

Datenquellen und Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis¹

Dr. Anja Bestmann

Deutsche Rentenversicherung Bund, FDZ-RV, Berlin

1 Einleitung

Rehabilitationsmaßnahmen werden von den Rehabilitationsträgern (Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit) erbracht zur

- Sicherung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Sinne „Rehabilitation vor Rente“ (Gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit),
- Verbesserung des Gesundheitszustandes (Gesetzliche Krankenversicherung) und zur
- Schadensbehebung und -bewältigung nach Unfällen (Gesetzliche Unfallversicherung).

Im Jahr 2007 wurden bei der gesetzlichen Rentenversicherung 1 504 640 Anträge auf medizinische Rehabilitation und andere Leistungen zur Teilhabe sowie 387 153 Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (auch berufliche Rehabilitation) gestellt (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008). Abgeschlossen wurden in 2007 903 257 medizinische Rehabilitationen² und 110 809 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) waren es im gleichen Zeitraum 1 283 319 abgeschlossene medizinische Rehabilitationsleistungen (ohne Vorsorgeleistungen, einschließlich Medizinische Rehabilitationen für Mütter und Anschlussrehabilitationen) (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Darüber hinaus werden in bestimmten Fällen auch Rehabilitationsmaßnahmen durch die Bundesagentur für Arbeit und die Gesetzliche Unfallversicherung geleistet.

Bei den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung handelt es sich nicht nur um einen numerisch großen Anteil mit entsprechend hohem Kostenbudget, sondern auch um ein sehr vielschichtiges Handlungsfeld bezogen auf die Rehabilitanden- und Diagnosegruppen sowie die Zielsetzungen von Rehabilitation. Um diese Ziele effektiv und effizient mit einer gerechten Zugangssteuerung zur Rehabilitation zu erreichen, bedarf es umfassender Kenntnisse der Rehabilitation, welche die Basis zur Entwicklung differenzierter und zielgruppenspezifischer Rehabilitationskonzepte bilden.

In diesem Zusammenhang bieten die prozessproduzierten Daten zum Rehabilitationsgeschehen der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Statistik-Datenbasis [RSD]) der Rehabilita-

¹ Ich danke *Tatjana Mika, Gerald Schulz* und *Andrea Polakowski* für ihre hilfreichen Anregungen zu einer früheren Version des Beitrags.

² Hierzu zählen stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene, Anschlussheilbehandlungen, Rehabilitationen wegen bösartiger Geschwulst- und Systemerkrankungen, ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe für Erwachsene, Entwöhnungsbehandlungen und Kinderrehabilitationen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2008).

tionsforschung eine gute Möglichkeit zur Bearbeitung zentraler Themenfelder der Reha-Systemforschung, Versorgungsforschung, Reha-Qualitätssicherung und der Wirksamkeits- und Effizienzforschung wie zum Beispiel

- Zugang zur Rehabilitation,
- Rehabilitandengruppen spezifisches Inanspruchnahmeverhalten,
- Reha-Versorgungs- und Therapieverläufe spezifischer Personengruppen,
- Vergleichende Analysen (z. B. nach Einrichtungsarten, Maßnahmearten, Maßnahmedurchführung, Rehabilitationsergebnis),
- sozialmedizinische und berufliche Verläufe nach der Rehabilitation z. B. auch mit Beitrags- und Ausfallzeiten,
- Ergebnismessung nach medizinischer oder beruflicher Rehabilitation im Verlauf mit verschiedenen Indikatoren.

Angesichts des enormen Forschungsbedarfs hat sich das Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) entschlossen, einen Datensatz zum Rehabilitationsgeschehen der Rentenversicherung für die wissenschaftliche Öffentlichkeit bereitzustellen. Mittlerweile wurde ausgehend von der RSD ein Scientific Use File (SUF) der abgeschlossenen Rehabilitationen des Jahres 2006 als retrospektiver Querschnitt entwickelt.³ Dieser Datenfile umfasst ausschließlich abgeschlossene medizinische Rehabilitationen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In dem 1-Jahresfenster sind für den erfassten Personenkreis ggf. mehrere Leistungen aufgenommen, weshalb der Datensatz für diese Fälle eine Panelstruktur aufweist. Das Datenprodukt befindet sich gegenwärtig in der Testnutzungsphase und wird in Kürze publiziert. Aktuelle Informationen können der Webseite www.fdz-rv.de entnommen werden.

Zur Analyse und haltbaren Interpretation der im Verwaltungsgeschehen produzierten Daten bedarf es einer fundierten Kenntnis der unterschiedlichen Datenquellen, aus denen sich die RSD zusammensetzt, und ihrer Validität.

Der vorliegende Beitrag widmet sich daher folgenden Fragen:

- a) Welche Besonderheiten weisen die verschiedenen Datenquellen der RSD auf?
- b) Wie ist die Validität der Datenquellen und der RSD insgesamt zu bewerten?

Die referierten Ergebnisse beruhen auf einer Analyse der Datenquellen selbst (Reha-Antragsformular, Verfahrensregelungen zur DEÜV-Meldung, anonymisierte Beispiele ärztlicher Befundberichte, formale Vorgaben und anonymisierte Beispiele des Reha-Entlassungsberichts, Codeplan der RSD), internen Recherchen zur Bestückung der RSD und Qualitätsprüfungen von Merkmalen durch die Rentenversicherung. Für jede Datenquelle wurde untersucht

- a) welche Zielsetzung mit der Einspeisung der Daten in das Versicherungskonto verfolgt wurde,

³ Der Scientific Use File „Abgeschlossene Rehabilitation 2006“ bildet die ersten vier medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen bzw. die ersten sechs Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Person innerhalb des Jahres 2006 ab.

- b) welches der Ursprung bzw. Verfasser der Daten ist,
- c) welche Merkmale die Datenquelle selbst enthält und welche Daten in die RSD aufgenommen wurden und
- d) wie die Datenqualität einzuschätzen ist.

Sofern relevant wurde darüber hinaus die Struktur der Datenquelle beschrieben.

Der Beitrag skizziert als erstes die gesetzlichen Grundlagen zur Leistungsgewährung von Rehabilitationen durch die Rentenversicherung (Abschnitt 2), gibt einen kurzen Überblick über den Inhalt und die Struktur der RSD (Abschnitt 3), analysiert schließlich detailliert die verschiedenen Datenquellen (Abschnitt 4), um aus der Analyse Schlussfolgerungen zur Datenqualität der RSD zu ziehen (Abschnitt 5).

2 Leistungen zur Rehabilitation durch die Rentenversicherung

Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, auch „berufliche Rehabilitation“) werden durch die Rentenversicherung zur Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Versicherten und Angehörigen der Rentenversicherung gewährt, siehe Sozialgesetzbuch (SGB), insbesondere § 15 SGB VI, § 28 SGB IX, § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI, § 16 SGB VI i. V. m. §§ 33–38, 40 SGB IX).

Neben dem Regelfall einer medizinischen Rehabilitation schließt die Leistungsgewährung folgende spezielle medizinische Rehabilitationsmaßnahmen ein:

- Entwöhnungsbehandlung (§ 15 SGB VI),
- Nachsorge nach einer Krebserkrankung (§ 15 SGB VI, § 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI),
- Rehabilitation für Kinder (§ 31 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB VI),
- ambulante und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation (§ 15 SGB VI),
- stufenweise Wiedereingliederung ins Berufsleben (§ 74 SGB V),
- sonstige Rehabilitationsleistungen, u. a. bei besonders gesundheitsgefährdender Beschäftigung (§ 31 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB VI).

Im Falle einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) handelt sich u. a. um die Maßnahmentypen (§ 16 SGB VI i. V. m. §§ 33–38, 40 SGB IX)

- Verfahren zur Leistungsauswahl, Eignungsabklärung, Arbeitserprobung sowie erweiterte Berufsfindung,
- Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes,
- Berufsvorbereitung,
- Leistungen zur beruflichen Bildung,

- Rehabilitation psychisch Kranker,
- Leistungen in einer Werkstatt für behinderte Menschen sowie
- Kfz-Hilfe und
- Zuschüsse an Arbeitgeber.

3 Inhalt und Struktur der Reha-Statistik-Datenbasis

Die im Antrags- und Erledigungsverfahren einer Rehabilitationsmaßnahme erhobenen Daten werden bei den Rentenversicherungsträgern in den Versicherungskonten gespeichert. Seit dem 1.1.1994 generiert jeder Rentenversicherungsträger zweimal jährlich eine Datenbasis (sogenannte Jahres- bzw. Verlaufserhebung) nach einheitlich festgelegten Kriterien. Diese RSD wird anonymisiert im Bereich Statistisches Berichtswesen der Deutschen Rentenversicherung Bund zu einem Gesamtdatenbestand zusammengeführt und dient als Grundlage zur Erstellung verschiedener jährlicher Statistiken und Publikationen (*Rehfeld 2008, Luckert 2006*).⁴

Die RSD verknüpft folgende zentrale Sachverhalte zur Rehabilitation aller gesetzlichen Rentenversicherungsträger:

- Anträge zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie ihre Erledigungen (Bewilligung, Ablehnung),
- Durchführung und Abschluss der Rehabilitationsleistung,
- Rentenanträge und Erledigungen sowie Rentenleistungen einschließlich der Erwerbsminderungsrente,
- Rentenversicherungsbeiträge und -zeiten.

Weiterhin enthält die RSD für die ersten fünf Diagnosen eine valide ICD-10⁵ Diagnoseerfassung sowie wichtige demografische Variablen und Daten der Arbeitswelt.

Bei diesem Längsschnittdatensatz handelt es sich um eine Vollerhebung aller in der gesetzlichen Rentenversicherung aufgetretenen Rehabilitationsfälle über einen Zeitraum von 8 (Bereiche Rehabilitation und Rente) bzw. 11 Jahren (Bereich Versicherung). Ergänzend enthält die RSD zwei umfangreiche „neutrale“ Vergleichsgruppen aller gesetzlich Versicherten ohne Rehabilitationsgeschehen. Die beiden Kohorten umfassen Versicherte, die zum Ziehungszeitpunkt (= Berichtsjahr) entweder 66 oder 52 Jahre alt sind. D. h. die Kohorten durchlaufen ihr 59. bis 66. bzw. 45. bis 52. Lebensjahr im 8-jährigen Berichtszeitraum.

Die RSD ist personenbezogen aufgebaut, d. h. für jede Person wird ein eigener Datensatz erstellt und jede Maßnahme kann einer Person zugeordnet werden.

⁴ Statistik über abgeschlossene Rehabilitationsleistungen gemäß § 4 RSVvV (Reha-Kurzbericht, Reha-Bericht der Rentenversicherung, Reha-Verlaufsstatistik).

⁵ Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

4 Datenquellen der Reha-Statistik-Datenbasis

In die Routineberichterstattung zur Rehabilitation beim Versicherungsträger finden Angaben aus unterschiedlichen Datenquellen Eingang. Neben den Daten aus dem Rentenversicherungskonto sind dies vor allem Informationen aus Anträgen und ärztlichen Berichten. Im Einzelnen handelt es sich um folgende Quellen:

- Versicherungskonto,
- Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV),
- Anträge auf medizinische Rehabilitation/Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Entscheidungen bzw. dokumentierte Verfahrensschritte seitens der Rentenversicherung,
- Erweiteter Ärztlicher Befundbericht/Ärztliche Gutachten,
- Reha-Entlassungsbericht,
- Abschlussmeldung der beruflichen Bildungseinrichtung, Zeugnis, Prüfungszertifikat.

4.1 Versicherungskonto

Jeder Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung hat ein Versicherungskonto mit Versicherungsnummer, in welches die für eine Leistung der Rentenversicherung (z. B. Rehabilitationsmaßnahme, Rente) relevanten Daten gespeichert werden.

Versichert sind alle Personen mit rentenrechtlichen Zeiten, dies sind z. B. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Kindererziehung, Pflege von Angehörigen. Rentenrechtliche Zeiten sind alle Tätigkeiten oder Zustände, welche zu Leistungen der Rentenversicherung berechtigen, z. B. sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, Berufsausbildung, Selbstständigkeit unter bestimmten Einschränkungen, Wehr- bzw. Zivildienst, Kindererziehungs- und Pflegezeiten sowie Zeiten von Arbeitslosigkeit nach SGB III und II. Das Versicherungskonto umfasst auch Zustände, in denen Personen keine Versicherungsbeiträge an die Rentenversicherung entrichten. Im Versicherungskonto liegen Längsschnittinformationen ab dem 14. Lebensjahr vor, sofern bzw. sobald ein rentenrelevanter Tatbestand eingetreten ist.

Nach einheitlichen Kriterien ausgewählte Merkmale aus dem Versicherungskonto werden in die RSD eingespeist. Konkret handelt es sich beispielsweise um demografische Angaben (u. a. Geschlecht, Geburtstag, Wohnort, Staatsangehörigkeit, klassifizierte Informationen über die schulische und Berufsausbildung), Angaben zum Rentenversicherungsstatus, zu Rentenversicherungsbeiträgen sowie zu ggf. geleisteten Rentenzahlungen und ihrer Höhe.

Die direkt aus dem Versicherungskonto stammenden Informationen weisen durchgängig eine hohe Validität auf; zum einen, weil ihr Wahrheitsgehalt durch verschiedene Dokumente verifiziert wird (z. B. Angaben zur schulischen und Berufsausbildung [Clemens et al. 2007]), zum anderen, weil die Rentenversicherung auf eine hohe Güte der Informationen angewiesen ist, da auf ihrer Basis Rechtsansprüche auf Rentenzahlungen und Rehabilitationsleistungen erworben werden. Insofern kommt der Datenqualität eine hohe Bedeutung zu.

4.2 Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV)

In das Versicherungskonto der Rentenversicherung fließen durch die Meldung nach der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung (DEÜV) rentenversicherungsrelevante Daten über die Beschäftigten von Unternehmen ein. Ziel dieses Verfahrens ist es, die Abgabe von Sozialversicherungsbeiträgen einheitlich zu regeln und sicherzustellen.

Die DEÜV legt fest, nach welchen Maßgaben die Daten von Beschäftigten erfasst und an die Sozialversicherungsträger übermittelt werden. Festgehalten sind in der DEÜV weiterhin Art, Zeitpunkt und Erstellung der Meldungen des verbindlichen elektronischen Übermittlungsverfahrens.⁶

Melderelevante Sachverhalte sind beispielsweise

- beitragspflichtige Entgelthöhe und Zeiträume mit versicherungspflichtiger Beschäftigung sowie Angaben zur aktuellen beruflichen Tätigkeit nach dem Tätigkeitsschlüssel der Bundesagentur für Arbeit (Clemens et al. 2007),
- Entgeltersatzleistungen und -zeiträume (z. B. Pflichtbeitragszeiten wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, Zeiträume des Bezugs von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosengeld II),
- Wehr- und Zivildienst sowie Kindererziehung als Pflichtbeitragszeiten,
- Anrechnungszeiten wegen Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfähigkeit bzw. Schwangerschaft.

Alle aufgeführten Merkmale werden in die RSD aufgenommen.

Die Güte der genannten Informationen liegt in den Händen der meldenden Institutionen bzw. Unternehmen. Allerdings sind die meldenden Institutionen bzw. Unternehmen gesetzlich zur Datenübermittlung verpflichtet. Der Beschäftigte wird über die Meldung und deren Inhalt informiert und kann die Angaben seinerseits überprüfen.

Die Angaben zur aktuellen beruflichen Tätigkeit nach dem Tätigkeitsschlüssel der Bundesagentur für Arbeit sind zwar schwer nachprüfbar und systematische Datenprüfungen insofern wenig ergiebig. In der RSD beträgt der Anteil der fehlenden Daten für dieses Merkmal 10 bis 15 %. Stellt jedoch ein Versicherter oder Angehöriger einen Antrag auf Rehabilitation, werden insbesondere die Angaben zur beruflichen Tätigkeit (Tätigkeitsschlüssel der Bundesagentur für Arbeit) einer inhaltlichen Prüfung unterzogen, da sie für die Bewilligung einer Rehabilitationsleistung von Bedeutung sein können.

Auswertungen des Tätigkeitsschlüssels bedürfen zudem einer Vergrößerung der Schlüsselverzeichnis, um die Ergebnisse interpretieren zu können und eine ausreichend hohe Fallzahl pro Fallgruppe zu erreichen. Da ein geringerer Grad an Ausdifferenzierung die Wahr-

⁶ Die Meldungen nach dem DEÜV erfolgen aufgrund des § 28a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, des § 200 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der §§ 190 bis 194 und § 281c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und des § 27 Absatz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte.

scheinlichkeit einer korrekten Zuordnung zu einem Tätigkeitsschlüssel erhöht (ähnliche berufliche Tätigkeiten werden zusammengefasst), entschärft das Vorgehen gleichzeitig das Datenvaliditätsproblem.

Die übrigen aufgeführten Merkmalsblöcke begründen gesetzliche Ansprüche auf Rehabilitation bzw. Rentenzahlungen, sodass hier von einer sehr hohen Datenqualität auszugehen ist.

4.3 Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag

Die Anträge auf medizinische Rehabilitation bzw. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Formulare⁷, die der Versicherte als Selbstauskunft eigenständig ausfüllt. Bis auf wenige Ausnahmen sind die Fragen standardisiert strukturiert. Gemeinsam mit dem/den medizinischen Gutachten (Punkt 4.4) dient der Antrag der Rentenversicherung als Entscheidungsgrundlage für eine Leistungsgewährung bzw. -ablehnung.

Der Regelfall eines Rehabilitationsantrages „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag (u. a. Formular G100)“ erfragt

- Angaben zur Person des Antragstellers (demografische Angaben),
- Art der beantragten Leistung zur Teilhabe,
- berufsbezogene Informationen (berufliche Stellung im Erwerbsleben, Umfang und Art der letzten Erwerbstätigkeit),
- Krankheitsursachen,
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme,
- Arbeitsplatzbeschreibung (Arbeitshaltung, Arbeitsorganisation, äußere Einflüsse u. Ä.),
- Versicherungsbeiträge des Antragstellers und Rentenleistungen,
- Ärztliche Behandlungen oder Begutachtungen,
- Behandelnde Ärztin/Arzt und Krankenkassenzugehörigkeit.

Handelt es sich bei dem Rehabilitationsantrag um eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, werden zusätzlich Informationen zur Schulbildung, Berufsausbildung sowie zu den bisherigen Tätigkeiten erhoben.

Im Falle eines Reha-Antrags auf Kraftfahrzeughilfe werden u. a. ergänzende Informationen zur Art der beantragten Kfz-Hilfe, zum Arbeitsplatz bzw. Ausbildungsort, zur Berufsausübung (Heimarbeit o. Ä.), zum Verkehrsweg und zum Grad der Schwerbehinderung gestellt.

⁷ Dazu gehören u. a. der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag, Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB), Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag für nichtversicherte Angehörige und Empfänger von Hinterbliebenenrente, Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Antrag auf Kraftfahrzeughilfe sowie ergänzende Anlagen wie Antrag auf Übergangsgeld oder Ermittlungsfragebogen zum Unfall.

In die RSD werden lediglich die Art der beantragten Leistung sowie die berufsbezogenen Informationen übernommen.

Die aufgeführten Merkmale entstammen der Antragstellung des Versicherten mit den bekannten Vor- und Nachteilen schriftlicher Befragungen (vgl. *Bortz* 1995). Die Datenqualität der Angaben hängt vom Verständnis des Befragten im weiteren Sinne, seiner Compliance sowie seiner individuellen Perspektive auf die erfragten Sachverhalte ab. Insgesamt ist die Datengüte der Befragungsdaten gemessen an der Datenqualität der Angaben im Rentenversicherungskonto als niedriger einzustufen.

4.4 Befundbericht des behandelnden (Krankenhaus-)Arztes/ Erweiterter Ärztlicher Befundbericht/Ärztliche Gutachten

Dem Rehabilitationsantrag ist ein Befundbericht (Formular G1204, G1205) des behandelnden Arztes – im Falle einer Anschlussheilbehandlung des behandelnden Krankenhausarztes (Formular G1409, G1410) – beizulegen. Ferner können weitere ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen (Gutachten, Krankheitsbefunde, Röntgenaufnahmen etc.) beigelegt bzw. von der Rentenversicherung angefordert werden.

Inhalt des ärztlichen Befundberichts sind neben den Personalien Aussagen

- zum Beruf des Rehabilitanden,
- zu seinem funktionellen und psychischen Zustand,
- zur Krankheitsgeschichte bzw. zu bisherigen Therapien sowie
- zu weiteren therapeutischen Maßnahmen.

Aus dem Befundbericht fließen in die RSD nur einzelne Merkmale (Diagnosen bzw. Bewilligungsdiagnose) ein.

Insbesondere bei Befunden und Berichten liegt es nicht selten im Ermessen des Erstellers, mit welcher Sorgfalt er vorgeht. Die Validität der Daten ist gemessen an der Güte der Daten aus dem Rentenversicherungskonto niedriger einzustufen.

4.5 Reha-Entlassungsbericht

Der Reha-Entlassungsbericht der Deutschen Rentenversicherung stellt den klinischen Verlauf und den unmittelbaren Rehabilitationserfolg einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme dar, gibt spezifische Nachsorgeempfehlungen und eine sozialmedizinische Beurteilung fortbestehender funktionaler Beeinträchtigungen des Rehabilitanden mit ihrem Einfluss auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben.

Der Bericht erfüllt zahlreiche Funktionen gleichzeitig: Er dient der Informationsweitergabe zwischen behandelnden Ärzten und dem Rentenversicherungsträger, fungiert als sozialme-

dizinisches Gutachten im Sinne einer Beurteilung der festgestellten Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit und ihren Auswirkungen auf Alltag und Beruf, dient der Vernetzung unterschiedlicher Akteure im Gesundheitswesen, ist ein Qualitätsindikator für die Arbeitsweise der Rehabilitationseinrichtung und er ist ein Instrument für die Rehabilitations- und Versorgungsplanungen auf der Makroebene.

Der Bericht gliedert sich in

- Basisinformationen (Rehabilitandendaten, Rehabilitationseinrichtung, Aufnahme, Entlassung, Entlassungsform, Arbeitsfähigkeit, Diagnosen, biometrische Daten, Ursache der Erkrankung, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Empfehlungen),
- Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit (letzte berufliche Tätigkeit, positives und negatives Leistungsvermögen),
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (Klassifikation therapeutischer Leistungen) und
- Arztbericht (Anamnese, Beschwerden, Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag, gegenwärtige Therapie, Sozialanamnese, Arbeits- und Berufsanamnese, Befunde, Diagnostik, Therapieziele, Rehabilitationsverlauf und -ergebnis, sozialmedizinische Epikrise, Nachsorgeempfehlungen).

Das Dokument wird von der Rehabilitationseinrichtung am Ende einer medizinischen Rehabilitation verfasst. Es enthält standardisierte und offene Freitext-Merkmalfelder. In die RSD wird aus dem Reha-Entlassungsbericht lediglich eine Auswahl der zentralen, quantifizierbaren Merkmale eingespeist, z. B.

- Beginn und Ende einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme,
- medizinische und sozialmedizinische Eingangsdiagnostik (8-stellige ICD-10 Diagnosekodierung, Krankheitsursache, Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Rehabilitation, quantifizierte Leistungsfähigkeit im letzten ausgeübten Beruf und ggf. einer alternativen beruflichen Tätigkeit),
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (Klassifikation therapeutischer Leistungen),
- Einschätzung des sozialmedizinischen Status am Ende der Rehabilitation (Arbeitsfähigkeit, Leistungsbild des Rehabilitanden bzgl. körperlicher Arbeitsschwere, Arbeitshaltung und Arbeitsorganisation unter Berücksichtigung der geistig/psychischen Belastbarkeit, der Sinnesorgane, des Bewegungs- und Halteapparats sowie potenzieller Gefährdungs- und Belastungsfaktoren),
- Ärztliche Vorschläge für nachfolgende Maßnahme (z. B. Therapien, Nachsorge, Verhaltensempfehlungen) und
- formale Umstände der Entlassung aus der Rehabilitation.

Bei der Einschätzung der Datenqualität des Reha-Entlassungsberichts sollte unterschieden werden zwischen

1. den berichtenden Angaben (z. B. zeitlicher Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme, Dokumentationen erbrachter Leistungen) und

2. dem begutachtenden Teil des Dokuments (z. B. sozialmedizinischer Status und Prognose, Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen).

Da der Reha-Entlassungsbericht als verbindlicher Informationstransfer zwischen der Rehabilitationsklinik und dem Rentenversicherungsträger fungiert und die Rehabilitationseinrichtung überdies auskunftspflichtig gegenüber dem Rentenversicherungsträger ist, kann für die berichteten Angaben von einer sehr hohen Validität ausgegangen werden.

Die Datengüte der ärztlichen Begutachtung entspricht derjenigen des oben beschriebenen Befundberichts bzw. des ärztlichen Gutachtens, da es sich um eine Form des ärztlichen Befundberichts handelt.

4.6 Abschlussmeldung der Beruflichen Bildungseinrichtung

Im Falle einer zeitlich begrenzten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Aus-, Weiterbildung, Qualifizierung) erhält die Rentenversicherung nach Abschluss der Maßnahme eine formlose Abschlussmeldung, in welcher mindestens Beginn und Ende sowie ggf. weitere Informationen (z. B. Art des Abschlusses, Zeugnis, Prüfungszertifikat) kommuniziert werden. Anders als beim Reha-Entlassungsbericht der medizinischen Rehabilitation handelt es sich hierbei um ein sehr kurzes und nicht standardisiertes Schreiben. Zweck der Abschlussmeldung ist eine zeitnahe und gebündelte Informationsweitergabe bzgl. des Leistungszeitraums und -umfangs an die Rentenversicherung.

Zentral für die RSD sind die Angaben zum Beginn und Ende der Bildungsmaßnahme sowie – soweit vorhanden – qualifizierende Informationen zum Abschluss und Ergebnis (Ausbildungsberuf, Prüfungsergebnis, Abbruch).

Da der Leistungserbringer, wie beim Reha-Entlassungsbericht, zur Auskunft verpflichtet ist, kann auch hier von einer hohen Datenqualität ausgegangen werden.

5 Datenqualität der Reha-Statistik-Datenbasis

In der RSD fließen Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen zusammen. Dadurch entsteht ein Datenpool mit Informationen aus den Bereichen Demografie, Arbeitswelt, medizinische Rehabilitation und Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (einschließlich Antrags- und Erledigungsgeschehen, Diagnostik, Krankheitsanamnese, Durchführung und Abschluss der Rehabilitation, sozialmedizinische Beurteilung, Therapie), Rentenversicherungsbeiträge und rentenrelevante Zeiten sowie Rentenanspruchs- und Erledigungsgeschehen einschließlich erfolgter Rentenleistungen.

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um Vollerhebungen aller Rehabilitationsfälle der gesetzlichen Rentenversicherung für den betrachteten Zeitraum mit zwei Vergleichskohorten ohne Rehabilitationsgeschehen.

Anders als bei einem Befragungspanel spielt die Panelmortalität bei der RSD keine Rolle. Der Anteil der Auskunftsverweigerungen unter den Antragstellern und in den Antragsformularen für eine Rehabilitation oder Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben kann als außerordentlich gering eingestuft werden, da die Antragsteller gesetzlich zur „Mithilfe“ verpflichtet sind. Erinnerungsfehler können bei den Befragungsdaten auftauchen, jedoch ist der Anteil der Items in der RSD aus Befragungsdaten sehr begrenzt.

Die für die Rentenberechnungen und eventuelle Rehabilitationsanträge relevanten Merkmale werden bereits im Versicherungskonto ausführlichen Datenqualitätskontrollen unterzogen. Nach der Fertigstellung der RSD erfolgen ergänzende Qualitätsprüfungen, z. B. Plausibilitätskontrollen vor allem derjenigen Merkmale, die für die routinemäßig erstellten Statistiken der Rentenversicherung von Bedeutung sind. Zusätzlich ist es die Aufgabe zweier rentenversicherungsinternen Projektgruppen, die Qualität der RSD zu sichern und zu optimieren. Grundsätzlich kann daher bei der RSD eine gute, wenn auch nicht homogene, Datenqualität der Merkmale unterstellt werden.

Gleichzeitig lässt sich am Beispiel der Merkmale zur beruflichen Qualifikation, welche aus unterschiedlichen Datenquellen stammen (DEÜV-Meldung, Reha-Entlassungsbericht, Rehabilitationsantrag), zeigen, dass inhaltliche Interpretationen immer die jeweilige Herkunft der Daten berücksichtigen sollten. Denn im Idealfall stimmen die genannten Informationen zur beruflichen Qualifikation aus den verschiedenen Datenquellen zwar überein, es ist jedoch durchaus auch möglich, dass es bspw. aufgrund der unterschiedlichen subjektiven Perspektive des Datenproduzenten (z. B. Arbeitgeber, ärztlicher Gutachter, Rehabilitand) zu größeren Abweichungen kommt. In diesen Fällen ist es die Aufgabe des/der auswertenden Wissenschaftlers/Wissenschaftlerin die Abweichungen bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen.

6 Weiterentwicklung der Rehabilitationsdaten

Mit der Publikation des Scientific Use File (SUF) „Abgeschlossene Rehabilitation 2006“ wird der wissenschaftlichen Öffentlichkeit erstmalig ein umfassender Datenpool zu den durchgeführten und beendeten Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung des Jahres 2006 zur Verfügung stehen. Dieser retrospektive Querschnittsdatensatz ermöglicht die Bearbeitung vielfältiger Fragestellungen an einem – für die Versicherten der Rentenversicherung – repräsentativen Datenbestand.

Angesichts der geschilderten Heterogenität der Daten und ihrer Herkunftsorte ist es gerade für externe Datennutzer und -innen von Bedeutung, die Datenquellen, ihre Besonderheiten und die Datenqualität der einzelnen Merkmale bei Datenanalysen mit Sorgfalt zu begutachten und zu bewerten.

Als nächstes ist geplant, einen umfassenden Längsschnittdatensatz zum Rehabilitationsgeschehen als SUF aufzubereiten und zu publizieren. Dieser Datensatz wird ergänzend zu den bereits im Querschnitt vorhandenen Merkmalen die Reha-Antrags- und Erledigungsstatistik sowie Themenblöcke zu den Beiträgen und Rentenleistungen über einen Zeitraum

von 8 bzw. 11 Jahren umfassen. Darüber hinaus enthält der Längsschnitt zwei umfangreiche „neutrale“ Vergleichsgruppen aller gesetzlich Versicherten ohne Rehabilitationsgeschehen.

Perspektivisch ist eine Einbettung der Rehabilitationsdaten der Rentenversicherung in die Public Health/Gesundheitsforschung im allgemeinen Sinne erstrebenswert, beispielsweise als Verknüpfung mit Datensätzen anderer Rehabilitationsträger sowie mit einschlägigen Befragungsdaten.

7 Literatur

Bortz, J. & Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Bütetfisch, T. (2004): Datenwege und praktischer Datenzugang. In: DRV-Schriften Band 55, 20–23.

Bundesministerium für Gesundheit (2008): Gesetzliche Krankenversicherung. Leistungsausfälle und -tage 2007 [Stand: 18. November 2008].

Clemens, W., Hagen, Ch. & Himmelreicher, R. (2007): Beeinflusst die höchste schulische und berufliche Qualifikation das individuelle Rentenzugangsverhalten?. In: DRV 7/2007, 445–461.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rehabilitation 2007, Band 169.

Korsukéwitz, C. & Rehfeld, U. (2007): Aktueller Stand und Perspektive der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: RVaktuell, Band 54, 379–385.

Luckert, H. (2004): Statistikdaten der gesetzlichen Rentenversicherung – ein grober Überblick. In: DRV-Schriften Band 55, 24–40.

Rehfeld, U. (2001): Die Statistiken der gesetzlichen Rentenversicherung. In: DRV 3–4/2001, 160–188.

Rehfeld, U. (2008): Zu Stand und Entwicklung des statistischen Berichtswesens der gesetzlichen Rentenversicherung. In: DRV 6/2008, 507–526.

Dr. Anja Bestmann studierte Lateinamerikanistik, Soziologie und Politologie an der Freien Universität Berlin und promovierte am Fachbereich Gesundheitswissenschaften – Public Health der Technischen Universität Berlin. Von 1998 bis 2004 hatte sie die Projektleitung für verschiedene rehabilitationswissenschaftliche Forschungsprojekte inne. Seit 2005 ist sie als Referentin im **Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung** in Berlin zuständig für den rehabilitationswissenschaftlichen Bereich.