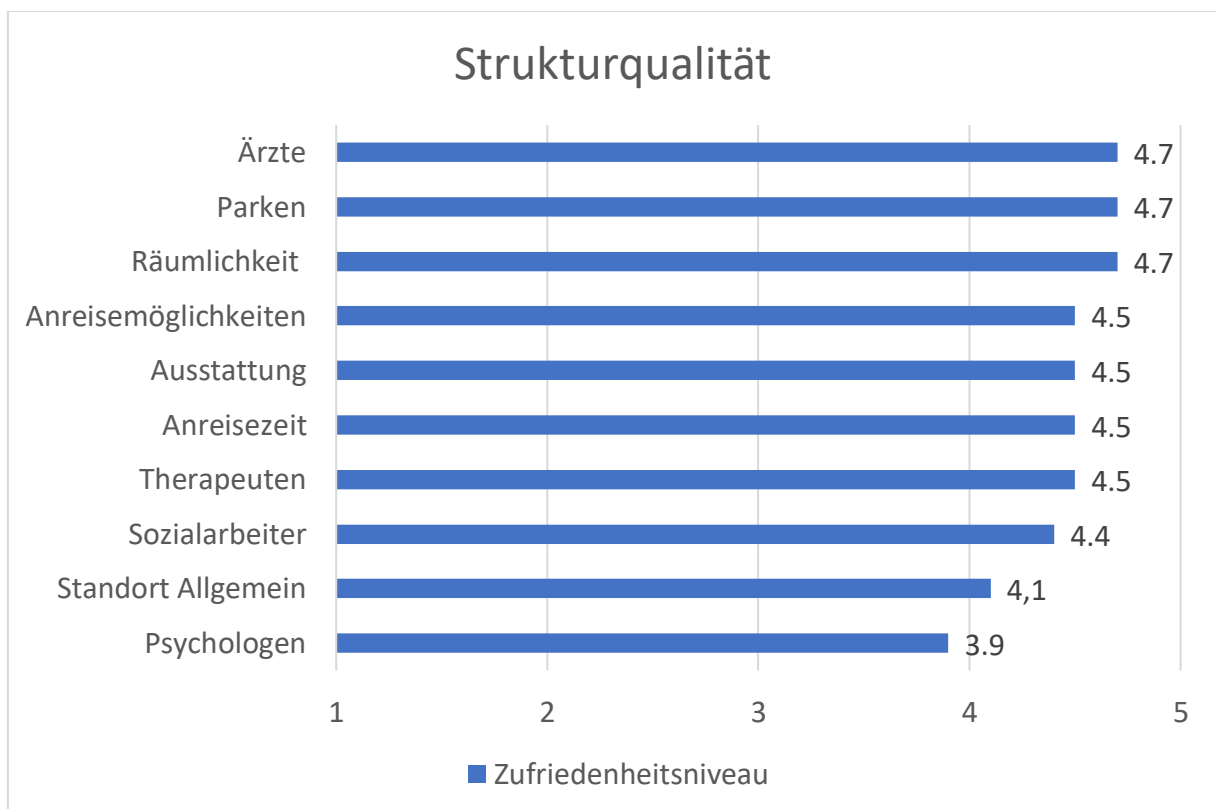


Abbildung 13: Zufriedenheitsniveau mit der Strukturqualität

Prozessqualität

Zu den Prozessmerkmalen zählen behandlungsabhängige Eigenschaften. Darunter fallen alle Maßnahmen, welche direkt am Patienten durchgeführt werden. Durch eine gute Zusammenarbeit und der unmittelbaren Nähe von Personal zum Patienten kann eine hohe Zufriedenheit erreicht werden. Dies wird in der Schwerpunkt-Reha Bonn umgesetzt, wie die guten Bewertungen für die Reha-Maßnahmen im Mittel von 4,2 zeigen. Außerdem wurde durch einen guten Wert bei der Kategorie Organisation mit 4,5 der Grundstein für festgelegte Strukturen in den

Reha-Prozessen gelegt. Dies sind ebenfalls Indikatoren für eine verbesserte Kundenzufriedenheit. Die Verbesserungsvorschläge oder Beschwerden, welche von den Rehabilitanden in den Anmerkungen geschrieben wurden, sollten angenommen werden. Die folgende Abbildung 14 zeigt die Durchschnittswerte der Prozessmerkmale. Auch hier konnte im Mittel ein positives Ergebnis von gerundet 4,3 („ziemlich zufriedenstellend“) erzielt werden.

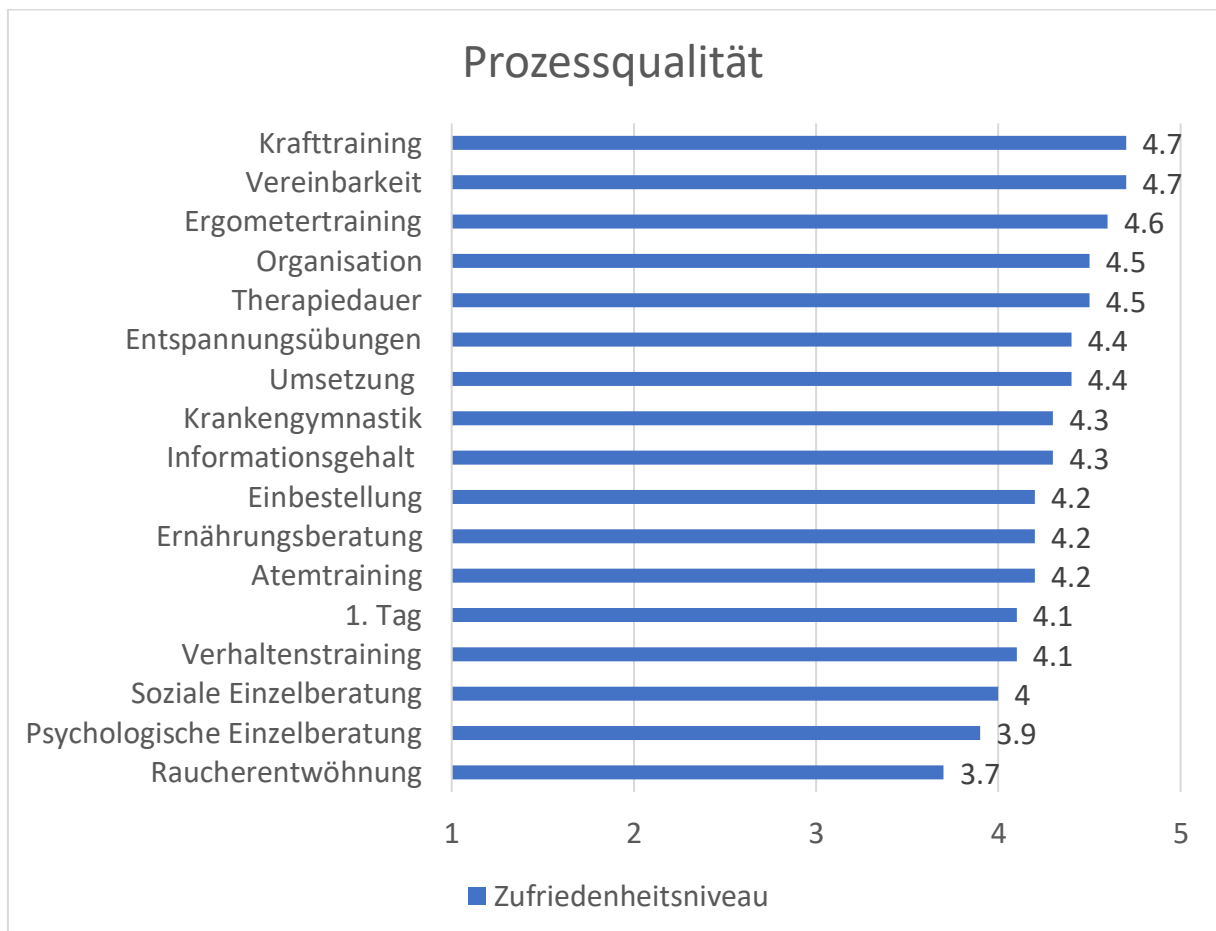


Abbildung 14 Zufriedenheitsniveau mit der Prozessqualität

Ergebnisqualität

Bei der Ergebnisqualität stehen die Faktoren einer erfolgreichen Versorgung und die Effekte einer medizinischen Behandlung im Fokus. Das Endergebnis der Behandlung wird durch mehrere Aspekte bestimmt. Dazu zählen objektive Befunde der Ärzte, das subjektive Wohlbefinden der Rehabilitanden oder ihre Belastbarkeit. Ob die Rehabilitation einen positiven Verlauf nimmt ist vom Ausgangszustand, soziodemografischen Merkmalen und der persönlichen Einstellung des Patienten abhängig. Außerdem spielt die empathische Ebene mit Faktoren wie Respekt und

Mitgefühl eine wichtige Rolle. Jedoch lassen sich hier nur schwierig Patientenbewertungen erheben. Aus diesem Grund erweist sich die Bewertung der Ergebnisqualität als kompliziert. Die Patienten wurden diesbezüglich zu den Erwartungen und Zielen der Behandlung gefragt. Die Auswertung für die Erfüllung der Erwartungen ergab im Schnitt ein Zufriedenheitsniveau von 4,2. Die Zufriedenheit über die Erreichung der Ziele wurde im Schnitt sogar mit 4,3 bewertet. Somit sind beide Werte im Bereich „ziemlich zufriedenstellend“. Daraus lässt sich schließen, dass die Qualität der Versorgung, ohne Berücksichtigung der objektiven Befunde der Ärzte, sehr gut ist. Die Qualitätsanforderungen wurden somit weitestgehend erfüllt.

6. Diskussion

Durch die Befragung der Rehabilitanden hinsichtlich ihrer Zufriedenheit in der Schwerpunkt-Reha Bonn konnte diesbezüglich eine Übersicht in den verschiedenen Bereichen der jeweiligen Qualitätsdimensionen im Bereich der Kardiologie erstellt werden. Durch die bedingte Situation der Corona-Pandemie konnte die Umfrage nicht bis zum geplanten Ende durchgeführt werden und somit nur 58 Teilnehmer befragt werden. Die dadurch erhaltenen Informationen lassen sich nicht auf ein größeres Studienkollektiv übertragen. Aus diesem Grund soll eine zu hohe Interpretation in den Datensatz und daraus folgend eine Darstellung von aussagekräftigen Informationen, vermieden werden. Somit wurden auch keine Hypothesen formuliert, da es zu keinen eindeutigen Signifikanzen kommen würde. Hinzu kommen methodische Probleme wie bspw. sozial erwünschtes Antwortverhalten, welche sich auf die Gültigkeit der Ergebnisse auswirken. Die Einschätzung der Zufriedenheit ist sehr subjektiv und wird von einer Vielzahl behandlungsunabhängiger Faktoren beeinflusst. Dazu zählt das individuelle Anspruchsniveau, der Einfluss von anderen Gruppenmitgliedern oder die tagesabhängige Stimmung. Diesem kann jedoch laut Neugebauer und Porst entgegengewirkt werden. Dazu muss vor der Erhebung der Patientenzufriedenheit das Anspruchsniveau erfasst werden. Ein weiteres Problem stellen Patienten dar, welche keine Kritik äußern und Probleme, welche während der Behandlung auftreten, einfach hinnehmen. Weiterhin ist anzumerken, dass die Patienten am Tag der Entlassung durch Glücksgefühle ein eher positives Urteilsvermögen besitzen

und es dadurch zu Verzerrungen in den Antworten kommen kann. Dies wurde in verschiedenen Studien bereits nachgewiesen und gilt somit in dieser Untersuchung zu berücksichtigen.

Nach der Beurteilung der durchgeführten Untersuchung lässt sich feststellen, dass der Grad der Zufriedenheit in der ambulanten Schwerpunkt-Reha Bonn grundsätzlich sehr hoch war. Zugleich bietet die ambulante Reha-Einrichtung durch ihre funktionelle und zugleich wohnortnahe Versorgung die Chance auf einen weiteren nachhaltigen Reha-Prozess. Die Analyse der Arbeit hat gezeigt, dass durch die ständige und individuelle Betreuung der Patienten und der Schaffung eines angenehmen Klimas, die Zufriedenheitsbewertung positiv beeinflusst wird. Diese Betreuung und das positive Klima sind letztendlich sogar wichtiger als die strukturellen Merkmale, welches sich insbesondere in der qualitativen Analyse zeigte. Das Erleiden einer Krankheit empfindet jeder Mensch anders. Aus diesem Grund ist eine Behandlung, welche durch Mitgefühl und Menschlichkeit bestimmt wird, für die Patienten von enormer Wichtigkeit (Coulter, Magee, 2005, S.38). Ebenso wird die Zufriedenheit in großem Maße von den Eigenschaften der Ärzte und Therapeuten bestimmt, welches sich ebenfalls in der Untersuchung zeigte.

Auf Grundlage der vorgestellten Ergebnisse eröffnet sich ein weiterführender Forschungsbedarf. Es kommt neben individuellen Ansprüchen der Patienten auch zu immer innovativeren OP-Techniken. Dadurch müssen strukturelle Änderungen in der Rehabilitation erfolgen, da durch die technischen Erneuerungen ein viel geringerer Aufwand entsteht. Aufwendige invasive OP-Eingriffe, welche vor Jahren noch stattgefunden haben, werden heutzutage ambulant durchgeführt. Des Weiteren müssen auf internationaler Ebene erfolgreiche Therapieansätze evaluiert und übertragen werden. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Patientenorientierung, welche in der Schwerpunkt-Reha Bonn bereits zu großen Teilen umgesetzt wird. Dennoch bedarf es weiterer Entwicklung von Angeboten, welche spezifisch auf verschiedene Gruppen angepasst werden. Hauptsächlich vor dem Hintergrund des demografischen Wandels oder dem immer späteren Renteneintritt (deutsche-rentenversicherung, 2006). Zudem bedarf es einer Optimierung der Nachhaltigkeit bezüglich des Erfolges der Reha-Maßnahmen (Pohontsch, Deck, 2011, S.6). Die vorliegende Studie soll die Relevanz der Patientenorientierung und Nachhaltigkeit bekräftigen und die Bedeutsamkeit dieses Forschungsbereiches unterstreichen. Außerdem sollen Empfehlungen und ein Ausblick gegeben werden.

7. Fazit

Das Rehabilitationskonzept in Deutschland zeichnet eine individuelle und flexible Behandlung aus. Es wurden hierbei neue Möglichkeiten für Anbieter und Patienten geschaffen. Dazu gehört das Einführen der ambulanten Rehabilitation in Wohnortnähe, eine Kombination aus stationären und ambulanten Reha-Maßnahmen und die verbesserten Rehabilitationsmaßnahmen im Anschluss der Reha (Augurzki, 2011, S.73 ff.). Grundsätzlich können viele verschiedene Maßnahmen im ambulanten Bereich in Bezug auf unterschiedliche Problemlagen der Patienten durchgeführt werden. Aber auch eine Kombination aus einer stationären Behandlung und einer darauffolgenden ambulanten wohnortnahen Weiterbehandlung ist denkbar (Hibbeler, 2012, S.1). Eine allgemein gültige Lösung gibt es dabei nicht. Jedoch hat es sich als vorteilhaft erwiesen, die ambulanten Rehabilitationsangebote an Akutkrankenhäuser auszurichten, damit eine schnelle und wohnortnahe Weiterbehandlung stattfinden kann (Dietsche et al.,2002, S.15). Dadurch können neue ambulante Bereiche für unterschiedliche Zielgruppen geschaffen werden. Durch die Entstehung von neuen Märkten, welche durch die stationären Angebote bisher nicht abgedeckt wurden, entsteht ein größerer Konkurrenzkampf, welcher zusätzlich durch die immer stärker gekürzten medizinischen Gesamtausgaben bestärkt wird (ebd. S.10). Die Kostenträger erhoffen sich außerdem Gelder bei den Krankengeldleistungen einzusparen, indem ein schnellerer Zugang zu den ambulanten Reha-Maßnahmen ermöglicht wird. Jedoch kann erst im Laufe der Zeit sicher gesagt werden, ob durch den Ausbau neuer Rehabilitationsangebote die Gesamtkosten niedriger werden oder eventuell sogar das Gegenteil eintritt. Durch die Erschließung der neuen Märkte werden weitere potentielle Kunden angesprochen, welche bislang nur die stationären Rehabilitationsangebote kannten. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sowohl die stationären als auch die ambulanten Angebote in Kombination wahrgenommen werden (ebd. S.29).

Durch Angebot und Nachfrage werden Wirtschaftsgüter, wie z.B. Gesundheitsleistungen, beeinflusst. Eine erhöhte Nachfrage im ambulanten Bereich gibt jedoch keine Garantie, dass im gleichen Verhältnis die stationären

Kosten sinken und somit Geld in diesem Sektor eingespart werden kann. Der Grund dafür sind neue Rehabilitationsformen und die Auslastung der Angebote aller Anbieter. Dabei sind diese bemüht die Anzahl ihrer Patienten zu halten bzw. durch neues Patienten Klientel zu ersetzen. Dadurch entstehen neue Zusammensetzungen der Patientengruppen, welche sich in ihren Merkmalen wie bspw. Schweregrad der Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit unterscheiden. Durch diese neuen Konstellationen müssen neue Behandlungskonzepte entwickelt werden, wodurch erhöhte Kosten pro Behandlungsfall entstehen können (Dietsche et al., 2002, S.29).

Grundsätzlich soll sich die Vergütung einer Behandlung mehr an die Ergebnisqualität orientieren. Dazu dienen die Instrumente der Qualitätsberichterstattung wie die Qualitätsmessung und die Qualitätsvergleiche. Hierbei soll die Qualitätsberichterstattung wie ein Nachschlagewerk fungieren, welches die subjektiven Präferenzen der Patienten mit einbindet (Grande, Romppel, 2005, S.228). Für die Zukunft wird ein Anstieg bei den ambulanten Rehabilitationsangeboten erwartet, für das ein Qualitätsmanagement notwendig ist. Daraus lässt sich schließen, dass nicht generell „ambulant vor stationär“ gilt, sondern vielmehr eine entsprechende Zuweisung mit Berücksichtigung auf den Erfolg getätigt werden muss. Dabei sollte allerdings bedacht werden, welche Konsequenzen sich ergeben, wenn krankheitsspezifische Aspekte für die erforderliche Behandlung, anstatt struktureller, im Vordergrund stehen. Das übergeordnete Ziel ist dabei den Fokus auf die Patientenorientierung zu legen (Pohontsch, Deck, 2011, S.69). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Reha-Konzepte einer Neuausrichtung bedürfen. Der Grund dafür liegt in den strukturellen Defiziten der Behandlungsabläufe und den immer komplexeren Anforderungen, bedingt durch den demografischen Wandel und dem Verlauf von chronischen Krankheiten (ebd. S.78). Bezüglich der Datenlage in Deutschland zur ambulanten Rehabilitation muss eine Verbesserung insbesondere für die amtlichen Statistiken erfolgen. Die einzelnen Bereiche der Rehabilitation müssen getrennt erfasst werden. Zwar existieren einige Datenerhebungen von Leistungsträgern, jedoch ist dies nicht der Standard (Augurzki, 2011, S.69 ff.). Die Datenlage ist in dem Bereich der Rehabilitation somit als sehr uneinheitlich anzusehen. Durch die Situation, dass es weder eine eindeutige Definition noch trägerübergreifende Daten gibt, gestaltet es sich schwer bis unmöglich ein kohärentes Bild der Rehabilitation

zu erstellen (ebd., S.38). Dieser Mangel an Informationen ist auch in der vorliegenden Untersuchung zu beanstanden.

Des Weiteren sind die Leistungsangebote oftmals in der Kritik aufgrund ihrer mangelnden Bedarfsorientierung und fehlender Flexibilität. Ebenfalls ergeben sich Probleme im Rehabilitationsprozess durch die verschiedenen Zuständigkeiten der Träger. Die Verknüpfung zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsangeboten oder auch Defizite bei der Sicherung der Qualität sind ebenfalls Kritikpunkte (Dietsche et al., 2002, S.5). Diese Defizite sind in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht aufgetreten.

Durch die Tatsache, dass ein Reha-Ziel, welches zusammen besprochen und definiert wird, sehr erfolgsversprechend ist, scheint das patientenorientierte Modell die beste Lösung zu sein. Dies ist jedoch in der Realität noch nicht der Regelfall. Die Rehabilitationsmaßnahmen sind auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zugeschnitten. Somit sollten ambulante Maßnahmen den stationären vorgezogen werden, um einen schnellen Wiedereinstieg in das Berufsleben zu realisieren (ebd., S.4). Problematisch ist hierbei jedoch das schlecht ausgebaute Versorgungsnetz. Es kommt diesbezüglich zu starken geographischen Schwankungen. Die Sinnhaftigkeit für einen flächendeckenden Ausbau hängt von den Faktoren der Infrastruktur und Wohndichte ab. Dabei wird eine ambulante Reha in Ballungsräumen mit mehr als 150.000 Einwohnern als sinnvoll erachtet (ebd. S.4).

Die vorliegende Studie hat außerdem gezeigt, dass 98% der befragten Patienten mit der ambulanten Einrichtung sehr zufrieden waren und diese wieder aufsuchen würden. Dieses Ergebnis spricht für den weiteren Ausbau des ambulanten Rehabilitationsangebotes unter Berücksichtigung der geographischen Rahmenbedingungen. Für die Schwerpunkt-Reha Bonn gilt das vorhandene Qualitätsmanagement weiter auszubauen und zu entwickeln, da die Patientenanforderungen stetig steigen. Diesen Ansprüchen gilt es in Zukunft gerecht zu werden, welches nur durch eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung erreicht wird.

Des Weiteren sollten in regelmäßigen Abständen patientenorientierte Erhebungen durchgeführt werden. Dadurch werden mögliche Schwachstellen erkannt und es kann ein Verbesserungsmanagement eingeleitet werden. Um die einzelnen Behandlungskonzepte qualitativ zu verbessern, müssen die Behandlungsstandards

dokumentiert werden. Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement kann durch die Einbeziehung der persönlichen Bedürfnisse der Patienten erreicht werden. Die Verantwortlichen des Qualitätsmanagements sollten sich daran orientieren und versuchen dies bestmöglich umzusetzen, um langfristig wirtschaftlichen Erfolg zu erzielen und am Gesundheitsmarkt zu bestehen. Hierfür müssen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die allgemeine Zufriedenheit durch die Reha-Klinik erfasst werden. Wenn es zu Therapieentscheidungen im ambulanten Bereich kommt, empfiehlt die Literatur den Rehabilitanden ein größeres Mitspracherecht zu gewähren. Dies könnte durch das Erstellen von spezifizierten Programmen oder individuellen Zusatzangeboten erreicht werden. Denn so könnte ein besserer Bezug zu den Wünschen der Patienten hergestellt werden (Pohontsch, Deck, 2011, S.65).

In der Schwerpunkt-Reha Bonn wird dieses Konzept umgesetzt. Die Rehabilitanden werden dazu im Vorfeld gebeten einen Fragebogen auszufüllen, welcher die spezifischen Bedürfnisse erfasst, damit diese dann im individualisierten Therapieplan mit einfließen können. Diese Vorgehensweise ist neben einer guten Vernetzung und dem problemlosen Übergang zu möglichen Nachsorgeangeboten eine wichtige Grundlage für den Therapieerfolg. Die Schwerpunkt-Reha Bonn ist auch hier gut aufgestellt und verfügt über eine gute Vernetzung zu umliegenden Krankenhäusern und ermöglicht den Patienten einen reibungslosen Rehabilitationsprozess.

Literaturverzeichnis

Aalst van, G. Brose, B., Schöpker, S., Schulte-Florian, G. (2011): Qualitätsmanagement in der Versorgungslandschaft. In: Klusen, N., Meusch, A., Thiel, E. (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Band 31, Nomos Verlag, Baden-Baden. S.143-158.

Augurzki, B. (2011), Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), Essen, S.75-77

Badura, B., Iseringhausen, O., (2005). Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern.

Ballwieser, D. (2012): Reha für Herzranke: Viele vertun Chance auf längeres Leben; Spiegel online. <http://spiegel.de/gesundheit/diagnose/nachinfarkt-und-bypass-gehen-zu-wenige-herzranke-in-reha-a-839934.html>, Stand 16.12.2020

BAR (2020): Trägerübergreifende Ausgabenstatistik der BAR, Bundesgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.), Frankfurt am Main. <https://www.bar-frankfurt.de/service/reha-info-und-newsletter/reha-info-2020/reha-info-012020/traegeruebergreifende-ausgabenstatistik-der-bar.html>, Stand 16.12.2020

Brüggeman, H., Bremer, P. (2020): Grundlagen Qualitätsmanagement – Von den Werkzeugen über Methoden zum TQM, Springer Vieweg (Hrsg.), Wiesbaden

Bundesministerium für Gesundheit (2018): Vorsorge und Rehabilitation, Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.), Bonn. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html> Stand: 16.12.2020

Coulter, A., Magee, H. (2005): Zentrale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten in Europa. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern

Deutsche Rentenversicherung Bund (2006): Medizinische Leistungen zur Rehabilitation; Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), 1. Aufl., Fa. H. Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin.

- Deutsche Rentenversicherung Bund** (2012): Rehe-Bericht 2012; Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik, Aufl. 6000, Fa. H. Heeneman GmbH & Co. KG, Berlin
- Dietsche, S., Morfeld, M., Koch, U., Bürger, W.,** (2002): Ambulante und stationäre orthopädische Rehabilitation – Ergebnisse einer Studie zum Vergleich der Behandlungsergebnisse und Kosten, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Fahlbusch, K., Nobmann, C.** (2011): Der sektionsübergreifende Ansatz des SGB V in der Qualitätssicherung; In: Klusen, N., Meusch, A., Thiel, E. (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Band 31, Nomos Verlag, Baden-Baden. S.71-88.
- Faller, H.** (2006): Patientenorientierung im Gesundheitswesen: Arzt-Patienten-Beziehung, Shared Decision Making, Empowerment. In: Pawils, S., Koch, U. Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart, S.74-84.
- Faller, H.** (2008): Empowerment. In: Deck, R., Glaser-Möller, N., Remé, T. (Hrsg.) Rehabilitation und Wiedereinstieg. Der Rehabilitand im Mittelpunkt, Jacobs Verlag, Lage, S.69-79
- Gbe-bund** (2020): Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie Aufenthalte. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Gbe-bund), Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Bonn. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=58662557&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=519&p_ansnr=20531441&p_version=4&p_dim=D.922&p_dw=28082&p_direction=drill Stand:16.12.2020
- GKV-Spitzenverband** (2019): Rehabilitation – Qualitätsmanagement, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Bonn.
- Gollnick, I.** (2012): Patientenzufriedenheit nach stationärer Therapie einer peripherarteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), Dissertation, Medizinischen Fakultät Charite-Universitätsmedizin Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/3163/Dissertation_Hr._Gollnick_-_online.pdf?sequence=1&isAllowed=y Stand: 16.12.2020
- Grande, G. Romppel, M.** (2005): Qualitätskonzepte von Patienten am Beispiel der kardiologischen und orthopädischen Rehabilitation. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl. Huber Verlag, Bern.

Hibbeler, B. (2012): Ambulante Rehabilitation: Trotz Hürden ein Erfolgskonzept, Dtsch Arztebl 2010; 107(14): A-634 / B-554 / C-546, Deutsche Ärzteblatt.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/73232> Stand:16.12.2020

Klemperer, David (2005): Der Patient als Mitgestalter der gesundheitlichen Versorgung. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern.

Koch, A., Leisse, M. (2009): Standard-Kennzahlen in Reha-Einrichtungen als Grundlage für ein unabhängiges Benchmarking. http://suchthilfe.de/veranstaltung/mt/2009/koch_ag.pdf Stand 16.12.2020

Kuntsche, P., Borchers, K., Qualitätsmanagement in den gesundheitsversorgenden Sektoren des Gesundheitswesens, Springer Gabler, Berlin, Heidelberg.

Maywald, U., Kirch, W. (2005): Patientenorientierung und Compliance In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern.

Meyer, T., Pohontsch, N., Maurischat, C., Raspe, H. (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Reihe Rehabilitationsforschung, Jacobs-Verlag (hrsg.), Lage.

Neugebauer, B., Porst, R. (2001): Patientenzufriedenheit, ein Literaturbericht, ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001, ZUMA Quadrat B2,1, Mannheim. https://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2001/01_07.pdf?download=true Stand: 16.12.2020

Pohontsch, N., Deck, R. (2011): Medizinische Rehabilitation bei älteren Versicherten (55plus): Ergebnisse einer qualitativen Studie mit Rehabilitanden und Rehaklinikern, Georg Thieme Verlag KG (Hrsg.), Stuttgart

Reimbursement Institute (2018): Stationär, teilstationär oder ambulant? – Abgrenzung anhand eines Urteils des Bundesgerichtshofes (BSG) vom 04.03.2004, RI Innovation GmbH (Hrsg.), Hürth.

Schär, W. (2007): Teilstationäre Behandlungseinrichtungen. In: Haubrock, M., Schär, W. (2007): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 4. Aufl. Huber Verlag, Bern. S.70-72.

Schär, W., Reschke, J. (2007): Das Krankenhaus als Betrieb. In: Haubrock, M., Schär, W. (2007): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus, 4. Aufl. Huber Verlag, Bern. S.151-153.

Schirmer, H. (2006): Krankenhaus-Controlling: Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager, Krankenhauscontroller und alle mit Controlling befassten Führungs- und Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft, 3. Aufl., expert-Verlag, Renningen.

Schubert, H. (2003): Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, 1.Aufl., Neuwied.

Schubmann, R., Vogel, H., Placzek, T., Faller, H. (2005): kardiologische Rehabilitation- Erwartungen und Einschätzungen von Patienten. Rehabilitation 2005, S. 130-143.

Schug, I. (2003): Entwicklung eines führungsorientierten Kennzahlensystems im Rahmen der EFQMzertifizierung eines Krankenhauses, dfkm.de, Deutsches Forum für Krankenhaus-Management. Informations- und Kommunikationsportal Krankenhausmanagement. http://wp.dfkm.de/wp-content/uploads/2017/09/dfkm_is_foKZS.pdf Stand:16.12.2020

Schwerpunkt-Reha Bonn, (2017): Flyer Ambulante Kardiale Rehabilitation, Bonn. https://www.herzreha-bonn.de/wp-content/uploads/2019/02/Flyer_Reha_web.pdf Stand 16.12.2020

Selbmann, H. (2001): Qualitätssicherung, In Lauterbach, K., Schrappe, M. (2001): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine, Eine systematische Einführung, Schattauer Verlag, Stuttgart, S.272-281.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
Artikel 1 des Gesetzes von 2007

Sozialgesetzbuch SGB Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Artikel 1 des Gesetzes von 2001 BGBl. I S. 1046), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S.2480) geändert worden ist.

Thiel, E. (2011): Wie entsteht Prozessqualität? – Umfeld, Wirkungen und Voraussetzungen; In: Klusen, N., Meusch, A., Thiel, E. (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Band 31, Nomos Verlag (Hrsg.), Baden-Baden, S.57-70.

Ulrich, R. (2005): Demografischer Wandel und Krankheitskosten in Deutschland. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern.

Wasem, J., Focke, A., Höppner, K., Schillo, S., Hessel, F., Schulz, S. (2005): Evaluation der integrierten Versorgung aus ökonomischer Perspektive. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Beiträge aus der Versorgungsforschung, 1. Aufl., Huber Verlag, Bern.

Anhang

Anhang 1: selbsterstellter Fragebogen zur Abfrage der Patienten über das Zufriedenheitsniveau in der ambulanten Schwerpunkt-Reha Bonn

Umfrage zur Zufriedenheit in der Schwerpunkt-Reha Bonn

Lieber Patienten und Patientinnen,

vorab möchte ich mich für ihre Teilnahme an der Untersuchung bedanken.

Um ein erfolgreiches Qualitätsmanagement und eine hervorragende Behandlung bieten zu können, muss eine ständige Befragung der Patienten und Patientinnen bezüglich ihrer Zufriedenheit durchgeführt werden.

Dazu dient der folgende Untersuchungsbogen mit insgesamt 32 Fragen. Diese werden in 6 Kategorien unterteilt. Bitte bewerten Sie die Fragen mit den folgenden Antwortmöglichkeiten indem Sie die für Sie zutreffende Zahl in das Antwortkästchen notieren. Die Antworten werden selbstverständlich anonym ausgewertet.

- 5 = äußerst zufriedenstellen
- 4 = ziemlich zufriedenstellend
- 3 = zufriedenstellend
- 2 = wenig zufriedenstellend
- 1 = gar nicht zufriedenstellend

Geschlecht: _____ (männl. / weibl. / div.)

Alter: _____

Familienstand: _____ (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet)

Berufstätig: _____ (JA / NEIN)

Einrichtung	Zufriedenheitsniveau
1. Wie gefällt Ihnen das Allgemeines Klima?	
2. Wie gefällt Ihnen das Platzangebot?	
3. Wie gefallen Ihnen die Räumlichkeiten?	
4. Wie gefällt Ihnen die Ausstattung?	
5. Wie gefällt Ihnen die Sauberkeit in der Reha?	
Organisation	
6. Wie hat Ihnen der 1. Tag gefallen	
7. Wie hat Ihnen die Einbestellung gefallen?	
8. Wie gefällt Ihnen die Organisation?	
Personal	
9. Wie gefallen Ihnen unsere Ärzte?	
10. Wie gefallen Ihnen unsere Therapeuten?	
11. Wie gefallen Ihnen unsere Psychologen?	
12. Wie gefallen Ihnen unsere Sozialarbeiter?	
Reha-Maßnahmen	
13. Wie gefällt Ihnen das Krafttraining?	
14. Wie gefällt Ihnen das Ergometertraining?	
15. Wie gefällt Ihnen die Krankengymnastik?	
16. Wie gefällt Ihnen das Atemtraining?	
17. Wie gefällt Ihnen die Entspannungsübungen?	
18. Wie gefällt Ihnen die Ernährungsberatung?	
19. Wie gefällt Ihnen das Verhaltenstraining?	
20. Wie gefällt Ihnen die soziale Einzelberatung?	
21. Wie gefällt Ihnen die psychische Einzelberatung?	
22. Wie gefällt Ihnen die Raucherentwöhnung?	
Art und Umfang der Therapie	
23. Wie hat Ihnen die Therapiedauer gefallen?	
24. Wie hat Ihnen der Informationsgehalt gefallen?	
25. Wie hat Ihnen die Umsetzung gefallen?	
26. Wie hat Ihnen die Erfüllung der Erwartungen gefallen?	
27. Wie hat Ihnen die Zielerreichung gefallen?	
28. Wie hat Ihnen die Vereinbarkeit gefallen?	
Infrastruktur	
29. Wie hat Ihnen die Parksituation gefallen?	
30. Wie hat Ihnen die Anreisezeit gefallen?	
31. Wie hat Ihnen der Standort im Allgemeinen gefallen?	
32. Wie haben Ihnen die Anreisemöglichkeiten gefallen?	

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Bad Oldesloe, den 16. 12. 2020

Hooge, Oliver