



QUALITÄTSSICHERUNG IN DER REHABILITATION

Aktivitäten und Instrumente der Rehabilitations-
träger unter besonderer Berücksichtigung des
Reha-Ziels „berufliche (Re-)Integration“
(Stand: November 2012)

Qualitätssicherung in der Rehabilitation

- Übersicht über die Aktivitäten und Instrumente der Reha-Träger unter besonderer Berücksichtigung des Rehabilitationsziels „berufliche (Re-)Integration“ –**

Inhalt

I. Einleitung	3
II. Zielsetzung.....	6
III. Übersicht über die Entwicklung der Aktivitäten zur Qualitätssicherung bei den Rehabilitations- bzw. Leistungsträgern	6
IV. Allgemeine trägerübergreifende Aktivitäten zur Qualitätssicherung.....	6
V. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation.....	8
VI. Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	16
VII. Qualitätssicherung im Prozess zur Sicherstellung der „beruflichen (Re-) Integration“	26
VIII. Zusammenfassung.....	27
IX. Fazit/Schlussfolgerung	29
Literaturverzeichnis.....	30
Verzeichnis der Mitwirkenden.....	33

I. Einleitung

I.1. Begriffe

Qualitätssicherung ist nach ISO 9000:2005 Teil des *Qualitätsmanagements*. Qualitätsmanagement kann beschrieben werden als: aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. *Qualitätssicherung* ist der wesentliche Teil des Qualitätsmanagements, der darauf gerichtet ist, Vertrauen zu erzeugen, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden.

In der Literatur und Praxis werden üblicherweise die Qualitätsdimensionen der Strukturen, Prozesse (bzw. Prozessabläufe) und Ergebnisse unterschieden¹. Bezogen auf diese Qualitätsdimensionen werden im Rahmen der Qualitätssicherung Anforderungen formuliert und kontrolliert. Zur Sicherung der Qualität reicht ein einmaliges Überprüfen und Umsetzen von Verbesserungspotentialen nicht aus. Es ist vielmehr erforderlich, einen entsprechenden regelhaften Prozess, ein Prinzip der inneren Organisation einer Institution zu implementieren, um eine flexible Anpassung an Veränderungen zu ermöglichen. In der Literatur findet sich dazu häufig der Verweis auf den sogenannten „PDCA-“ oder „Deming-Cycle“ (Plan-Do-Check-Act)². Insgesamt besteht Grund zu der Annahme, dass schon die Verankerung eines funktionierenden Qualitätssicherungssystems eine Gewähr für die mögliche Verbesserung von Effizienz und Effektivität einer Organisation bietet³.

Der allgemeine Sprachgebrauch vermischt häufig die Begrifflichkeiten Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement⁴. Im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe wird außerdem insbesondere zwischen „interner“ Qualitätssicherung, „externer“ Qualitätssicherung und „internem“ Qualitätsmanagement unterschieden.

Zur Klarstellung wird deshalb nachfolgend das dieser Übersicht zu Grunde liegende Begriffsverständnis der trägerübergreifenden BAR-Projektgruppe „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ skizziert. Es trägt den im Projekt diskutierten Themen und Perspektiven Rechnung. Maßgeblich war dabei insbesondere die Perspektive der Rehabilitationsträger als steuernder Akteure sowohl bezogen auf die von Ihnen beauftragten Leistungserbringer als auch in ihren eigenen Organisationsbereichen. Diese Unterscheidung korrespondiert mit der im Gesetz verankerten Einordnung der Reha-Akteure als Rehabilitations- bzw. Leistungsträger⁵ auf der einen Seite (z.B. § 4 SGB IX) oder als Reha-Leistungserbringer bzw. Einrichtung auf der anderen (z.B. §§ 17ff., 35 SGB IX). Zur weiteren Vereinfachung der Diskussion wurden mit Blick auf die Unterscheidung intern / extern alle Institutionen einer Organisationsform (z.B. verschiedene Unfallversicherungsträger) als ein einheitlicher Bereich (die Unfallversicherung) betrachtet. Daraus resultieren nachfolgende Begriffsverständnisse:

Externe Qualitätssicherung umfasst alle Maßnahmen, mit denen die Qualität einer Organisation(sform) unmittelbar oder mittelbar durch eine externe Organisation(sform) gesichert wird. Zur Klarstellung wird jeweils benannt, welche Organisation(sform) qualitätsgesichert

¹ Donebedian (1966); Toepler (2012); Riedel et al. (2009), S. 152.

² Deming (2000).

³ Toepler (2012).

⁴ Zu den Begrifflichkeiten vgl. auch Geiger, Kotte (2008), S. 104ff.

⁵ Die Darstellung enthält zunächst Informationen zu den Bereichen der GKV, der DRV, der BA, der BIH und der UV. Prozesse der Sozialhilfeträger sind nicht integriert, da die Sozialhilfe bisher noch nicht als aktives Mitglied der Projektgruppe gewonnen werden konnte. Neben den Rehabilitationsträgern iSv § 6 SGB IX werden hier auch die Integrationsämter als Leistungsträger für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen grundsätzlich mit betrachtet.

wird.⁶ In vorliegender Darstellung wird die externe Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer durch die Rehabilitationsträger betrachtet. Sie ist als Aufgabe in § 20 Abs. 1 SGB IX verankert und dient der unabhängigen Prüfung, Bewertung sowie dem Vergleich von Qualität in den Rehabilitationseinrichtungen.

Interne Qualitätssicherung umfasst die Sicherung der Qualität einer Organisation(sform) durch eigene, interne, Maßnahmen. Sie stellt somit ein Instrument der Organisationsentwicklung dar. Zur Klarstellung wird jeweils benannt, auf welche (Art von) Organisation(sform) sich die Aussage zur internen Qualitätssicherung bezieht.⁷ In vorliegender Darstellung wird vorwiegend auf die interne Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger vertieft eingegangen.

Internes Qualitätsmanagement⁸ erfasst entsprechend den bereits in der trägerübergreifenden Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX festgelegten Begrifflichkeiten das System, mit dem Leistungserbringer intern die Anforderungen an ihre Strukturen, Prozesse und Ergebnisse definieren und sichern. Insoweit besteht eine teilweise Überschneidung mit dem oben beschriebenen Verständnis von interner Qualitätssicherung⁹. Die Leistungserbringer sind zur Einführung eines entsprechenden einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementsystems gesetzlich verpflichtet (§ 20 Abs. 2 SGB IX). Als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement innerhalb der internen Qualitätssicherung der Leistungserbringer werden die Ergebnisse der externen Reha-Qualitätssicherung durch die Reha-Träger genutzt.

I.2. Ausgewählte trägerübergreifende gesetzliche Anforderungen an die Qualität der Rehabilitation

Qualität kann in jeder der genannten Dimensionen (Strukturen, Prozesse und Ergebnisse) immer nur beurteilt werden in Bezug auf möglichst konkrete Kriterien. In der Rehabilitation werden diese Kriterien hinsichtlich des Ergebnisses vor allem bestimmt von den gesetzlichen Vorgaben zu den Zielen der Rehabilitation, die neben der Ergebnisqualität auch die Struktur und insbesondere die Prozessqualität berühren.

Übergreifendes, im SGB IX und in den einzelnen Leistungsgesetzen durch verschiedene Teilziele ausgeformtes Kriterium für die Ergebnisqualität ist demnach die selbstbestimmte Teilhabe des Rehabilitanden am Leben in der Gesellschaft, vgl. insbesondere §§ 1, 4 SGB IX. Im Kontext des Projektes „EffEff“ werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und insoweit das Ziel „berufliche (Re-)Integration“ vorrangig betrachtet.

Auch Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit können als gesetzlich verankerte Qualitätsaspekte

⁶ Teilweise wird in der Fachdiskussion als „extern“ jede Art der Qualitätssicherung einer Organisation durch eine andere bezeichnet, auch wenn beide Organisationen z.B. demselben Rehabilitationsträgerbereich angehören. Mit Blick auf die dargestellten Fragestellungen in der trägerübergreifenden Betrachtung wurde im Projekt „Effektivität und Effizienz“ die oben dargestellte andere Sichtweise zu Grunde gelegt.

⁷ „Interne Qualitätssicherung“ wird in der Fachdiskussion teilweise ausschließlich auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Leistungserbringer bezogen. Unterschieden wird dann mit Blick auf die gesetzlichen Aufgabenstellungen zwischen externer Qualitätssicherung als Aufgabe der Rehabilitationsträger und interner Qualitätssicherung als Aufgabe der Leistungserbringer. Bei diesem Begriffsverständnis ist eine übergreifende Bezeichnung für auf die eigene Organisation(sform) bezogene Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rehabilitationsträger möglicherweise nicht vorgesehen. Das könnte die entsprechende Diskussion darüber erschweren und somit auch den im Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ verfolgten Ansatz des trägerübergreifenden voneinander-Lernens. Daher wird hier eine Erweiterung des entsprechenden Verständnisses von „interner Qualitätssicherung“ vorgeschlagen. Ergänzend wird darauf verwiesen, dass angesichts der bisherigen trägerübergreifenden Abstimmungen der Begriff „internes Qualitätsmanagement“ zur ausschließlichen Beschreibung entsprechender Leistungserbringermaßnahmen verwendet werden könnte.

⁸ Toepler (2012).

⁹ Toepler (2012).

der Rehabilitation betrachtet werden, § 10 Abs. 1 S. 3 SGB IX, § 69 SGB IV. Die Betrachtung der Effektivität legt dabei den Focus vorrangig auf das Ergebnis selbst, während eine Analyse der Effizienz auch den damit verbundenen Aufwand auf struktureller und organisationaler Ebene in den Blick nimmt¹⁰. Eine weitere im SGB IX verankerte Anforderung an die Prozessqualität der trägerübergreifenden Rehabilitation ist die Koordination und Kooperation der Akteure (vgl. z.B. § 10 SGB IX). Daraus leitet sich für die Qualitätssicherung eine den gesamten Rehabilitationsprozess umfassende Perspektive ab, die die Bedarfserkennung/den Zugang zur Rehabilitation, die Leistungsdurchführung und die (Sicherstellung der) berufliche(n) (Re-) Integration und deren Zusammenwirken umfasst.

Eine gemeinsame Perspektive der Rehabilitationsträger auf Qualitätssicherung ist gesetzlich insbesondere insoweit verankert, als die Rehabilitationsträger eine Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung zu vereinbaren haben (§ 20 Abs. 1 SGB IX). Die Träger werden ihrerseits zu gemeinsamen Qualitätssicherungsprogrammen und die Leistungserbringer zur Einführung eines einrichtungsbezogenen Qualitätsmanagementsystems verpflichtet, „das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert“ (§ 20 Abs. 2 S. 1 SGB IX). Zum 1. April 2007 ist der nach GKV-WSG veränderte § 20 Abs. 2 Satz 2 SGB IX in Kraft getreten, nach dem sich stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zum Nachweis und zur Bewertung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch eine unabhängige Institution verpflichtend zertifizieren lassen müssen.

I.3. Perspektiven für trägerübergreifende Aspekte der Qualitätssicherung

Die bislang bestehenden ausdrücklichen gesetzlichen Regelungen und trägerübergreifenden Vereinbarungen zur Qualitätssicherung betreffen jedoch im Schwerpunkt bislang nur Teilbereiche des gesamten Rehabilitationsgeschehens bzw. sind für die Praxis teilweise noch nicht unmittelbar umsetzbar. Konkrete auf den gesamten Rehabilitationsprozess (Bedarfserkennung / Zugang, Leistungsdurchführung und Sicherung der beruflichen (Re-)Integration) einschließlich der verschiedenen Sektoren und der Schnittstellen bezogene Überlegungen treten demgegenüber derzeit noch in den Hintergrund.

Ein entsprechender über die bisherige punktuelle Befassung mit einzelnen Teilaspekten des gesamten Reha-Prozesses hinausgehender umfassender Ansatz zur Qualitätssicherung ist jedoch erforderlich, um die Einhaltung der prozessübergreifenden Anforderungen des SGB IX bestmöglich sicherzustellen. Dies wurde zuletzt z.B. auch im Rahmen des RehaFutur-Entwicklungsprojektes insbesondere für den Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben und somit das Rehabilitationsziel „berufliche (Re-)Integration“ eingefordert¹¹. Darüber hinaus ist auch überlegenswert, die Verknüpfung der Rehabilitation mit anderen Versorgungssektoren im Kontext der Qualitätssicherung verstärkt zu berücksichtigen¹².

¹⁰ Vgl. für den Bereich der medizinischen Rehabilitation Wasem et al. (2006).

¹¹ Riedel, Reinsberg et al. (2012), S. 40.

¹² In diesem Sinne etwa auch: Klosterhuis, et. al.(2010).

II. Zielsetzung

Basis für den erforderlichen träger- und prozessübergreifenden Ansatz zur Qualitätssicherung kann in einem ersten Schritt vor allem eine Zusammenführung der bestehenden Informationen zu Aktivitäten und Instrumenten der Qualitätssicherung sein. Mit der vorliegenden erweiterten und konkretisierten Neufassung einer im Projekt „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ erstellten ersten Übersicht soll eine solche Basis für eine Weiterentwicklung der Qualitätssicherung geschaffen werden. Damit wird ein Beitrag zur möglichen Verbesserung der Effektivität und Effizienz im Reha-Gesamtprozess geleistet, mit dem zugleich die Empfehlungen aus dem RehaFutur-Entwicklungsprojekt¹³ in einem ersten Ansatz aufgegriffen werden.

Entsprechend den in dem Projektkontext getroffenen Schwerpunktsetzungen lag dabei ein Fokus auf den Aspekten der „beruflichen (Re-)Integration“. Nicht einbezogen wurden die zahlreichen Qualitätssicherungsaktivitäten der Leistungserbringer.

Die Darstellung greift die trägerübergreifenden und trägerspezifischen Aktivitäten zur externen und internen Qualitätssicherung in den Bereichen „medizinische Rehabilitation“, „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ und „Prozess zur Sicherstellung der „beruflichen (Re-)Integration““ auf. Dafür wurden zunächst von den verschiedenen im Projekt beteiligten Rehabilitations- bzw. Leistungsträgerbereichen einschlägige Informationen beigesteuert und ggf. durch weitere bei der BAR vorliegende Kenntnisse ergänzt. Die vorliegende Endfassung der Darstellung wurde innerhalb der Projektgruppe abgestimmt.

III. Übersicht über die Entwicklung der Aktivitäten zur Qualitätssicherung bei den Rehabilitations- bzw. Leistungsträgern

Qualitätssicherung in der Rehabilitation wird durch ein vielfältiges Spektrum von Instrumenten erreicht. Dazu gehören beispielsweise Expertenrunden zur Entwicklung von Strukturvorgaben, Maßnahmen der Prozesssteuerung und des Controllings, Erhebungen zu den erreichten Ergebnissen, Benchmarkingvorhaben u.v.m.

Alle Rehabilitations- und Leistungsträger haben spätestens seit den 90er Jahren umfangreiche Aktivitäten zur Qualitätssicherung durchgeführt¹⁴. Die Inhalte der Qualitätssicherungsaktivitäten sind bei den verschiedenen Arten von Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 4 SGB IX unterschiedlich. Der Schwerpunkt liegt im Bereich stationärer und ambulanter Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation, im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben befinden sich die entsprechenden Aktivitäten zum Teil noch im Aufbau bzw. der Konsolidierungsphase.

IV. Allgemeine trägerübergreifende Aktivitäten zur Qualitätssicherung

Bereits mit Wirkung vom 1. Juli 2003 haben die Rehabilitationsträger gemäß § 20 SGB IX in der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ grundlegende Vereinbarungen über das Vorgehen bei der Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe getroffen (vgl. www.bar-frankfurt.de). Dabei wurden Vorgaben zur Reha-Leistungserbringung sowie die Grundzüge eines gemeinsamen Vorgehens einschließlich vergleichender Qualitätsanalyse festgelegt. Für den von ihr umfassten Regelungsbereich war und ist die Gemeinsame Empfehlung Anlass und Maßstab für zahlreiche nachfolgende Aktivitäten der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung.

¹³ Riedel, Reinsberg et al. (2012), S. 40f..

¹⁴ Zusammenfassend auch Reimann (2012).

Die Rehabilitationsträger erörtern zudem bereits in regelmäßigen Abständen jeweilige Neuerungen im Bereich der Qualitätssicherung.

Für einzelne Teilbereiche des trägerübergreifenden Reha-Gesamtprozesses sind diverse Vereinbarungen, insbesondere weitere Gemeinsame Empfehlungen, abgeschlossen worden. Vier der insoweit zentralen Gemeinsamen Empfehlungen („Frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ sowie „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Teilhabeplan“) werden derzeit auf Ebene der BAR überarbeitet. Diese wurden vor dem aktuellen Überarbeitungsprojekt bislang nur ansatzweise unter dem Aspekt der prozess- und trägerübergreifenden Qualitätssicherung betrachtet.

V. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation haben sowohl die Leistungserbringer wie auch sämtliche für diese Leistungen zuständigen Rehabilitationsträger - auch trägerübergreifend - umfangreiche Qualitätssicherungsaktivitäten durchgeführt. Eine vollständige Übersicht über alle Einzelheiten der einschlägigen Aktivitäten zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation würde den Rahmen der Projektarbeit und dieses Berichtes sprengen. Zur weiteren Vertiefung sei beispielhaft auf die Darstellungen der GKV der DRV und der UV verwiesen¹⁵. Insgesamt bestehen im Bereich der medizinischen Rehabilitation bereits mehr Erfahrungen als im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

V.1. Externe Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation

Die externe Qualitätssicherung umfasst die Formulierung und Kontrolle von Anforderungen an die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität bei den Leistungserbringern *in der Regel* innerhalb eines einrichtungsvergleichenden Informationssystems.

V.1.1. Allgemeine Trägerübergreifende Abstimmungen zur externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation

Für die externe Qualitätssicherung der Leistungserbringer haben DRV, GKV und Unfallversicherung eine „Gemeinsamen Erklärung der Reha-Träger über eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation“ vereinbart¹⁶. Danach erfolgt eine gegenseitige Anerkennung der Verfahren der Rehabilitationsträger, so dass die Einrichtungen nicht mehrfach externen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzogen werden.

V.1.2. Spezifische trägerübergreifende Abstimmungen zur externen Qualitätssicherung der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation

Parallel zu den vielfältigen entsprechenden Bemühungen der Rehabilitationsträger in ihren jeweiligen Bereichen hat der Gesetzgeber seit dem 1. April 2007 mit § 20 Abs. 2a SGB IX einen verstärkten Impuls für die trägerübergreifende Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation, gesetzt. Danach haben die Rehabilitationsträger auf Ebene der BAR über die Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung hinaus Vereinbarungen über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement bei den Leistungserbringern und ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren abzuschließen. Die entsprechende Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Zwischenzeitlich wurden unterschiedliche Zertifizierungsverfahren anerkannt und von einer Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen entsprechende Zertifikate nachgewiesen (vgl. www.bar-frankfurt.de).

Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX sind nicht zertifizierte Einrichtung als nicht geeignet anzusehen. Bestehende Verträge mit nicht zertifizierten Einrichtungen müssen von den Rehabilitationsträgern gekündigt werden.

Die Vereinbarung regelt auch Aspekte, die mit Blick auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“ und die „frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Schnittstellen“ relevante erscheinen. Insoweit ist

¹⁵ www.qs-reha.de; www.deutsche-rentenversicherung.de > Rehabilitation > Reha-Qualitätssicherung; www.dguv.de > Rehabilitation / Leistungen (letzter Zugriff jeweils am 15.8.2012).

¹⁶ http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/Gemeinsame_Empfehlung_Qualitaetssicherung.pdf (letzter Zugriff am 15.7.2012)

neben dem verlangten teilhabeorientierten Leitbild unter anderem erwähnenswert, dass den Leistungserbringern aufgegeben wird, für ein Management der Schnittstellen zu den Vor- und Nachbehandlern zu sorgen (vgl. § 3 Abs. 1 der Vereinbarung iVm Abschnitt B.6 des Manuals). Für den Bereich der GKV besteht eine entsprechende Verpflichtung der Leistungserbringer nach § 11 Abs. 4 SGB V.

Für ambulante Rehabilitationseinrichtungen haben die Rehabilitationsträger im Übrigen auf Ebene der BAR in verschiedenen Indikationsspezifischen Rahmenempfehlungen (vgl. www.bar-frankfurt.de > Publikationen > Empfehlungen / Vereinbarungen) eine Reihe von Anforderungen definiert.

Entsprechende Rahmenvorgaben/-empfehlungen wurden für unterschiedliche Indikationen auch innerhalb eines Trägerbereichs oder bilateral zwischen zwei Trägerbereichen, z. B. für die Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen vereinbart.

V.1.3. Maßnahmen der einzelnen Rehabilitationsträger zur externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation¹⁷

V.1.3.1. Rentenversicherung

Im Bereich der Rentenversicherung wurde beginnend mit 1994 ein umfangreiches System der externen Qualitätssicherung implementiert, das sich im Wesentlichen auf alle Indikationen der stationären Rehabilitation, aber auch auf ambulante Rehabilitationseinrichtungen bezieht.

Hinsichtlich der Strukturqualität (personelle, apparative, technische, materielle und räumliche Ausstattungsmerkmale einschließlich diagnostischer und therapeutischer Ressourcen) gelten RV-weit verbindliche Strukturanforderungen, die durch Strukturhebungen überprüft werden.

Zur Sicherung der Prozessqualität werden Rehabilitandenbefragungen, das sogenannte Peer-Review-Verfahren, und die routinemäßige Dokumentation der durchgeführten Leistungen nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen“ (KTL) eingesetzt. Die Auswertungen zur Dokumentation therapeutischer Leistungen verdeutlichen das Leistungsgeschehen, in dem sie Informationen zu Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit der therapeutischen Versorgung darstellen. Überdies erhält die Reha-Einrichtung Anhaltspunkte zu ihrer Dokumentationsqualität. Die KTL-Dokumentation ist beispielsweise auch die Grundlage einer Prüfung der durchgeführten Rehabilitationsleistungen anhand des Leitlinienprogramms der DRV, im Rahmen dessen die Einhaltung definierter Reha-Therapiestandards anhand „Evidenzbasierter Therapiemodule“ (ETM) geprüft wird. Diese umfassen für verschiedene abgrenzbare Therapiemodule insbesondere konkrete Anforderungen an die therapeutischen Inhalte und die formale Ausgestaltung der Leistungen (z.B. Dauer, Einheiten pro Woche, Mindestzahl zu behandelnder Rehabilitanden).

Die Ergebnisqualität wird insbesondere über eine kontinuierliche Rehabilitandenbefragung zur patientenseitigen Zufriedenheit und zum subjektiven Rehabilitationserfolg 8-12 Wochen nach Abschluss einer Rehabilitationsleistung erhoben. Diese erfasst die rehabedingte gesundheitliche Verbesserung, Symptomlinderung, Steigerung der Leistungsfähigkeit und gesundheitsförderliche Verhaltensmodifikationen sowie weitere Dimensionen der Patientenzufriedenheit mit der Rehabilitationsleistung. Weiterhin werden auf Basis von Routinedaten die sozialmedizinischen Verläufe der Rehabilitanden über einen Zeitraum von bis zwei Jahren nach Abschluss der Rehabilitationsleistung ausgewertet, um den Verbleib der Rehabilitanden im Erwerbsleben nachvollziehen zu können.

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung werden den Rehabilitationseinrichtungen auf regel-

¹⁷ Vgl. auch Korsukéwitz, Eusterholz (2011).
Entwurf, Stand: 30.10.2012

mäßiger Basis in Form eines Berichts mitgeteilt. Die Berichte fassen die Ergebnisse einer Reha-Einrichtung zusammen und stellen diese den Ergebnissen einer Gruppe vergleichbarer Reha-Einrichtungen (Referenzgruppe) gegenüber. Dabei werden die im Einzelnen erreichten Ergebnisse in Qualitätspunkte umgerechnet. Um Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Strukturen des Rehabilitandenklientels weitestgehend auszuschließen, erfolgt eine Risikoadjustierung anhand von Daten über die jeweilig befragten Rehabilitanden. Darüber hinaus ermöglichen Visitationen, die Qualitätssicherung vor Ort zu intensivieren. Dazu wird derzeit ein RV-weit einheitliches Visitationskonzept entwickelt.

V.1.3.2. Krankenversicherung

Ambulante sowie stationäre Rehabilitationseinrichtungen §§ 111, 111a oder 111c SGB V sind – nach Maßgabe des § 137d SGB V – gesetzlich verpflichtet, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen sowie einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen (§ 135a Abs. 2 SGB V). Anders als bei anderen Rehabilitationsträgern besteht für die GKV die Verpflichtung, die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der trägerübergreifenden Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger nach § 20 Abs. 1 SGB IX zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität zu vereinbaren (QS-Vereinbarung nach § 137d SGB V).

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung werden seit dem Jahr 2000 von der GKV im Bereich der medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Hierzu wurde das QS-Reha®-Verfahren entwickelt. Es beinhaltet eine externe, einrichtungsvergleichende Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einschließlich der Patientenzufriedenheit nach dem Konzept des "Qualitätsprofils". Für jede Indikation der medizinischen Rehabilitation wurden in einer Konzept- und Pilotphase die erforderlichen Instrumente entwickelt und getestet. Die Rehabilitationseinrichtungen erhalten einen aussagekräftigen Ergebnisbericht (Ergebnisrückmeldung), in dem sowohl die zusammenfassenden Bewertungen zu einzelnen Qualitätsdimensionen als auch Einzelergebnisse dargestellt sind. Dabei werden die zusammenfassenden Bewertungen einem Vergleich mit anderen Einrichtungen des gleichen Indikationsgebiets unterzogen (Einrichtungsvergleiche), so dass sich die Einrichtung sowohl mit dem Durchschnitt der anderen Einrichtungen als auch mit einzelnen, anonymisierten Einrichtungen vergleichen kann. Eine Übersicht findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Wesentliche Inhalte des QS-Reha-Systems zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation im Bereich der GKV

Qualitätsdimension	Instrument	Datengewinnung	Erhebungszeitraum
Strukturqualität	Einrichtungsbogen	Die Einrichtungsleitung bearbeitet den Erhebungsbogen	Innerhalb von 2 Monaten nach Beginn der Datenerhebung
	Ggf. Visitation*	Die Visitationscheckliste wird von dem jeweiligen Visitor bearbeitet, Informationsgewinnung durch Vor-Ort-Begehung	Dauer der Begehung: eintägig; kurzfristige Ankündigung, nach Abgabe des Einrichtungsbogens
Prozessqualität	Einrichtungsbogen	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Ggf. Visitation*	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Patientenbogen	100 konsekutiv einbezogene Patienten	Siehe Ergebnisqualität, Patientenbogen (Nachbefragung)
Ergebnisqualität	Arztbogen	Die behandelnden Ärzte bearbeiten einen Arztbogen für 100 konsekutiv einbezogenen Patienten sowie Arztbögen für die nicht teilnehmenden Patienten (Dropouts)	Ca. 3-monatige Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens bei Aufnahme der Patienten (Ausnahme: in der Neurologie werden Daten zu Beginn und Ende der Rehabilitation erhoben)
	Patientenbogen (Reha-Beginn)	100 konsekutiv einbezogene Patienten	Ca. 3-monatige Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens bei Aufnahme der Patienten
	Patientenbogen (Nachbefragung)	100 konsekutiv einbezogene Patienten	Ca. 3-monatige Erhebungsphase, Versand des Bogens 6 Wochen nach Entlassung der Patienten
Patienten-Zufriedenheit	Patientenbogen (Nachbefragung)	Siehe Ergebnisqualität	Siehe Ergebnisqualität

* Visitationen finden stichprobenartig in 5 % der Fachabteilungen/Einrichtungen statt

Mit dem GKV-WSG wurden zum 01.04.2007 für die Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation Regelungen eingeführt, die Änderungen für Umsetzung, Organisation und Finanzierung zur Folge hatten. So ist beispielsweise nach § 299 Abs. 3 SGB V von den Vereinbarungspartnern nach § 137d SGB V (Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungserbringer) eine unabhängige Stelle für die Auswertung der Daten der Qualitätssicherung zu bestimmen. Im Sommer 2011 fand daraufhin eine europaweite Ausschreibung zur Bestimmung dieser Auswertungsstelle statt. Im Ergebnis wurde der Auftrag an das BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit vergeben und damit der routinemäßige Einsatz des QS-Reha®-Verfahrens wieder aufgenommen.

Die Ergebnisse aus dem QS-Reha®-Verfahren können von allen Krankenkassen eingesehen werden und sind die Grundlage für einen „Qualitätsdialog“ mit den Rehabilitationseinrichtungen. Sie ermöglichen darüber hinaus eine qualitätsorientierte Belegungs- und Vergütungsgestaltung.

V.1.3.3. Unfallversicherung

Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgt seit langem über eine systematische Prüfung von Strukturanforderungen im Rahmen der Beteiligungsverfahren der DGUV-Landesverbände. So gelten für die Zulassung von Reha-Kliniken und ambulanten Einrichtungen zur Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) und Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) besondere Qualitätsanforderungen, die die Grundlage einer Beteiligung an der medizinischen Reha-

bilitation von Arbeitsunfallverletzten bilden. So werden bundeseinheitlich die Voraussetzungen im personellen, räumlichen und apparativen Bereich festgelegt.

Die medizinischen Rehabilitationsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung sind eingebettet in das umfassende Reha-Management der Unfallversicherungsträger. Bei der Planung und Steuerung des Reha-Prozesses bei schweren und komplexen Fallkonstellationen sind die Reha-Einrichtungen verantwortlich beteiligt. Als Netzwerkpartner der Unfallversicherung sind sie in die Sicherung der Prozessqualität im Reha-Management eingebunden (z.B. über die Reha-Planung, Teamgespräche oder Reviews).

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung richten derzeit ihre Heilverfahren, einschließlich der medizinischen Reha, neu aus. Ziel ist u.a. eine bedarfsgerechte Differenzierung der Verfahren nach Art und Schwere der Verletzung sowie die Stärkung des sektorenübergreifende Versorgungsansatzes in der gesetzlichen Unfallversicherung. Es ist geplant, die schweren, besonders folgen- und kostenträchtigen Verletzungen in SGB VII-Netzwerke zu steuern, in denen dann auch besondere Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung gelten. Zu diesem Zweck sollen mittelfristig Qualitätszirkel eingerichtet werden, in denen anhand definierter Parameter Qualitätsvergleiche im Netzwerk durchgeführt werden können. Dabei sollen verschiedene Indikatoren betrachtet werden (Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Patientenperspektive). Hierfür werden derzeit die inhaltlichen und strukturellen Voraussetzungen geschaffen.

Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) führt seit einigen Jahren mit Erfolg eine prozessbegleitende Qualitätssicherung mit Hilfe von Assessment-Verfahren durch. Dabei stehen die Prozess- und Ergebnisqualität jedes einzelnen Reha-Falles im Fokus. Die Ergebnisse der Assessments können in die laufenden Reha-Verfahren eingebracht werden; die Anwender haben die Möglichkeit, die Therapieinhalte im laufenden Einzelfall anzupassen. Darüber hinaus können die Ergebnisse für die kontinuierliche Optimierung der Reha-Verfahren und des Reha-Managements insgesamt genutzt werden.

V.1.4. Bezüge zum Reha-Ziel „berufliche (Re-)Integration“

Insgesamt sind mit Blick auf das im Projektkontext vorrangig zu betrachtende Ziel „berufliche (Re-)Integration“ in allgemeiner Hinsicht insbesondere die Qualitätskriterien für die Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation zu betrachten. Neben einer Vielzahl von auch in der Praxis überwiegend erhobenen Kriterien zur Messung des Gesundheitszustandes wird in der Fachdiskussion unter anderem auf die Veränderungen der Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten in der beruflichen Tätigkeit des vormaligen Rehabilitanden abgestellt¹⁸. Letzteres bildet sich bislang nur begrenzt in der Praxis ab.

V.1.5. Spezifische Aktivitäten zur (externen und internen) Qualitätssicherung im Rahmen der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation

Insbesondere bei der DRV hat sich für den Bereich der medizinischen Rehabilitation in den vergangenen Jahren ein für das im Projekt betrachtete Ziel relevantes Verfahren etabliert, die medizinisch-beruflich-orientierte Rehabilitation (MBOR). Dieses besondere Verfahren berührt die Vorgaben zu den Inhalten der von den Leistungserbringern erwarteten Rehabilitationsleistungen und stellt somit besondere Anforderungen an die dortige Struktur-, Pro-

¹⁸ Vgl. Kobelt et al. (2006); Slesina (2008).

zess- und Ergebnisqualität. Ziel ist es, durch eine speziell auf berufliche Aspekte konzentrierte Ausrichtung der medizinischen Rehabilitationsleistungen eine nachhaltigere Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden zu erreichen. Die MBOR kann jedoch auch im Antragsaufnahmeverfahren von Rentenversicherungsträgern besondere Änderungen in den Prozessen verlangen und stellt insofern auch spezifische und im Sinne der Qualitätssicherung nachgehaltene Anforderungen an die trägerinternen Prozesse. So wird beispielsweise der mögliche Bedarf an MBOR mit Hilfe spezifischer Instrumente erhoben (insbesondere: SIMBO, SIBAR, Würzburger Screening).

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung gibt es mit der Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskeletalen Rehabilitation (ABMR) seit dem Jahr 2012 ein neues Beteiligungsverfahren für stationäre und ambulante Einrichtungen der Rehabilitation. Zielgruppe der ABMR sind Versicherte, die körperlich arbeiten oder die in ihrem Beruf spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. Wesentlicher Bestandteil einer ABMR ist zunächst die Feststellung des Therapiebedarfs anhand von Assessments zur Feststellung der arbeitsplatzbezogenen Anforderungen (z.B. mittels einer funktionellen Job-Analyse) einerseits sowie zur Leistungsfähigkeit des Versicherten andererseits. Durch Abgleich der Arbeitsplatzanforderungen mit den Fähigkeiten des Betroffenen wird das zu therapierende Spektrum ermittelt, das die Grundlage der konkreten Therapieplanung und Zielvereinbarung bildet. Zu den Inhalten gehören insbesondere die Ergo- und Arbeitstherapie, die arbeitsplatzbezogene Trainingstherapie, das Arbeitssimulationstraining sowie das Praxistraining unter realen Arbeitsbedingungen, ggf. auch in Kooperation mit Betrieben oder sonstigen externen Partnern. Erforderlich ist in jedem Fall eine enge Zusammenarbeit mit dem Reha-Management des zuständigen Unfallversicherungsträgers.

V.1.6. Zusammenfassende Darstellung zur externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation

Die vorstehenden Informationen zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation werden in nachfolgender Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt. Dabei werden unter anderem die Festlegung der entsprechenden Anforderungen, Instrumente zu deren Erhebung und Überprüfung sowie die patientenseitige Zufriedenheit berücksichtigt.

Tabelle 2: Zusammenfassende Übersicht über wesentliche Inhalte der strukturierten Programme der Reha-Träger zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

	GKV (noch nicht für alle Indikationsbereiche abschließend)	DRV (Indikationsübergreifend)	UV
Strukturqualität			
Räumlich-apparative Ausstattung	Strukturanforderungen sowie Strukturhebungsbögen mit weitgehend RV-KV-gemeinsamen Kriterien		Einheitliche notwendige Kriterien für die Beteiligung
Personal: Fachärzte und Fachtherapeuten mit rehaspez. Zusatzqualifikationen	Strukturanforderungen sowie Strukturhebungsbögen mit weitgehend RV-KV-gemeinsamen Kriterien		Einheitliche Kriterien für die Beteiligung
Überprüfung der erhobenen Angaben vor Ort	Stichprobe: 5 % der teilnehmenden Kliniken	Regelmäßige Visitationen	Landesverbände visitieren jede beteiligte Reha-Einrichtung
Prozessqualität			
Strukturnahe Prozessmerkmale, z.B. Behandlungskonzepte	Strukturhebungsbogen, weitgehend gemeinsame Kriterien		
Strukturnahe Prozessmerkmale, z.B. internes Qualitätsmanagement	Strukturhebungsbogen, weitgehend gemeinsame Kriterien, u.a. Prüfung der Zertifizierung entsprechend der BAR-Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX		Prüfung der Zertifizierung entsprechend der BAR-Vereinbarung nach § 20 Abs. 2a SGB IX
Ggf. bedarfsbezogen gesonderte Berücksichtigung beruflicher Belange		MBOR-Konzept der DRV	ABMR-Verfahren: Empfehlung im Leitfaden Rehamanagement; Erhebung Tätigkeitsprofile
Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit der therapeutischen Versorgung sowie Begutachtung des individuellen Reha-Prozesses		KTL-Dokumentation; Peer-Review-Verfahren	Review-Verfahren in einzelnen Trägerbereichen
Orientierung an Leitlinien		Reha-Therapiestandards	
Patientenseitige Zufriedenheit insb. mit der ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen Betreuung	Patientenfragebogen mit unterschiedlichen Inhalten		Patientenfragebögen in Entwicklung
Überprüfung der erhobenen Angaben vor Ort	Stichprobe: 5 % der teilnehmenden Kliniken	Regelmäßige Visitationen	Jede Reha-Einrichtung wird im Beteiligungsverfahren visitiert
Ergebnisqualität			
Gesundheitsstatus, Schmerzen, Krankheitsbewältigung, Lebensqualität, Gesundheitsverhalten, Leistungsvermögen, Erwerbsfähigkeit	Arztfragebogen zu Beginn und am Ende der Reha; Patientenfragebogen zu Beginn und 6 Wochen nach Reha	Reha-Entlassungsbericht; Patientenfragebogen 8 Wochen nach Reha	Kein einheitliches QS-Programm, vgl. aber Leitfaden Rehamanagement Aktivitäten auf Ebene einzelner Träger, z.B. VBG
Wiedereingliederung in Arbeit	Einzelne Fragestellungen im Patientenfragebogen 6 Wochen nach Reha	Einzelne Fragestellungen im Patientenfragebogen 8 Wochen nach Reha: Sozialmedizinische Verlaufsbeobachtung bis 2 Jahre nach Reha	Entwicklung von Qualitätszirkeln geplant

Quellen: Toepler (2012), Korsukéwitz/Eusterholz (2011), eigene Darstellung

V.2. Aktivitäten zur internen Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation

Bislang liegen aus dem Bereich der Unfallversicherung Angaben zu Instrumenten der internen Qualitätssicherung vor. Sie gelten aufgrund der Besonderheiten der Unfallversicherung gleichermaßen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Daher wird dort (vgl. VI.) näher auf sie eingegangen. Wegen der wettbewerblichen Ausrichtung der gesetzlichen Krankenkassen werden aus diesem Trägerbereich voraussichtlich keine Informationen zur

internen Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt werden können.

Im Hinblick auf den prozess- und sektorenübergreifenden Ansatz ist in der Projektgruppe diskutiert worden, inwiefern Möglichkeiten bestehen, dass Rehabilitationsbedarf im Rahmen der medizinischen (Akut-)Versorgung ggf. früher erkannt und insbesondere aufgegriffen werden kann. Dabei wurden die Möglichkeiten, wie weitere Verbesserungen erreicht werden können, unterschiedlich beurteilt, nicht zuletzt vor dem Hintergrund datenschutzrechtlicher Aspekte. Teilweise wird eine Fortsetzung der entsprechenden systematischen Bemühungen als zielführend angesehen. Als nächster Schritt wird eine Prüfung etwaigen Verbesserungspotentials auf Basis begrenzter Praxisprojekte mit gänzlich neuen Ansätzen für sinnvoll erachtet.

Angesichts des inhaltlichen Umfangs der insgesamt zur internen Qualitätssicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation vorliegenden Informationen wird zunächst auf eine tabellarische Übersicht verzichtet.

VI. Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auch im Bereich der Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, nachfolgend teilweise auch synonym als „berufliche Rehabilitation“ bezeichnet) ist eine Vielzahl von Aktivitäten der Rehabilitationsträger zu verzeichnen. Eine besondere Herausforderung dabei ist über die komplexen Wirkungszusammenhänge und die noch unklare Operationalisierung des Ergebniszieles „berufliche (Re)Integration“ hinaus u.a. die Verschiedenartigkeit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Neben Leistungen zur Arbeitsplatzergänzung und -sicherung (z.B. Eingliederungszuschuss, Arbeitsplatzausstattung) sind auch Leistungen der beruflichen Qualifizierung darunter zu fassen. Letztere lassen sich wiederum unterscheiden in Aus- und Weiterbildung, Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen.

VI.1. Externe Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wie in der medizinischen Rehabilitation liegt auch in der beruflichen Rehabilitation der Schwerpunkt zu verzeichnender Aktivitäten insbesondere im Bereich der externen Qualitätssicherung. Der bisherige Schwerpunkt entsprechender Aktivitäten der Rehabilitationsträger zu Qualitätssicherung befasst sich mit Leistungen der beruflichen Bildung.

Derzeit erarbeiten die Träger der beruflichen Rehabilitation (BA, DRV und UV) z.B. gemeinsam mit den BFW an für diese neuen Qualitätskriterien, die auch die individuell zugeschnittenen zum Teil modularisierten Angebote der BFW berücksichtigen.

VI.1.1. Allgemeine trägerübergreifende Abstimmungen zur externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Mit Inkrafttreten der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX am 1.4.2012 werden erstmals trägerübergreifend Anforderungen an die Strukturqualität (und Elemente der Prozessqualität iSv Leistungsinhalten) der stationären (BA) Leistungserbringer in der beruflichen Rehabilitation abgestimmt. Die Empfehlung bezieht sich – wie in § 35 SGB IX beschrieben – auf den Bereich der Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke und vergleichbaren Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Ambulante Leistungserbringer sind nicht erfasst.

VI.1.2. Spezifische trägerübergreifende Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Hinsichtlich der Leistungen zur beruflichen Bildung wurde die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in den letzten Jahren intensiviert. So wurden in einer Arbeitsgruppe der DRV die Grundlagen für ein trägerübergreifend einsetzbares Fragebogeninstrument zur Befragung der Teilnehmer von qualifizierenden Rehabilitationsleistungen in Kooperation mit UV und BA entwickelt (**Berliner Fragebogen**)¹⁹. Gefragt wird nach Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der jeweiligen Leistungen aus Sicht der Rehabilitanden. Dieses Instrument wird von der Rentenversicherung seit 2006 eingesetzt. Auch die UV setzt das Instrument seit 2011 ein. In 2012 hat die DRV Bund die Befragungsdaten der UV erstmalig ausgewertet und Berichte zur Qualitätssicherung der UV zur Verfügung gestellt. Die BA hat das Instrument mit Blick auf ihre besondere Kundenstruktur²⁰ angepasst und setzt es seit 2009 ein.

¹⁹ Vgl. z.B. Erbstößer, Klosterhuis, Lindow, (2007); zu Ergebnissen vgl. Lindow, Radoschewski, Lay et. al. (2011).

²⁰ fast 70% der von der BA betreuten Rehabilitanden werden bei der erstmaligen Eingliederung ins Arbeitsleben am Übergang Schule-Beruf betreut.

Ebenfalls im Hinblick auf die Ergebnisqualität wurde zwischen DRV, UV, BA und Reha-Einrichtungen, insbes. BFWen diskutiert, wie der Erfolg von beruflichen Bildungsmaßnahmen trägerübergreifend anhand von Routinedaten erhoben werden kann und 2005 erste Übereinstimmungen erzielt²¹. Eine weitere Initiative zur vertieften trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der Qualitätssicherung von beruflichen Qualifizierungsleistungen wurde in dem vom BMAS initiierte Vorhaben RehaFutur unternommen. Teil dieses Vorhabens war in seiner ersten Phase (bis 2009) auch ein vertiefter Austausch über Möglichkeiten zur Ermittlung der Qualität dieser Rehabilitationsleistungen im Rahmen der sogenannten Arbeitsgruppe II (AG II). In diesen Austausch waren die in der AG II federführende Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke (Arge BFW) und auch ein Teil der weiteren Leistungserbringer (z.B. BTZ, BBW, FAW) mit eingebunden. Auf Ebene der BAR wurde im 2012 abgeschlossenen Projekt „EffEff“ ein Messkonzept zur einheitlichen Einschätzung der Erreichung des Rehabilitationsziels „berufliche (Re-)Integration“ abgestimmt. In diesem werden insbesondere mögliche Messzeitpunkte für die Erhebung entsprechender Daten benannt und berufliche Eingliederung dann als gegeben definiert, wenn zum Zeitpunkt der Erhebung ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis oder eine selbständige Tätigkeit ausgeübt wird²². Zudem erfolgten erstmals Abstimmungen zur Frage der Stichprobenwahl bei der Ermittlung von RTW-Quoten²³ und weiteren methodischen Fragen

Ergänzend zu erwähnen sind darüber hinaus Forschungsprojekte zur Verbesserung der Qualität der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit trägerübergreifendem Bezug. Nur beispielsweise genannt seien das die Prozessqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betreffende Vorhaben PROMO (Spijkers et al. 2008) oder eine Untersuchung zur Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation von Slesina/Rennert (2009).

Hinsichtlich der Ergebnisqualität besteht insgesamt Konsens, dass ein wesentlicher Einflussfaktor für die mögliche berufliche Wiedereingliederung der regionale Arbeitsmarkt ist. Die Bundesagentur für Arbeit hat eine wissenschaftlich fundierte Typisierung der Arbeitsmärkte vorgenommen und in die Projektarbeit eingebracht. Mit dem „**Arbeitsmarktmonitor**“ hat sie zusätzlich ein Instrument entwickelt, mit dem wesentliche Kennzahlen zum regionalen Arbeitsmarkt und dessen Entwicklungen dargestellt werden können. Der Arbeitsmarktmonitor steht als „Netzwerkinstrument“ insbesondere auch regional den anderen Leistungsträgern zur Verfügung.

VI.1.3. Maßnahmen/Aktivitäten einzelner Träger zur externen Qualitätssicherung von Reha-Leistungserbringern bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ergänzend zu den vorgenannten trägerübergreifenden Vereinbarungen und abgestimmten Instrumenten sind in den einzelnen Trägerbereichen insbesondere nachfolgend beschriebene Maßnahmen / Programme zur externen Qualitätssicherung von LTA implementiert.

VI.1.3.1. Deutsche Rentenversicherung

Die DRV hat 2009 eine neue Fassung des Rahmenkonzepts zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erarbeitet. Es enthält neben einem allgemeinen Überblick über das Leistungsspektrum der DRV einen Überblick über aktuelle Entwicklungen und die wesentlichen Anfor-

²¹ Bestmann, Erbstößer, Rothe, Zollmann, Rauch (2006).

²² Vgl. dazu S. 32ff. dieses Berichts.

²³ RTW = „Return to work“; diese an anderer Stelle etablierte Begrifflichkeit (Streibelt et al., 2012) deckt sich grundsätzlich mit dem im BAR-Projekt „EffEff“ fokussierten Rehabilitationsziel „berufliche (Re-)Integration“.

derungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation bei den Leistungserbringern.

Zu erwähnen ist zudem ein Projekt zur Verbesserung der Transparenz von Rehabilitationsprozessen bei den Leistungserbringern mit dem Titel „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation“ – LBR (Projektlaufzeit: Anfang 2010 bis Ende 2012)²⁴. Im Rahmen dieses Projektes wurde eine Arbeitsversion der zu dokumentierenden Leistungsinhalte in der beruflichen Rehabilitation veröffentlicht²⁵. Anhand von 9 Kapiteln werden die wesentlichen Leistungsinhalte mit definierten Qualitätsmerkmalen strukturiert dargestellt und jeweils mit Kodierungen versehen. Ebenfalls kodiert werden sollen Anzahl der Leistungseinheiten, ihre jeweilige Dauer sowie die Art der Leistungserbringung (z.B. Einzelunterricht, Kleingruppe etc.).

Neben den Ergebnissen der Teilnehmerbefragung meldet die Rentenversicherung einrichtungsbezogene Auswertungen zum Ergebnis (Abschluss) der beruflichen Bildungsleistungen und zum sozialmedizinischen Status der Absolventen nach der Rehabilitation an die Reha-Einrichtungen und RV-Träger zurück.

VI.1.3.2. Bundesagentur für Arbeit

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit werden die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer über vertragliche Vereinbarungen (Rahmenverträge, bzw. Verträge auf Basis von Leistungsbeschreibungen) zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation bei den Leistungserbringern vorgegeben. Die Überprüfung findet im Rahmen der Maßnahmebetreuung von Reha-Beratungsfachkräften, vertraglichen Prüfungen und stichpunktartigen Visitationen statt. Seit Inkrafttreten der „Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung“ vom 2.4.2012 (AZAV) müssen alle Leistungserbringer zudem die dort enthaltenen Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität erfüllen und alle fünf Jahre einer (neutralen) fachkundigen Stelle erneut nachweisen. Daneben ist im Qualitätsmanagementsystem der BA regelhaft vorgesehen, externe Leistungen auf

- Input (Strukturqualität),
- Durchführung (Prozessqualität),
- Output (Ergebnisqualität im Sinne von Maßnahmezielerreichung, z.B. Berufsabschluss) und
- Outcome (Maßnahmewirkung, berufliche Integration) zu prüfen²⁶.

Struktur- und Prozessqualität werden stichprobenbasiert geprüft durch Agenturen/Jobcenter vor Ort, die regionalen Einkaufszentren im Rahmen der Angebots- und Vertragsprüfung und durch den Prüfdienst Arbeitsmarktdienstleitungen. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der Aufgabenerledigung durch Dienstleister (vgl. oben) werden sowohl den Dienstleistern selbst als auch den örtlichen Agenturen zurückgemeldet.

Ergänzend wird die Prozessqualität durch verschiedene Teilnehmerbefragungsinstrumente (u.a. ergänzend zum Berliner Fragebogen) erhoben. Informationen zur Ergebnisqualität werden durch Teilnehmerbefragungen (u.a. angelehnt an Berliner Fragebogen) sowie zukünftig durch träger- und maßnahmebezogene Auswertungen im Hinblick auf die Eingliederungs- und Verbleibsquote gewonnen. Eine Vielzahl von Reha-Maßnahmen wird inzwischen mit

²⁴ Radoschewski, F., Klosterhuis, H., Lay, et al. (2012).

²⁵ http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/223702/publicationFile/32446/LBR_Leistungsklassifikation2012.pdf, (letzter Zugriff am 15.7.2012).

²⁶ Zu Einzelheiten vgl. BAR (2009).

erfolgsorientierten Preiskomponenten durchgeführt.

VI.1.3.3. Unfallversicherung

2010 veröffentlichte die DGUV ein Positionspapier zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Es stellt allgemeine Anforderungen an alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten, also auch an die Leistungserbringer auf. Es wird u.a. auf die Bedeutung der Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation, die Prioritätenreihenfolge der Eingliederungsziele sowie der entsprechenden Leistungen hingewiesen (Erhalt des alten Arbeitsplatzes, Umsetzung im Betrieb, Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, jeweils nach Möglichkeit unter Wahrung des beruflichen Status). Besondere Erwähnung finden zudem die Nachhaltigkeit und die Erforderlichkeit der Etablierung einer strukturierten Qualitätssicherung bei den LTA, die u.a. durch entsprechende Vertragsgestaltung mit den Leistungserbringern umgesetzt werden soll.

Da der zahlenmäßige Schwerpunkt im Bereich der Unfallversicherung aber auf der medizinischen Rehabilitation liegt – über 90% der verletzten und berufserkrankten Menschen benötigen keine beruflichen Rehabilitationsleistungen – gibt es derzeit, von der trägerübergreifenden Arbeit in Bezug auf die BFW, BBW's und WfbM, abgesehen, keine konkreten, über die mit der Gemeinsamen Vereinbarung nach § 35 SGB IX hinausgehenden Vereinbarungen auf Ebene des Dachverbandes. Die jeweiligen UV-Träger treffen z.T. für ihre Versicherten in einer Region sehr individuelle Vereinbarungen, die auch Qualitätsstandards enthalten. Da es sich aber immer um eine sehr begrenzte Fallzahl handelt, gibt es bisher auf DGUV-Ebene keine übergreifenden Vereinbarungen. Z.T. schließen sich die UV-Träger den Vereinbarungen vor Ort, die mit den anderen Reha-Trägern getroffen wurden, an.

VI.1.4. Zusammenfassende Darstellung der externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in nachfolgender Tabelle 3 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3: Zusammenfassende Übersicht über wesentliche Inhalte der externen Qualitätssicherung der Reha-Leistungserbringer* durch die Reha-Träger im Bereich der LTA **

	BA	DRV	DGUV
Strukturqualität			
Räumliche Ausstattung, einschließlich Unterkunft	Trägerübergreifende allgemeine Anforderungen in der GE „Einrichtungen ...“ nach § 35***		
	Ggf. spezifische Akzente durch Leistungsbeschreibungen, Rahmenverträge,	spez. Akzente in Vereinb. mit L.-Erbr, je nach Träger bzw. regional verschieden	spez. Akzente in Vereinb. mit L.-Erbr, je nach Träger bzw. regional verschieden
Spezielle Fachdienste, personelle Ausstattung	Trägerübergreifende allgemeine Anforderungen in der GE „Einrichtungen ...“ nach § 35		
	Vgl. oben	Vgl. oben	Vgl. oben
Einrichtungskonzept, definiertes Leistungsangebot	Trägerübergreifende allgemeine Anforderungen in der GE „Einrichtungen ...“ nach § 35		
	Vgl. oben	Vgl. oben	Vgl. oben
Zufriedenheit der Rehabilitanden mit Strukturmerkmalen	Befragung angelehnt an Berliner Fragebogen (BF), ergänzende Teilnehmerbefragungen	Teilnehmerbefragung mit dem Berliner Fragebogen (BF)	Berliner Fragebogen (BF), ggf. ergänzende Zufriedenheitsbefragung
Ggf. Instrumente zur Abfrage & Prüfung von Struktur-Anforderungen	regional unterschiedlich; soweit Einrichtungen gemeinsam belegt werden: Prüfung von Handbüchern der L.-Erbr. gemeinsam mit den jeweils anderen belegenden Trägern.		
	Handbücher der L.-Erbr., Maßnahmebetreuung (Agenturen/Jobcenter), vertragl. Prüfungen (reg. Einkaufszentren), Visitationen (Stichprobe, Prüfdienst), Nachweis nach AZAV ggü. fachk. Stelle alle 5J	Vgl. oben Handbücher der L.-Erbr,	Vgl. oben, Handbücher der L.-Erbr,
Prozessqualität			
Strukturnahe Prozessmerkmale	Trägerübergreifende allgemeine Anforderungen in der GE „Einrichtungen ...“ nach § 35, insbesondere		
- zB Allgemeine Vorgaben zu Leistungsinhalten			
- zB einzelne Leistungsbeschreibungen/-konzepte	Ggf. spezifische Akzente durch einzelne Leistungsbeschreibungen als Basis für Verträge	Vgl. oben	Vgl. oben
- zB internes QM der L.-Erbr.	Anforderungen nach AZAV	Mindestanford. im Rahmenkonzept LTA,	spez. Akzente in Vereinb. mit L.-Erbr, je nach Träger bzw. regional verschieden
Dauer / Inhalte der Reha-Leistung einschließl. Dokum.		LBR (derzeit Projektstatus)	
Zufriedenheit der Rehabilitanden mit Prozessen	Befragung entspr. BF, ergänzende Befragungen zu BA-Prozessen (Beratung und Vermittlung)	Teilnehmerbefragungen mit dem BF	BF, ggf. ergänzende Zufriedenheitsbefragung
Ggf. Instrumente zur Abfrage & Prüfung von Prozess-Anforderungen	Handbücher der L.-Erbr., Maßnahmebetreuung (Agenturen/Jobcenter), vertragl. Prüfungen (reg. Einkaufszentren), Visitationen (Stichprobe, Prüfdienst), Nachweis nach AZAV ggü. fachk. Stelle alle 5J	Handbücher der L.-Erbr., QM-Zertifizierung, bei freien Trägern: Prüfung im Rahmen der Anerkennung	Handbücher der L.-Erbr., spez. Akzente in Vereinb. mit L.-Erbr, je nach Träger bzw. regional verschieden
Ergebnisqualität			
Bei Bildungsleistungen: erfolgreicher Maßnahmeabschluss	Outputmessung (anhand Routinedaten: Integration 6 Monate nach Ende der Maßnahme), Abfrage entspr.	Erhebung über Ergebnis/Abschluss der berufl. Bildungsleistung (Routinestatistik)	Erhebung über BF

	BF	der DRV)	
Berufliche (Re-)Integration ²⁷ (zT versch. Definition / Datenbasis)	Erhebung der Beruflichen Integration (Outcome-messung) (Routinedaten der BA, Abfrage entspr. BF)	Erhebung des Sozialmedizinischen Status nach beruflichen Bildungsleistungen (Routinestatistik der DRV, auch aus Befragungen mit dem . BF)	Erhebung Erfolgr. Berufl. Wiedereingl., (Routinedaten der UV-Träger, BF)

* Leistungserbringer = L.-Erbr.

** Die GKV ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zuständig und daher hier nicht erwähnt

*** Betrifft nur ca. 1/3 der Reha-Leistungen

²⁷ Vgl. S. 32ff. dieses Berichts.

VI.2. Interne Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

VI.2.1. Trägerübergreifende Aktivitäten

Bislang liegen keine Informationen über trägerübergreifende Aktivitäten/Abstimmungen bezüglich der internen Qualitätssicherung der Prozesse der Rehabilitationsträger bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Hier ist perspektivisch ein fortgesetztes voneinander-Lernen sinnvoll. Eine darüber hinausgehende engere Abstimmung von Vorgaben für die Qualität trägerinterner Prozesse und deren Kontrolle wird demgegenüber als nicht umsetzbar angesehen. Denn die Rehabilitationsprozesse der einzelnen Träger sind Teilprozesse einer Gesamtorganisation, die jeweils eigene spezifische Gesamtaufgabenstellungen zu erfüllen hat.

VI.2.2. Maßnahmen einzelner Träger zur Qualitätssicherung ihrer internen Prozesse bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

VI.2.2.1. Deutsche Rentenversicherung

Derzeit liegen keine Informationen über RV-Maßnahmen zur Förderung der internen (DRV) Qualitätssicherung im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe vor.

VI.2.2.2. Bundesagentur für Arbeit

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit ist die Qualitätssicherung der internen Prozesse bezüglich Leistungen zur Teilhabe eingebunden in das Geschäftssystem.

Im Ziel- und Steuerungssystem der BA sind für den Bereich Reha Wirkungs- und Wirtschaftlichkeitskennzahlen implementiert: der rehaspezifischen Integrationsgrad (als Wirkungskennzahl) und die Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit (als derzeitiger Stand einer Wirtschaftlichkeitskennzahl). Die beiden Zielindikatoren werden für die fachlich verantwortlichen Führungskräfte über individuelle Zielvereinbarungen mit einem verbindlichen Zielwert verknüpft.

Zur Zielerreichung tragen auch qualitätsgesicherte interne Prozesse bei. Mit dem Vier-Phasen-Modell sind die internen Prozesse strukturiert und mit Qualitätsstandards hinterlegt.

- Das „Profiling“ durch die Bundesagentur für Arbeit ist im Rehabilitationsprozess zentraler Bestandteil. Es erfolgt unter aktiver Einbindung des Rehabilitanden, im Regelfall bei Menschen mit Behinderung nach umfassender interner bzw. externer Diagnostik. Ein wesentliches Element der Einbindung des Betroffenen und der Beschleunigung ist hier u.a. die Versendung eines „Arbeitspaketes“ vor dem ersten Beratungstermin – zur Vorbereitung von Kunde und Berater auf das Gespräch.
- Auf Grundlage des Profilings vereinbart die Beratungsfachkraft mit dem Kunden im Schritt "Ziel festlegen" eine realistische Zieloption. Für Rehabilitanden ist dies im Regelfall das Ergebnis aus mehreren Beratungsgesprächen.
- Verschieden Handlungsstrategien (z.B. Berufliche Qualifizierung, Gesundheitlich angemessene Beschäftigung realisieren) konkretisieren die notwendigen gemeinsamen Schritte zur „Wiedereingliederung“.
- Individuelle „Eingliederungsvereinbarungen“ mit dem Rehabilitanden gestalten einzelne Prozessschritte auf dem Weg zum vereinbarten Ziel und sind Grundlage für regelmäßige Reflexionsgespräche, ggf. zur Überprüfung der gewählten Strategie oder Ziele.

Die Einhaltung der Standards wird kontinuierlich überprüft, gegebenenfalls wird steuernd

eingewirkt. Den Führungskräften steht als Unterstützung für ihre Führungsarbeit ein umfangreicher Werkzeugkoffer zur Verfügung, z. B. Prozesskennzahlen, Arbeitshilfen operativer Führung, regelmäßige Leistungszirkel auf Teamebene, regelhafter individueller Führungsdialog etc..

Eine Ergebnisverbesserung wird u.a. über einen internen Benchmark der Agenturen angestrebt. Im internen Controlling werden die Zielindikatoren mit Analysekenzahlen im Sinne eines Hebelbaums hinterlegt, die zusätzliche Hinweise auf Stärken und Schwächen in den Prozessen liefern, ebenso wie die Ergebnisse der Qualitätssicherung externer Dienstleistungen (vgl. VI.1.4).

Die Rehabilitanden sind aktiver Part des Prozesses, insbesondere über die Beratungsgespräche während des Gesamtprozesses, aber auch über Kundenbefragungen zur Betreuungs- und Beratungsqualität in den Reha-Teams der Agenturen für Arbeit, die erstmals seit 2011 vorliegen.

Neben diesen vor allem auf die Steigerung der Integrationswirkung abzielenden Maßnahmen dienen weitere Elemente der internen Prozessgestaltung vor allem der Verkürzung von Laufzeiten, insoweit für Details sei verwiesen auf die Ergebnisse des WuW-Projektes²⁸.

VI.2.2.3. Unfallversicherung

Auch aus dem Bereich der UV sind bereits im Rahmen des Projektes WuW eine Vielzahl von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der trägerinternen rehabilitationsbezogenen Prozesse benannt worden, die im Schwerpunkt der Verkürzung von Laufzeiten dienen. Für Details sei insoweit verwiesen auf die dortigen Darstellungen²⁹.

Da die Unfallversicherung mit Hilfe ihrer Berufshelfer/innen oder Reha-Manager/innen selbst die Reha-Prozesse konkret steuert und koordiniert, liegt der Schwerpunkt der Qualitätssicherung bei der Unfallversicherung, insbesondere im Bereich der beruflichen Rehabilitation, auf der internen Qualitätssicherung.

Die einzelnen UV-Träger verwenden eine Vielzahl unterschiedlicher Qualitätssicherungsinstrumente, u.a. Debriefing, Fallauswertungen und Kostenanalysen für die Verbesserung ihrer internen Prozesse.

Auf Ebene der DGUV werden derzeit Qualitätskriterien für den Bereich der beruflichen Rehabilitation erarbeitet, die sich am DGUV-Positionspapier zu den LTA (vgl. Ziff. 1.5) orientieren. Dabei ist ein Schwerpunkt die Organisation/Vermeidung von sogenannten Schnittstellen. Hierfür sind die Berufshelfer/innen und Reha-Manager/innen der Verwaltungen, die den Reha-Prozess zusammen mit allen beteiligten Akteuren aktiv und unter gleichberechtigter Beteiligung des betroffenen Menschen koordinieren, verantwortlich.

Für die Prozessqualität wurden neben dem Positionspapier für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben u.a. Handlungsleitfäden zum Reha-Management und zum Persönlichen Budget verbandsweit erarbeitet und verabschiedet. Hierin werden Verfahrensweisen und Mindeststandards festgelegt. Weiterhin wurde ein neuer „Reha-Plan“, die Zielvereinbarung zwischen Versicherten und UV-Träger, die der Abstimmung, Planung und Steuerung des individuellen Reha-Prozesses für alle beteiligten Akteure dient, erarbeitet. Dazu außerdem ein Formblatt zur Erhebung der für den Reha-Prozess relevanten Kontextfaktoren, das Versicherte und UV-Träger gemeinsam verfassen und unterschreiben.

Darüber hinaus wurde zur Sicherung der Strukturqualität ein Anforderungsprofil für Reha-Manager/innen beschlossen. Jährliche Schulungsangebote über „Berufshelfertagungen“ und

²⁸ Vgl. BAR (2010): Anhänge, Kapitel 6.16.1.

²⁹ Vgl. BAR (2010): Anhänge, Kapitel 6.16.1.

durch Seminare der eigenen Akademien runden diesen wichtigen Strukturqualitätsstandard ab.

Die Qualität des UV-internen Reha-Managements soll zunächst an Hand von 5 Indikatoren gemessen werden:

1. Reha-Planerstellung innerhalb von 4 Wochen, vor Ort, gemeinsam mit den Betroffenen Menschen
2. Reha-Planerstellung vollständig
3. Wiedereingliederung ins Erwerbsleben
4. Abgleich der AUF-Prognose mit der tatsächlichen AUF-Dauer
5. Kundenzufriedenheit

Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation werden außerdem die schnelle Entscheidung über bzw. die Einleitung von erforderlichen beruflichen Leistungen, die Nachhaltigkeit und Aufwand/Nutzen/Kosten als mögliche Indikatoren für ein gelungenes Reha-Management gesehen. Insbesondere bei der Erfragung der „Kundenzufriedenheit“ soll der Reha-Managementprozess beim UV-Träger erfasst werden. Dies schließt Themen wie Schnittstellenmanagement und Berücksichtigung der umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren ein.

Derzeit erfolgt (von 2010 bis 2012) zudem das Benchmarkprojekt „Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“, an dem sich fast alle UV-Träger beteiligen und das best practice feststellen und Empfehlungen für Prozessverbesserungen geben soll.

VI.2.3. Zusammenfassende Darstellung der internen Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Angesichts des inhaltlichen Umfangs der vorliegenden Informationen wird zunächst auf eine tabellarische Übersicht verzichtet.

VII. Qualitätssicherung im Prozess zur Sicherstellung der „beruflichen (Re-)Integration“

VII.1. Bundesagentur für Arbeit

Der Vermittlungsprozess stellt im Anschluss an oder in Kombination mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben den entscheidenden Schritt zur Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ dar. Der Vermittlungsprozess ist eine Kernaufgabe der Bundesagentur für Arbeit. Entsprechend bestehen hier zahlreiche ausdifferenzierte Instrumente der Qualitätssicherung, die in den Standardprozessen über das 4-Phasen-Modell fixiert sind.

VII.2. Integrationsämter / Integrationsfachdienste

Die Integrationsämter sind für die Sicherung der Integration schwerbehinderter Menschen im Arbeitsleben zuständig, § 101 SGB IX.

In die Zuständigkeit der Integrationsämter fallen u. a. auch die Integrationsfachdienste (IFD). Die Integrationsämter haben für diese die Strukturverantwortung. Als spezielle Dienstleiter für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen und deren (ggf. potentielle) Arbeitgeber stellen die IFD ihre Vermittlungs- Unterstützungsdienste zur Verfügung. Die IFD verfahren bundesweit bereits seit Jahren grundsätzlich nach dem KASSYS-System (nähere Informationen unter www.kassys.org). Das KASSYS-System bietet einen detaillierten Handlungsleitfaden für die Aktivitäten der IFD im Vermittlungsprozess und gewährleistet mit seinen zahlreichen spezifischen Elementen eine umfassende Grundlage für ein systematisches Qualitätsmanagement. Das KASSYS-System wird darüber hinaus auch selbst regelmäßig einer Aktualisierung unterzogen. Derzeit ist eine solche Aktualisierung in Vorbereitung. Daher wurden auch Überlegungen zur möglichen Übertragbarkeit besonders effektiver Elemente des Systems auf andere Bereiche angestellt, die aber im Rahmen der Projektlaufzeit nicht vertieft wurden.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IFD werden außerdem regelmäßig geschult. Zudem erfolgt eine stetige Beratung und fachliche Unterstützung durch die Integrationsämter.

VII.3. Unfallversicherung

Im Bereich der DGUV bzw. der UV ist der Vermittlungsprozess Teil des gesamten Rehabilitationsprozesses und wird daher auch von den in den vorhergehenden Abschnitten beschriebenen Qualitätssicherungsinstrumenten der UV mit umfasst. Zusätzlich bietet die DGUV über ihre 6 Landesverbände mit „DGUV job“ eine gezielte Arbeitsplatzvermittlung für Rehabilitanden der UV-Träger an. Hier arbeiten Reha-Fachberater mit Schwerpunkt Arbeitsvermittlung und helfen für Versicherte behindertengerechte Arbeitsplätze zu finden. Dazu werden Arbeitsplatzangebote gezielt mit den Fähigkeitsprofilen der betroffenen Menschen abgeglichen und Arbeitgeber gezielt angeschrieben. Jährlich werden die Vermittlungsquoten erhoben und ausgewertet.

VII.4. Deutsche Rentenversicherung

Im Bereich der DRV werden die speziell auf Vermittlung ausgerichteten Leistungen der Leistungserbringer über die auf diese bezogenen Systeme der externen Qualitätssicherung im Bereich der beruflichen Rehabilitation (vgl. die vorhergehenden Abschnitte) grundsätzlich mit erfasst.

VIII. Zusammenfassung

Qualitätssicherung ist das Mittel der Wahl um sicherzustellen, dass die Struktur- Prozess und Ergebnisqualität in der Rehabilitation entsprechend den nach dem SGB gestellten Zielen und Anforderungen erreicht und kontinuierlich verbessert werden (insbesondere: Erreichung selbstbestimmter Teilhabe, Effektivität und Effizienz, Koordination und Kooperation der Leistungsträger, vgl. z.B. §§ 1, 4, 10 SGB IX, § 10 SGB I, § 69 SGB IV). Die Rehabilitationsträger haben seit den 1990er Jahren in zahlreichen Bereichen der Rehabilitation Aktivitäten zur externen und internen Qualitätssicherung mit Relevanz für das im Projekt vorrangige Ziel „berufliche (Re)Integration“ unternommen bzw. führen sie aktuell durch.

In der medizinischen Rehabilitation zeigt sich mit Stand Mitte 2012, dass die Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung überwiegend bereits sehr differenziert ausgestaltet sind. Sie befassen sich u.a. auch – mit verschiedener Ausprägung – in der Qualitätsdimension „Ergebnisqualität“ mit dem Aspekt der beruflichen (Re-)Integration, teilweise auch in der Qualitätsdimension „Prozessqualität“. Einige der bestehenden Qualitätsanforderungen werden mit einem ähnlichen Instrumentarium überprüft bzw. werden entsprechende Überprüfungen hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität wechselseitig anerkannt.

Soweit erkennbar in den jeweiligen QS-Systemen/-Programmen zur medizinischen Rehabilitation noch nicht intensiv berücksichtigt ist eine konkrete, auf den Reha-Gesamtprozess bezogene (sektor-)übergreifende Perspektive.

Im Hinblick auf die interne Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger in der medizinischen Rehabilitation ist die Informationslage schließlich unterschiedlich. Bei der Unfallversicherung wird die Qualitätssicherung in diesem Bereich unmittelbar mit dem Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verknüpft.

Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind bei den im Projekt beteiligten Trägerbereichen verschiedene Instrumente und Verfahren zur externen Qualitätssicherung im Einsatz. Zu berücksichtigen ist, dass sich viele Instrumente im Bereich der beruflichen Rehabilitation noch in der Erprobungs- bzw. Konsolidierungsphase befinden. Das Gesamtbild ist heterogener als im Bereich der medizinischen Rehabilitation, auch aufgrund des Maßnahmespektrums.

Mit der Anfang 2012 in Kraft getretenen Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX ist ein erheblicher Fortschritt zu einer trägerübergreifenden Perspektive auf die Strukturqualität und teilweise auch Prozessqualität bei der externen Qualitätssicherung gelungen. Hier wurden erstmals Anforderungen an diese Qualitätsdimensionen der Leistungserbringer trägerübergreifend abgestimmt. Der Bereich der Leistungserbringung außerhalb der Einrichtungen nach § 35 SGB IX wurde trägerübergreifend noch nicht vertieft betrachtet.

Bei der externen Qualitätssicherung bestehen über diese Abstimmungen hinaus in einzelnen Trägerbereichen teils unterschiedliche und ggf. auch innerhalb des jeweiligen Trägerbereichs variierende zusätzliche Akzente und Anforderungen hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität der Leistungserbringer. Auch besteht anders als in der medizinischen Rehabilitation keine trägerübergreifende Abstimmung zu Anforderungen an das interne Qualitätsmanage-

ment der Rehabilitationseinrichtungen.

Bei der Überprüfung der trägerübergreifenden und trägerspezifischen Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität der Leistungserbringer werden in der Praxis verschiedene Instrumente und Verfahren genutzt, ein gemeinsamer Ansatz ist hier über das Instrument „Berliner Fragebogen“ implementiert.

Die Messung der Ergebnisqualität ist sowohl für die externe als auch für die interne Qualitätssicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben relevant. In den vergangenen Jahren ist es gelungen, substantielle Gemeinsamkeiten im Verständnis bzw. den Anforderungen an die Ergebnisqualität und bei den Möglichkeiten der entsprechenden Überprüfung zu erarbeiten. Nächste notwendige Schritte zur Konkretisierung und Umsetzung sollten initiiert werden.

Den aktuellen trägerübergreifenden Stand zur Definition und Messung der Ergebnisqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen die im Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ erreichten Abstimmungen zur Messung der „Beruflichen (Re-) Integration“ dar.

Bei den Instrumenten zur Überprüfung bzw. Messung der Ergebnisqualität der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Möglichkeiten der Nutzung von Routinedaten in den einzelnen Trägerbereichen verschieden. Auch hier kann aber das Instrument „Berliner Fragebogen“ Ansätze zu gemeinsamen Betrachtungen ermöglichen.

Mit Blick auf die interne Qualitätssicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zeigen sich im Bereich der BA und der DGUV ausdifferenzierte Systeme unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen. Insbesondere im Bereich der DGUV befinden sich die entsprechenden Aktivitäten vor dem Hintergrund der in diesem Bereich bestehenden Notwendigkeit der Abstimmung mit verschiedenen einzelnen UV-Trägern in der Entwicklung. Aus den übrigen Trägerbereichen liegen wenige Informationen vor.

Im Hinblick auf die gesetzlich geforderte Kooperation und Koordination der Leistungsträger bestehen in manchen Trägerbereichen entsprechende allgemeine Anforderungen an die Prozessqualität bei den Leistungen zur Teilhabe. Indes bildet sich dieser trägerübergreifende Aspekt der Prozessqualität noch nicht in allen Bereichen in der Praxis ab.

Die Qualitätssicherung im Prozess zur Sicherstellung der „beruflichen (Re-)Integration“ ist in den verschiedenen hier zuständigen Trägerbereichen differenziert aufgestellt. Alle Trägerbereiche binden insoweit die Leistungserbringer/Einrichtungen verstärkt in die Aufgabenerfüllung ein. Die Instrumente zur externen Qualitätssicherung berühren teilweise sowohl Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch den Prozess zur Sicherstellung der beruflichen (Re-)Integration, zum Beispiel im Bereich der BA. Die Integrationsämter setzen in ihrem speziellen Aufgabenbereich im Verhältnis zu den Integrationsfachdiensten das System KASSYS ein. Bei der BA gehört die Sicherstellung der beruflichen (Re-)Integration zum Kerngeschäft und ist entsprechend auch in das interne QS-System eingebunden. Die DGUV bietet für komplexe Herausforderungen bei der beruflichen (Re-) Integration das Programm „DGUV-Job“ an, das der internen Qualitätssicherung unterliegt.

Die Übersicht bezieht sich auf die Bereiche der GKV, der DRV, der BA, der BIH und der UV. Prozesse der Sozialhilfeträger sind nicht integriert, da die Sozialhilfe bisher noch nicht als aktives Mitglied der Projektgruppe gewonnen werden konnte.

IX. Fazit/Schlussfolgerung

Der Austausch hat gezeigt, dass die im Projekt vertretenen Rehabilitationsträger und Integrationsämter die Qualitätssicherung in der Rehabilitation mit zahlreichen differenzierten Aktivitäten und Programme intensiv aufgreifen.

Es bestehen auch bereits verschiedene erfolgreiche und nicht zuletzt auf Ebene der BAR verankerte Ansätze für trägerübergreifende Herangehensweisen bei der Qualitätssicherung, insbesondere bei der externen Qualitätssicherung von Reha-Leistungserbringern. Allerdings wurde der wachsende Bereich der Leistungserbringung in der beruflichen Rehabilitation außerhalb von Einrichtungen nach § 35 SGB IX bei der externen Qualitätssicherung trägerübergreifend bislang noch nicht vertieft betrachtet.

Mit Blick auf den dem BAR-Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ immanenten Aspekt des trägerübergreifenden Voneinander-Lernens könnte ggf. ein intensiverer Austausch insbesondere zur internen Qualitätssicherung weitere Verbesserungen befördern. Beispielsweise kann eine gemeinsame Handhabung ausgewählter Aspekte der Qualitätssicherung nicht nur reduzierten Aufwand für die Beteiligten bedeuten, sondern auch verbesserte Grundlagen für die kontinuierliche Identifizierung und Nutzung von Optimierungspotentialen. Eine darüber hinausgehende Abstimmung von gemeinsamen Vorgaben für die Qualität trägerinterner Prozesse und deren Kontrolle wird demgegenüber als nicht zielführend angesehen.

Im Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ wurde das Rehabilitationsziel „berufliche (Re-) Integration“ insgesamt vorrangig betrachtet. Mit Blick darauf könnte ggf. bei der Qualitätssicherung teilweise die Prüfung einer stärkeren Akzentuierung dieses Rehabilitationsziels unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen weitere Optimierungsmöglichkeiten aufzeigen.

Bereits erreichte Verständigungen im Bereich der Qualitätssicherung bieten eine gute Basis für weitere Fortschritte. Dies gilt besonders für den Bereich der Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, da sich die Qualitätssicherung hier noch im Aufbau befindet. Hier könnten z.B. die im Projekt „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ erreichten Abstimmungen zur Messung der „beruflichen (Re-)Integration“ insbesondere im Hinblick auf die Nachhaltigkeit und gesundheitliche Aspekte weiterentwickelt werden.

Dazu bedarf es neben einer Fortsetzung des systematischen Austauschs u.a. der Umsetzung der bisher erreichten Abstimmungen in der Praxis, auch um die Basis für weitere Konkretisierungen zu verbessern.

Dabei wären u.a. die Möglichkeiten der Nutzung von Routinedaten und abgestimmter Instrumente wie dem Berliner Fragebogen zu berücksichtigen.

Im Hinblick auf die anzustrebende Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und anderer Reha-Akteure besteht ggf. Anlass zu prüfen, ob in der Qualitätssicherung eine

entsprechende auf den Reha-Gesamtprozess bezogene (sektoren-)übergreifende Perspektive noch stärker als bisher abgebildet werden kann.

Ein Aufgreifen dieser und ggf. weiterer Aspekte in einem fortgesetzten trägerübergreifenden Austausch könnte für eine kontinuierliche Verbesserung der Qualitätssicherung und somit auch der Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation zielführend sein. Dabei wären ggf. auch die Empfehlungen aus dem RehaFutur-Entwicklungsprojekt zu berücksichtigen. Ein solcher Austausch könnte bedarfs- und schrittweise um eine angemessene Abstimmung der verschiedenen einschlägigen trägerübergreifenden Aktivitäten ergänzt werden.

Literatur

Bestmann, A., Erbstößer, S., Rothe, G., Zollmann, P., Rauch, A. (2006):

Rehabilitationsträgerübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften, Bd. 64, Berlin, 2006, S. 90-92.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Hrsg. (2010): Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte. Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“. 2010. Frankfurt.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.) (2009): Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX, Frankfurt a.M., 2012.

Deming, W. E. (2000): Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

Donebedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem. Fund Quart. 44/1966, S. 166-206.

Egner, U., Gerwin, H., Buschmann-Steinhage, R. (2006): Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, Jg. 45, Heft 4/2006, S. 221-231.

Erbstößer, S., Klosterhuis, H., Lindow, B. (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. In: RVaktuell Heft 10/2007, S. 362-366.

Eser, K.-H. (2001): Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation und ihre wissenschaftliche Evaluation - ein methodischer Überblick. In: Berufliche Rehabilitation, Jg. 15, Heft 4/2001, S. 347-360.

Geiger, W., Kotte, W. (2008): Handbuch Qualität, 5. Auflage, Wiesbaden, 2008.

Grünbeck, P., Klosterhuis, H. (2006): Berufliche Wiedereingliederung nach berufsbildender Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben - Vergleich von unterschiedlichen Methoden zur Erfolgsmessung und -bewertung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften Bd. 64, Berlin, 2006, S. 88-90.

Hujer, R. (2011): Mikroökonomie und Kausalität: Zur Bedeutung arbeitsmarktpolitischer Entwurf, Stand: 30.10.2012

Evaluationsstudien. In: AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv, Jg. 5, Heft 1/2011, S. 5 - 18.

Irle H, Amberger S, Grünbeck P (2003): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Reha-Erfolg bei Menschen mit psychischen Störungen. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV Schriften Bd. 40. Frankfurt a.M., 2003, S. 277-279.

Klosterhuis, H., Baumgarten, E., Beckmann, U., Erbstößer, S., Lindow, B., Naumann, B., Widera, T., Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung in der Rentenversicherung. In: Die Rehabilitation, Jg. 49, Heft 6/2010, S. 356-367.

Kobelt, A., Grosch, E.V., Gutenbrunner, C. (2006): Wie bedeutsam ist die berufliche Reintegration (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation? Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie Jg. 56, Heft 1/2006, S. 15-22.

Korsukéwitz, C., Eusterholz, E. (2011): Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation – die deutsche Perspektive. In: Rebscher, H, Kaufmann, S. (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, 2011, S. 319-334.

Lindow, B., Mitschele, A., Erbstößer, S. (2007): Wie beurteilen Rehabilitanden ihre berufliche Bildungsmaßnahme? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften Bd. 77, Berlin, 2007, S. 286-287.

Lindow, B., Radoschewski, M., Lay, W. et al. (2011): Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen. In: RVaktuell, Jg. 58, Heft 5-6/2011, S. 166-172.

Morfeld, M. (2011): Rückkehr an den Arbeitsplatz: Welche Bedeutung hat dieses Ziel und wie kann man seine Erreichung messen? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 20. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften Bd. 93, Berlin, 2011, S. 223-225.

Plath, H.-E., Blaschke, D. (2002): Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz, G. (Hrsg.): IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB) 250, S. 447-460.

PROGNOS AG (Hrsg.) (2009): Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum, Basel, 2009.

Radoschewski, F., Klosterhuis, H., Lay, et al. (2012): Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften, Bd. 98, Berlin, 2012, S. 237-239.

Reimann, A. (2012): Qualitätssicherung aus Sicht der Rehabilitationsträger. In: Deutscher Sozialrechtsverband (Hrsg.): Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes (SDSRV), Qualitätssicherung im Sozialrecht, Bd. 61, S. 55-79.

Rennert, D./ Köster, T., Slesina, W. (2007): Entwicklung von Skalen für die Evaluation von Bildungsmaßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Prozessqualität, Rehabilitandenmerkmale. Halle, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 2007.

Rennert, D./ Köster, T./ Slesina, W. (2008): Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden in Anpassungsqualifizierungsmaßnahmen. In: Deutsche Renten-

versicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Tagungsband, DRV-Schriften, Bd. 77, Berlin, 2008, S. 264-267.

Riedel, H.-P., Ellger-Rüttgardt, S., Karbe, H., Niehaus, M., Rauch, A., Schian, H.M., Schmidt, C., Schott, T., Schröder, H., Spijkers, W., Wittwer, U. (2009): RehaFutur – Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe, http://www.bmas.de/portal/34582/2009__08__05__rehafutur__bericht.html, (Zugriff am 13.11.2009).

Riedel, H.-P., Reinsberg, B. et. al. (2012): Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure. Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses. www.rehafutur.de > Entwicklungsprojekt (letzter Zugriff am 15.7.2012).

Schliehe, F., Haaf, H.-G. (1996): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Jg. 51, Heft 10-11/1996, S. 666-689.

Schmidt, C. (2007): Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. iqpr-Forschungsbericht Nr. 5/2007, iqpr, Köln, 2007, http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/FB_5_2007.pdf.

Schmidt, C., Froböse, I., Schian, H.-M. (2006): Berufliche Rehabilitation in Bewegung: Herausforderungen und Perspektiven. In: Die Rehabilitation Jg. 45, Heft 4/2006, S. 194-202.

Schröder, H., Knerr, P., Wagner, M. (2009): Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben. BMAS, Forschungsbericht 392, Berlin, 2009, http://www.bmas.de/coremedia/generator/34352/f392__forschungsbericht.html (Zugriff am 13.11.2009).

Slesina, W., Rennert, D. (2009): Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. Regensburg, S. Roderer Verlag, 2009.

Slesina, W., Köster, T., Fehr, M., Neupert, B., Patzelt, C., Rennert, D. (2008): Prädiktoren der Eingliederung in das Erwerbsleben von Rehabilitanden nach Umschulung in Berufsförderungswerken. In: Produkt- und Produktions-Ergonomie - Aufgabe für Entwickler und Planer. Bericht zum 54. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft vom 9.-11. April 2008 S.513-516.

Sommer, J., Gericke, T., Frank, W., Matthes, S., Ekert, S. (2011): Abschlussbericht „Implementationsstudie 1“ zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben, InterVal, Berlin 2011.

Streibelt, M., Egner, U. (2012): Eine Meta-Analyse zum Einfluss von Stichprobe, Messmethode und Messzeitpunkt auf die berufliche Wiedereingliederung nach beruflichen Bildungsleistungen. In: Die Rehabilitation 2012, Online-Publikation, DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291283>.

Toepler, E. (2012): Gute Reha ist mehr als reine Krankenbehandlung. In: Sozialrecht und Praxis, Jg. 22, Heft 6/2012, S. 353-360.

Wasem, J., Freyer, D., Neumann, A. (2006): Von der Gesundheitsökonomie zur Reha-Ökonomie. In: Krauth/Petermann (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie. Regensburg, S. Roderer Verlag, 2006, S. 21-35.

Verzeichnis der Mitwirkenden

Projektgruppe „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“

Christoph Beyer, Landschaftsverband Rheinland – Integrationsamt, , Köln (für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter - BIH)

Edelinde Eusterholz, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Barbara Gellrich, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin

Dr. Hans-Günter Haaf, Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund), Berlin

Doris Habekost, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin

Michael Kucklack, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel

Dr. Peter Beule, Landschaftsverband Westfalen-Lippe - Integrationsamt, Münster (für die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen – BIH)

Thekla Schlör, Bundesagentur für Arbeit (BA), Nürnberg

Uta Schwenke, Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution (BGHW), Hamburg

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V., Frankfurt am Main:

Marcus Schian

Irmgard Backes (bis Ende 2011)

Dr. Larissa Beck