



**PERSPEKTIVEN** für die Optimierung von  
Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der  
Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung  
trägerübergreifender Aspekte

Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes  
„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“



## VORWORT

### Geleitwort zum Projektbericht „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“

Rehabilitations- und Teilhabeleistungen sind unverzichtbare Bausteine unseres Sozialstaats – wichtig für die Entwicklungschancen und Partizipation der Bürgerinnen und Bürger, wichtig auch für Wirtschaft und Arbeitsmarkt. Rehabilitation lohnt sich! Wie alle anderen öffentlichen Versorgungssysteme kann und soll sich aber auch die Rehabilitation der Diskussion um Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Optimierung ihrer Prozesse nicht entziehen. Diese Diskussion muss trägerübergreifend geführt werden – alle müssen über ihren Tellerrand blicken. Und alle müssen bereit sein, sich selbst in die Karten schauen zu lassen. Der Wert und die Chance dieser Diskussion liegen vor allem darin, erforderliche Veränderungsprozesse anzustoßen.

Es geht nicht darum, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen einzuschränken. In einer sich ausdifferenzierenden und alternden Gesellschaft werden die qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Rehabilitation sogar noch zunehmen. Aber gerade darum wird wirtschaftliches Handeln in Zeiten knapper Mittel immer größere Bedeutung bekommen. Rehabilitationsleistungen werden in einem komplexen System mit zahlreichen Akteuren erbracht – die mit unterschiedlichen Traditionen, Abläufen, Zielen und Interessen am Rehageschehen teilhaben. Die notwendige Weiterentwicklung der Rehabilitation geht nur gemeinsam, in trägerübergreifender Zusammenarbeit, und setzt das Bekenntnis zur Rehabilitation und Teilhabe voraus.

Die Selbstverwaltung hat das verstanden. Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter sehen sowohl die Notwendigkeit der Rehabilitation und Teilhabe als solcher, als auch die Optimierung des Mitteleinsatzes. Sie hat deshalb das BAR-Projekt „Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ auf den Weg gebracht, dessen Ergebnisse hier präsentiert werden.

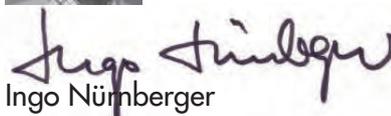
Im diesem Projekt sind die richtigen Fragen gestellt worden, auch erste weiterführende Antworten wurden gegeben. Die BAR und ihre Mitglieder bemühen sich mit der Optimierung der Schnittstellen und der trägerübergreifenden Rehaprozesse um einen Kernbereich ihrer Zusammenarbeit. Denn an den Schnittstellen der Rehabilitationsprozesse reibt sich das System auf – häufig zu Lasten der Betroffenen. Viel ist schon gewonnen, wenn die Herausforderungen benannt und richtig eingeschätzt werden. Die Auseinandersetzung mit den hierbei auftretenden Fragen – und Konflikten – ist der Motor für Verbesserungen.

Wir bedanken uns herzlich bei allen, die am Projekt „Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ mitgearbeitet haben. Die Aktivitäten müssen weiter voran getrieben werden. Deshalb hat der Vorstand der BAR im November 2009 beschlossen, das Projekt in veränderter Form in den nächsten drei Jahren fortzuführen. Die BAR-Geschäftsstelle und die Mitglieder der BAR tragen gemeinsam die Verantwortung dafür, zu weiteren zielführenden Ergebnissen zu kommen.



  
Gert Nachtigal



  
Ingo Nürnberger

# IMPRESSUM

---

*Herausgeber:*

*Bundesarbeitsgemeinschaft*

*für Rehabilitation (BAR)*

*Solmsstraße 18,*

*60486 Frankfurt/Main*

*Telefon: +49 69 605018-0*

*Telefax: +49 69 605018-29*

*info@bar-frankfurt.de*

*www.bar-frankfurt.de*

*Nachdruck nur auszugsweise  
mit Quellenangabe gestattet.*

*Frankfurt/Main 2010,*

*Februar 2010*

*ISBN 3-9801748-6-7*

# INHALT

<i>Vorwort</i>	<i>3</i>
<i>Einleitung</i>	<i>8</i>
<i>1. Projektauftrag, -methoden</i>	<i>10</i>
<i>2. Konkretisierung des Projektauftrages</i>	<i>11</i>
<b>2.1. Teilauftrag: Konzepterstellung</b>	<b>11</b>
2.1.1. Rechtliche Vorgaben zu Zielen und zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation	11
2.1.2. Allgemeine Grundlagen der Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, insbesondere von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation	11
2.1.2.1 Wirksamkeit (Effektivität)	11
2.1.2.2 Wirtschaftlichkeit (Effizienz)	12
2.1.3. Gesetzliche Vorgaben zu Zielen der Rehabilitation	12
2.1.4. Notwendigkeit eines konkretisierten gemeinsamen Bezugsrahmens	12
2.1.5. Konkretisierung des Teilauftrags	12
2.1.5.1 Festlegung auf das vorrangige Ziel „berufliche (Re)Integration“	12
2.1.5.2 Umfang der untersuchten Maßnahmen und Prozesse	12
2.1.5.3 Abstimmung trägerübergreifender Grundlagen bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation	13
2.1.5.4 Grundlegende Annahmen bei der Bearbeitung des Projektauftrages	13
<b>2.2. Teilauftrag: Trägerübergreifender Austausch und Vergleich zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<b>14</b>
2.2.1. Grundlagen	14
2.2.2. Expertenmeinung zum möglichen Umfang des Austauschs	15
2.2.3. Konkretisierung des Teilauftrages	15
<b>2.3. Teilauftrag: Qualitätssicherung</b>	<b>16</b>
<i>3. Ergebnisse</i>	<i>17</i>
<b>3.1. Abstimmung eines Bezugsrahmens für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation</b>	<b>17</b>
3.1.1. Abstimmung von Begrifflichkeiten	17
3.1.2. Kriterien/Indikatoren für die Zielerreichung, den Nutzen und den Aufwand/ die Kosten	18
3.1.3. Grafische Aufbereitung der Rehabilitationsprozesse in den jeweiligen Trägerbereichen	19
<b>3.2. Entwicklung eines Optimierungskonzepts: Ansatzpunkte zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation</b>	<b>28</b>
3.2.1. Kurzüberblick über projektrelevante Erkenntnisse in der Fachliteratur	28

# INHALT

3.2.1.1	Wirksamkeit von Rehabilitation hinsichtlich des Ziels „berufliche (Re)Integration“	28
3.2.1.2	Wirtschaftlichkeit von Rehabilitation hinsichtlich des Ziels „berufliche (Re)Integration“	29
3.2.2.	Inhalte und Ergebnisse des trägerübergreifenden Expertenworkshops in Erkner am 10./11.02.2009 mit Blick auf ein Konzept zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe	30
3.2.3.	Auswahl der vorrangig betrachteten Handlungsfelder	30
3.2.4.	Konkrete Ansätze zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit auf der Grundlage des bisherigen Wissensstandes aus dem Projekt	31
3.2.4.1	Optimierung der frühzeitigen Bedarfserkennung	31
3.2.4.2	Optimierung von Schnittstellen	32
3.2.4.3	Trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“	35
3.2.4.4	Optimierungsmöglichkeiten im Vermittlungsprozess	35
3.2.4.5	Datenschutz in der Rehabilitation	36
3.2.4.6	Information der Bürger über Rehabilitation	37
3.2.4.7	Integrationsfachdienste	37
3.2.4.8	Flexibilisierung von Kammerprüfungsterminen	38
3.2.5.	Fazit	38
<b>3.3.</b>	<b>Anregung eines trägerübergreifenden Austauschs und Vergleichs zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit</b>	<b>39</b>
3.3.1.	Spezifischer Austausch über Laufzeiten	39
3.3.1.1	Laufzeiten im Rehabilitationsprozess bei den einzelnen Trägerbereichen	39
3.3.1.2	Austausch über erfolgreiche Maßnahmen der einzelnen Rehabilitationsträger zur Verbesserung von Laufzeiten im jeweiligen Rehabilitationsprozess	42
3.3.2.	Umsetzung des allgemeinen Austauschs und Vergleichs von Aktivitäten/ Erkenntnissen zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit	43
3.3.2.1	Im Rahmen der Projektgruppe „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ aufgezeigte Good-practice-Beispiele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit	43
3.3.3.	Fazit zum trägerübergreifenden Austausch und Vergleich	44
<b>3.4.</b>	<b>Qualitätssicherung in der Rehabilitation</b>	<b>46</b>
3.4.1.	Einleitung	46
3.4.2.	Aktivitäten zur Qualitätssicherung bei den Rehabilitations- bzw. Leistungsträgern	47
3.4.3.	Grundlegende trägerübergreifende Aktivitäten zur Qualitätssicherung: die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“	47
3.4.4.	Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation	48
3.4.4.1	Spezifische Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation	48
3.4.4.2	Aktivitäten zur externen und internen Qualitätssicherung im Rahmen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR)	49
3.4.4.3	Aktivitäten zur Qualitätssicherung der Prozesse der Rehabilitationsträger im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation	49
3.4.5.	Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	49
3.4.5.1	Trägerübergreifende Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Rehabilitationsleistungen bei den Leistungserbringern	49
3.4.5.2	Maßnahmen einzelner Träger zur externen Qualitätssicherung von LTA	50
3.4.5.3	Maßnahmen einzelner Träger zur Qualitätssicherung der internen Prozesse der Rehabilitationsträger bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	50

## INHALT

---

3.4.5.4	Qualitätssicherung im Vermittlungsprozess	51
3.4.6.	Zusammenfassung/Fazit	51
4.	<i>Handlungsempfehlungen/Konzept zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe</i>	<i>53</i>
5.	<i>Ausblick</i>	<i>56</i>

## EINLEITUNG

Der gesetzliche Auftrag der Sozialversicherungsträger, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten (vgl. § 69 SGB I), gilt auch und gerade vor dem Hintergrund der volkswirtschaftlichen Bedeutung<sup>1</sup> von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Entsprechend hat auch die BAR die grundsätzliche Aufgabe, auf effektive und effiziente Leistungserbringung hinzuwirken (vgl. § 3 Abs. 2 lit. d) der Satzung). Vor dem Hintergrund der Entwicklungen der politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen von Rehabilitation werden diese Aufgaben zunehmend wichtiger. Entsprechend hat die BAR auf Beschluss des Vorstandes im Zeitraum 2007/2009 ein Projekt zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durchgeführt. Ausgangspunkt war die These, dass durch Rehabilitations- und Teilhabeleistungen grundsätzlich Einsparungen (z.B. durch verkürzte Zeiten der Lohnersatzzahlung, verminderte Inanspruchnahme von Krankenbehandlung, verminderte Fehlzeiten am Arbeitsplatz) erzielt werden und die Rehabilitationsträger durch entsprechende Lösungen auch die Durchführung der Rehabilitation möglicherweise optimieren können. Ein aktuelles Gutachten von PROGNOSE spricht davon, dass sich bereits heute jeder in die (medizinische) Rehabilitation investierte Euro mit einem Nutzen von fünf Euro für die Gesellschaft auszahlt. Neben der Erstellung eines Konzeptes zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation sollte im Rahmen des Projektes ein trägerübergreifender Austausch und Vergleich im Sinne eines Benchmarking angestoßen und speziell der Bereich „Qualitätssicherung“ mit Blick auf Optimierungspotential betrachtet werden. Kernbestandteil der Projektarbeit war neben Eigenrecherche und Analyse durch die BAR-Geschäftsstelle vor allem ein von ihr koordinierter und fachlich begleiteter kontinuierlicher Austausch zwischen Experten der Rehabilitationsträger (vgl. Abschnitt 3.). Beteiligte an der Projektgruppe waren Vertreter<sup>2</sup> der Bundesagentur für Arbeit (BA), der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherungen (SpV-LSV), der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und aus dem Bereich der Integrationsämter (BIH).

Im Ergebnis konnten Ansatzpunkte zu einer weiteren Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung identifiziert werden. Diese erstreckten sich über Handlungsfelder im gesamten Rehabilitationsgeschehen. Teilweise konnten die Ansatzpunkte bereits in konkrete trägerübergreifend abgestimmte Handlungsempfehlungen zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit umgesetzt werden. Andere konnten so konkretisiert werden, dass eine Umsetzung der Optimierungspotentiale möglich erscheint (vgl. 3.2). Die erreichten Ergebnisse werden in diesem Bericht zusammenfassend dargestellt.

Insgesamt ließen die Vielzahl möglicher Ansatzpunkte zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation, die bislang nur ansatzweise erfolgte wissenschaftliche Forschung in diesem spezifischen Bereich sowie die verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen eine Fokussierung auf ausgewählte Inhalte erforderlich werden. Weiterhin stützt sich die konkrete Benennung möglicher Optimierungspotentiale teilweise auf vereinfachende Annahmen, da eine methodisch fundierte wissenschaftliche Aufbereitung sämtlicher identifizierter Optimierungsansätze nicht durchgeführt werden konnte. Auch auf die für eine erschöpfende Aufbereitung der Thematik erforderliche Einbeziehung der Perspektive von Leistungserbringern und Leistungsberechtigten wurde verzichtet.

<sup>1</sup> Demographischer Wandel, Fachkräftemangel und die verlängerte Lebensarbeitszeit führen bereits jetzt zu einer steigenden volkswirtschaftlichen Bedeutung von Rehabilitation.  
<sup>2</sup> In diesem Bericht wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur die männliche Form verwendet.

Soweit für das Ziel „berufliche (Re)Integration“ möglicherweise relevant, wurde das Rehabilitationsgeschehen und damit zusammenhängende Abläufe in allen Trägerbereichen auf Optimierungspotential hin untersucht. Durch den trägerübergreifenden Expertenaustausch auf Ebene der BAR unter Berücksichtigung der bisherigen Erkenntnisse und anderer aktueller Forschungsvorhaben wie der Initiative RehaFutur (Riedel et al. (2009)), der Untersuchungen zur Evaluation von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Slesina/Rennert (2009) und Schröder et al. (2009)) konnten Ansatzpunkte im Rehabilitationsgeschehen identifiziert werden, die die Möglichkeit bieten, eine weitere Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation zu erreichen. Einer der Hauptansatzpunkte ist dabei die Gestaltung von Schnittstellen zwischen den Akteuren der Rehabilitation, insbesondere zwischen den Rehabilitationsträgern. Die Projektergebnisse sind in Form eines Konzepts aufbereitet, das wichtige Hinweise und Ansätze zur Optimierung von Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation liefert. Somit liegen systematisierte Vorschläge einer trägerübergreifend besetzten Projektgruppe zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation vor, Grundlagen für die weitere systematische Aufbereitung der Thematik im trägerübergreifenden Kontext wurden geschaffen.

Auf der Grundlage der so bereits erreichten Abstimmungen und Erkenntnisse bedarf es aus Sicht der BAR-Geschäftsstelle nach wie vor weiterer praxisbezogener Bearbeitung des Themas „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation“ sowie paralleler wissenschaftlicher Forschung. Auch hinsichtlich der im Projekt aufgezeigten konkreten Ansatzpunkte zur Optimierung ist weitere vertiefende Arbeit empfehlenswert, ebenso wie eine insgesamt stärkere Gewichtung der Thematik. Dabei sollte zukünftig vermehrt die Perspektive der Leistungserbringer und vor allem der Leistungsberechtigten berücksichtigt werden.

## 1. Projektauftrag, -methoden

In der 77. Sitzung des BAR-Vorstandes am 08.11.2007 wurde beschlossen, ein Projekt durchzuführen, in dessen Rahmen Möglichkeiten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation aufgezeigt werden sollten. Der ursprüngliche Projekttitle lautete „Spezielle Fragen zur Effektivität und Effizienz von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe“. Projektbeginn war der 08.11.2007, das Projekt läuft bis zur 81. Vorstandssitzung am 10.12.2009. Der Projekttitle wurde zwischenzeitlich angepasst in „Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe“, ohne dass damit inhaltliche Veränderungen verknüpft wurden. Der konkrete Projektauftrag wurde in Kenntnis des Vorstandes im Laufe des Projekts zunächst in der ersten Projektgruppensitzung konkretisiert und insbesondere hinsichtlich des auch geforderten Benchmarkings mit Blick auf die tatsächlichen Möglichkeiten angepasst. Insgesamt waren folgende Projektaufträge zu bearbeiten:

1. Entwicklung eines praktisch umsetzbaren Konzepts, wie Wirkung und Wirtschaftlichkeit von passgenauen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und Träger deutlich optimiert werden können. Dafür sind in einem Erfahrungsaustausch u. a. die Begrifflichkeiten zu definieren und die verschiedenen Perspektiven der Betroffenen zu beschreiben.
2. Anregung eines trägerübergreifenden Austauschs und Vergleichs zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (Benchmarking) – good-Practice-Beispiele trägerübergreifender Zusammenarbeit und erfolgreiche Maßnahmen zur Optimierung von trägerinternen Laufzeiten.
3. Entwicklung eines Konzepts für Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation.

Die inhaltliche Bearbeitung des Projekts erfolgte durch einen von der BAR koordinierten und inhaltlich begleiteten trägerübergreifenden Expertenaustausch sowie gezielte Befragungen trägerexterner Akteure der Rehabilitation. Zu diesem Zweck wurde neben der Projektgruppenarbeit und der Befragung einzelner Akteure ein trägerübergreifender Expertenworkshop mit Unterstützung durch unabhängige Wissenschaftler durchgeführt. Darüber hinaus wurden die bislang vorhandene Literatur und Forschungsprojekte zum Thema ausgewertet.

### 2. Konkretisierung des Projektauftrages

#### 2.1. Teilauftrag: Konzepterstellung

Die Erstellung eines Konzepts zur Darstellung von Optimierungsmöglichkeiten erfordert neben konkreten umsetzbaren Vorschlägen zur Erreichung des vorgegebenen Ziels (hier: Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe) einen klaren Bezugsrahmen. Ein solcher (gemeinsamer) Bezugsrahmen erleichtert das Verständnis dieses Konzepts und stellt vor allem die Grundlagen, aus denen sich die im Konzept erzielten Ergebnisse ableiten lassen, dar. Dabei sind die gesetzlichen Vorgaben zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit und die allgemeinen Grundlagen des Verständnisses von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit mit Blick auf den Betrachtungsgegenstand „Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe“ (nachfolgend teilweise zusammenfassend mit dem Begriff „Rehabilitation“ beschrieben) ggf. weiter zu konkretisieren.

##### 2.1.1. Rechtliche Vorgaben zu Zielen und zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

Alle Rehabilitationsträger sind durch Gesetz zu wirksamem und wirtschaftlichem Handeln verpflichtet.

Dies ergibt sich hinsichtlich Wirksamkeit insbesondere aus den §§ 4, 2 Abs. 2 SGB I, §§ 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 SGB V, § 26 Abs. 4 SGB VII, § 9 Abs. 2, § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3, § 17 Abs. 1 S. 3, § 18 S. 1, 31 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB IX.

Gesetzliche Aufträge zu wirksamem Handeln sind insbesondere in folgenden Vorschriften enthalten: § 36a Abs. 4 SGB I, §§ 7, 61 Abs. 1 Nr. 3, 85 Abs. 1 Nr. 4, 241 Abs. 4 Nr. 2 SGB III, § 69 SGB IV, §§ 2 Abs. 1, 4, § 4 Abs. 3, 12 Abs. 1ff, 63, 67, 68, 70, 71, 91 Abs. 4 Nr. 1, 92 Abs. 1 Satz 1 iVm Satz 2 Nr. 8 und 125 SGB V, §§ 13, 138 SGB VI, § 26 Abs. 2, 4, 5 SGB VII, §§ 9 Abs. 2, 10 Abs. 1 Satz 2 und 3, 15 Abs. 1 Satz 3, 17 Abs. 1 S. 3, 18 S. 1, 31 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1, 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, 41 Abs. 3, 66 Abs. 1 etc. SGB IX.

Auf trägerübergreifender Ebene hat dieser gesetzliche Auftrag seinen Niederschlag gefunden in § 3 Abs. 2 lit. d der BAR-Satzung. Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation haben die Träger zudem 1984 eine Gesamtvereinbarung über die Grundsätze Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit abgeschlossen<sup>3</sup>.

##### 2.1.2. Allgemeine Grundlagen der Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, insbesondere von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

###### 2.1.2.1 Wirksamkeit (Effektivität)<sup>4</sup>

Effektivität beschreibt das Verhältnis des erreichten Status zum definierten Ziel. Effektivität ist damit ein Maß der Zielerreichung und zugleich immer ein relativer Wert, der von den vorzuziehenden Zielen abhängt. Die besondere Herausforderung bei der Bestimmung von Effektivität ist daher die Festlegung von Zielen und von Kriterien, die die Zielerreichung messbar machen.

<sup>3</sup> DRV-Schriften Band 17 (1999), S. 40f.

<sup>4</sup> (2006) Ulrich, Volker: Bedeutung von Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsnachweisen für die Gesundheitsökonomie, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Effizienz und Effektivität in der Rehabilitation, Reha-Forum der Deutschen Rentenversicherung Bund 2006, Berlin; Schliehe/Haaf, DRV 1996, S. 666-689.

### 2.1.2.2 Wirtschaftlichkeit (Effizienz)<sup>5</sup>

Effizienz beschreibt das Verhältnis des Nutzens einer Maßnahme im Hinblick auf ein definiertes Ziel zum dafür betriebenen Aufwand.

Ebenso wie bei Effektivität besteht die Hauptherausforderung bei der Untersuchung von konkreten Maßnahmen/Prozessen auf deren Effizienz darin, die jeweiligen Ziele und den notwendigen Aufwand quantifizierbar zu machen.

### 2.1.3. Gesetzliche Vorgaben zu Zielen der Rehabilitation

Nach den gesetzlichen Grundlagen sind neben dem übergeordneten und für den Betroffenen rechtlich abgesicherten Ziel „Teilhabe an der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX) eine Vielzahl von einzelnen und je nach Trägerbereich unterschiedlich ausgeformten (Teil)zielen von den jeweiligen Rehabilitationsträgern bei Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu berücksichtigen. Dies ergibt sich insbesondere aus den §§ 10 SGB I, den §§ 97 ff. SGB III, den §§ 11 Abs. 2, 40 SGB V, den §§ 9, 15, 16, 43 SGB VI, den §§ 26, 27 Abs. 1 Nr. 7, 35 SGB VII und den §§ 1, 4, 7, 9, 26, 33, 102 Abs. 2 Satz 2 SGB IX. Eine Gewichtung dieser unterschiedlichen Zielsetzungen unter dem hier interessierenden trägerübergreifenden Aspekt lässt sich aus dem Gesetz nicht unmittelbar mit Sicherheit ableiten. Vertiefende Ausführungen finden sich in den Anhängen, Kapitel 6.2.

### 2.1.4. Notwendigkeit eines konkretisierten gemeinsamen Bezugsrahmens

Die allgemeinen Überlegungen zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit und die entsprechenden gesetzlichen Verpflichtungen sind angesichts der Besonderheiten der Rehabilitation nicht allein geeignet, einen ausreichend nachvollziehbaren Bezugsrahmen für das zu erstellende trägerübergreifende Optimierungskonzept zu schaffen.

Demnach ist eine Konkretisierung des in den vorhergehenden Abschnitten aufgezeigten allgemeinen Bezugsrahmens erforderlich, die sowohl die im Projekt als Maßstab für Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachtenden Ziele als auch die zu deren Einschätzung zu nutzenden Begrifflichkeiten und Kriterien umfasst.

### 2.1.5. Konkretisierung des Teilauftrags

Der Projektauftrag wurde daher durch die Projektgruppe dahingehend konkretisiert, dass **neben konkreten Schritten** für die Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation ein Bezugsrahmen für deren Beurteilung geschaffen werden sollte. Dabei sollte zum Einen das vorrangig zu betrachtende Ziel festgelegt als auch zum anderen ein trägerübergreifender Bezugsrahmen für das Konzept erarbeitet werden.

#### 2.1.5.1 Festlegung auf das vorrangige Ziel „berufliche (Re)Integration“

Die Projektgruppe definierte nach ausführlicher Diskussion die „berufliche (Re)Integration“ als vorrangig zu beachtende Zielsetzung. Die Wechselbeziehungen zu anderen möglichen Zielen der Rehabilitation sollten zunächst außer Betracht bleiben. Mögliche Aussagen zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit hinsichtlich weiterer gesetzlich vorgegebener Rehabilitationsziele sind ggf. zu einem späteren Zeitpunkt an anderer Stelle vorzunehmen.

#### 2.1.5.2 Umfang der untersuchten Maßnahmen und Prozesse

Bei der vorrangigen Berücksichtigung des Zieles „berufliche (Re)Integration“, darf der verzahnte Charakter der Rehabilitation nicht außer Acht gelassen oder sonstige für das ausgewählte Ziel

<sup>5</sup> Vgl. Fn. 4.

bedeutende Zusammenhänge vernachlässigt werden. Daher einigte sich die Projektgruppe, die Betrachtung über den Schwerpunkt „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ hinaus grundsätzlich auf sämtliche Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation und die damit verbundenen Prozesse zu erstrecken, soweit diese für das primäre Ziel „berufliche (Re)Integration“ relevant sind. Auch sonstige bei den Trägern durchgeführte Verfahren mit Bezügen zur Rehabilitation (z. B. AU-Fallmanagement) sowie primär anderen Akteuren zugeordnete Instrumente (z. B. BEM) wurden betrachtet.

### 2.1.5.3 Abstimmung trägerübergreifender Grundlagen bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation

Neben einer Abstimmung von Begrifflichkeiten und Kriterien wurde auch eine grafische Aufbereitung der jeweiligen Rehabilitationsabläufe für zielführend erachtet. Die parallele Darstellung der einzelnen Prozesse sollte das Aufzeigen von Schnittstellen sowie weitergehenden Optimierungsbedarfs ermöglichen. In einem weiteren Schritt sollte die Darstellung der jeweiligen Rehabilitationsprozesse die Voraussetzung dafür bilden, auf Basis einer „Fallvignette“ optimale Prozesse zu identifizieren, die zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit führen.

### 2.1.5.4 Grundlegende Annahmen bei der Bearbeitung des Projektauftrages

Die Identifizierung von Möglichkeiten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit setzt in einer durchgehenden Betrachtungsweise grundsätzlich die Klärung der Wirkungsbeziehungen zwischen Leistungen zur Teilhabe einschließlich der mit der Leistungserbringung verbundenen Prozesse und der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ voraus.

Diesem Vorgehen stehen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben jedoch erhebliche methodische Hürden entgegen. Sie wurden soweit bekannt bislang weder in der Wissenschaft noch in der Praxis in allgemein anerkannter Art und Weise überwunden<sup>6</sup>. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation existieren zwar insbesondere diagnosebezogen viele Hinweise auf deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit<sup>7</sup>. Eine hinsichtlich der Kriterien und Indikatoren für die Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ einheitliche und allgemein anerkannte Betrachtung von Wirkungszusammenhängen ist jedoch auch hier noch nicht abschließend zu erkennen. Somit würde eine wissenschaftlich gesicherte Betrachtungsweise von Optimierungsmöglichkeiten mit Blick auf das im Projekt hauptsächlich betrachtete Ziel „berufliche (Re)Integration“ umfangreiche Forschungsarbeiten einschließlich entsprechender wegbereitender Tätigkeiten voraussetzen. Aufgrund des hierfür erforderlichen langen Untersuchungszeitraumes und der begrenzten Projektlaufzeit war eine derartige Betrachtung innerhalb des Projektes nicht möglich.

Vielmehr wurde die Ziel- und Schwerpunktsetzung des Projektes, plausible Möglichkeiten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation zu identifizieren, in den Mittelpunkt gestellt. Ausgangspunkt sollte dabei in erster Linie die Ist-Situation in der Rehabilitation sein. Eine Festlegung auf eine volks- oder betriebswirtschaftliche Betrachtungsperspektive erfolgte nicht. Ausgehend hiervon erfolgte innerhalb der Projektgruppe eine Verständigung darauf, die Wirksamkeit der bislang mit Blick auf die Teilhabe am Arbeitsleben durchgeführten Leistungen und Prozesse als Grundlage der weiteren Diskussion anzusehen.

Unter dieser Prämisse wurde als eine Möglichkeit für die Verbesserung von Wirtschaftlichkeit

<sup>6</sup> vgl. Schröder/Knerr/Wagner, Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben, S.28, [http://www.bmas.de/coremedia/generator/34352/f392\\_forschungsbericht.html](http://www.bmas.de/coremedia/generator/34352/f392_forschungsbericht.html) (Zugriff am 13.11.2009); Schmidt, „Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation“, iqpr-Forschungsbericht Nr. 5/2007, S. 79, [www.iqpr.de](http://www.iqpr.de); Ansätze insbesondere zur Identifizierung von Erfolgsprädiktoren aber dort und bei Slesina/Rennert (2009), Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation, S. Roderer Verlag, Regensburg; Rauch/Dornette (2008): Längsschnittbefragung des IAB zur beruflichen Rehabilitation. Vortrag im Rahmen des 1. Werkstattgesprächs „Verlaufsdaten zu Gesundheit, Erwerbstätigkeit und Rehabilitation“ im Rahmen einer SPE-Pilotstudie; [http://www.bbs.charite.de/projekte/proj\\_neu/spe/Rauch\\_BeruflicheRehabilitation.pdf](http://www.bbs.charite.de/projekte/proj_neu/spe/Rauch_BeruflicheRehabilitation.pdf), (Zugriff am 13.11.2009); für Österreich vgl. grundlegend Blumberger, Berufliche Rehabilitation 2004, S. 205-223.

<sup>7</sup> Zur Wirksamkeit vgl. z.B. Haaf, Die Rehabilitation 2005 S. 259-276; zur Wirtschaftlichkeit aus volkswirtschaftlicher Sicht: PROGNO AG (Hrsg.) (2009) „Die medizinische Rehabilitation Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum“, Basel.

die Verkürzung des Gesamtprozesses der Rehabilitation durch eine verbesserte Ausgestaltung insbesondere der trägerübergreifenden aber auch der trägerinternen Prozessschritte angesehen. Denn bei einer Verkürzung des Gesamtprozesses werden Aufwendungen für unterhaltssichernde Leistungen vermindert und ggf. Beitragseinnahmen z.B. durch ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis erhöht. Ausdrücklich nicht von diesen Überlegungen umfasst werden sollte die Teilhabeleistung selbst und somit der Fokus einer generellen Verkürzung der eigentlichen Rehabilitationsleistung. Ebenso sollte eine zum Zwecke der Beschleunigung veränderte Gestaltung der trägerübergreifenden und -internen Prozesse nicht zu einer Reduktion der Qualität der Leistungserbringung und Einschränkung der Selbstbestimmung des Rehabilitanden führen.

Zusätzlich zu der vorgenannten Prämisse erschien nach Ansicht der Projektgruppe auch die Annahme gerechtfertigt, dass eine verbesserte inhaltliche Verzahnung von Prozessen, z.B. durch optimierten oder möglichst frühzeitigen Informationsaustausch, auch eine inhaltliche Verbesserung der Rehabilitation insgesamt und somit eine höhere Wirksamkeit zur Folge haben kann. Dann könnte bei ansonsten gleichbleibendem Aufwand davon ausgegangen werden, dass mit inhaltlich besser verzahnten Prozessen ein Wirtschaftlichkeitsgewinn erzielt werden kann. Der entsprechende Schwerpunkt auf der Betrachtung von Prozessen bei und zwischen den Rehabilitationsträgern wies zahlreiche Berührungspunkte zur Qualitätssicherung auf. Da die Rehabilitationsträger im Projektzeitraum jeweils in ihrem Bereich und auch trägerübergreifend zahlreiche Qualitätssicherungsvorhaben angestoßen hatten, die noch nicht abgeschlossen waren, stellte die Sammlung und Abstimmung einschlägiger Informationen eine besondere Herausforderung dar.

### **2.2. Teilauftrag: Trägerübergreifender Austausch und Vergleich zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

#### **2.2.1. Grundlagen**

Benchmarking als Analyse- und Planungsinstrument bezeichnet den zielgerichteten Vergleich unter mehreren Institutionen, um hierdurch mit Blick auf die Leistungsoptimierung bessere Methoden und Praktiken (Best Practices) zu identifizieren, zu verstehen, auf die eigene Situation anzupassen und zu implementieren. Die Durchführung eines Benchmarking beruht auf der Orientierung an den Besten einer vergleichbaren Gruppe. Best Practices existieren auf unterschiedlichen Betrachtungsebenen und treten unter anderem im Sinne der Effizienz (d.h. die Dinge richtig zu tun) auf der Detail- oder Prozessebene als Prozessbenchmarking auf. Beim Prozessbenchmarking werden innovative Lösungen aus den Vorgehensweisen anderer Institutionen mit dem Ziel der Prozessoptimierung generiert (vgl. auch das auf Ebene der BAR verabschiedete Glossar zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement, [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

Durch § 69 Abs. 5 SGB IV werden die Träger der Kranken- und Rentenversicherung, der gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand sowie die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung verpflichtet, in geeigneten Bereichen ein Benchmarking durchzuführen. Im Blickfeld des Gesetzgebers stehen dabei unter anderem vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots insbesondere die Prozesse und somit auch das Prozessbenchmarking der einzelnen Sozialversicherungsträger. Im Bereich der BA bilden die Vorgaben der §§ 7 SGB III und 7 BHO zu wirksamem und sparsamem Handeln zusammen mit dem allgemein anerkannten diesbezüglichen Nutzen des Instruments Benchmarking die Grundlage entsprechender Aktivitäten. Für den Leistungserbringerbereich werden teilweise Benchmarking durchgeführt<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Vgl. z.B. Gerdes et. al., Die Rehabilitation 2009, S. 190-201.

### 2.2.2. Expertenmeinung zum möglichen Umfang des Austauschs

Prozessbenchmarking liefert einerseits tiefgehende Informationen über die Prozesse der Vergleichspartner, ist jedoch andererseits in der Regel mit einem hohen Aufwand verbunden. Voraussetzung ist, dass die zu untersuchenden Prozesse präzise definiert, geeignet strukturiert und anhand relevanter Kriterien quantifiziert werden. Kennzeichnend für das Benchmarking ist darüber hinaus die Notwendigkeit einer ausreichenden und zweckmäßigen Datenbasis sowie die multidimensionale Aufbereitung der Daten häufig verbunden mit der Einführung eines Benchmarking-Tools. Zudem liegt eine wesentliche Herausforderung des Prozessbenchmarking in der Überprüfung der Ähnlichkeit von Prozessen sowie im Weiteren in der Ausarbeitung von Voraussetzungen, um entsprechend identifizierte Prozesse vergleichbar zu machen.<sup>9</sup>

Ausgehend hiervon wurden die Projektgruppenmitglieder gebeten, zu prüfen, inwieweit anonymisierte Laufzeiten-Daten der Projektgruppe zur Verfügung gestellt werden können. Im Ergebnis standen entsprechende Daten im erforderlichen Umfang auf Seiten der Mitglieder nur begrenzt oder gar nicht zur Verfügung. Eine ausreichende Datenbasis und somit die wesentlichen Grundlagen eines klassischen Prozessbenchmarking waren somit nicht erzielbar. Nach Auffassung der Projektgruppenmitglieder standen unter Berücksichtigung der zuvor genannten Voraussetzungen der Durchführung eines Benchmarking im herkömmlichen Sinne Schwierigkeiten beim Vergleich der jeweiligen sehr spezifischen Verwaltungsprozesse und Leistungsinhalte entgegen. Zudem werden die Prozesse der Rehabilitationsträger aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und Reha-Ziele sowie der unterschiedlichen Rahmenbedingungen als nicht vergleichbar bewertet.

### 2.2.3. Konkretisierung des Teilauftrages

Vor diesem Hintergrund wurde eine Anpassung und Konkretisierung des Projektauftrages erforderlich. Die Projektgruppe beschloss daher, zunächst größere Transparenz bezüglich der internen Abläufe untereinander herzustellen. Hierzu sollten unter anderem die jeweiligen Laufzeiten allgemein dargestellt und über die eigenen erfolgreichen Maßnahmen zur Verbesserung von Laufzeiten berichtet werden. Für die Darstellung und Bewertung der Laufzeiten sind die jeweiligen ursächlichen Umstände wesentlich. Hier sind u. a. zu nennen, Antwortzeiten bei der Sachaufklärung bei Versicherten oder Gutachtern, unumgängliche Wartezeiten für den Antritt von Leistungen und berechnete Wünsche der Versicherten beispielsweise bezogen auf den Beginn von Maßnahmen. Generell sollten nur trägerinterne Laufzeiten betrachtet und keine Verkürzung von Leistungen zur Teilhabe angestrebt werden (vgl. 2.1.5.4). Gleichwohl wurden im Nachgang seitens der GKV grundsätzliche Bedenken auch an einem solchen Austausch angeführt.

Die Projektgruppe hat darüber hinaus als einen weiteren Teilaspekt des Benchmarkings das Ziel des voneinander Lernens aufgegriffen. Dieser wurde auch und gerade ohne das Vorhandensein konkreter Kennzahlen als für die weitere Betrachtung wesentlich und geeignet betrachtet, das Ziel einer Optimierung von (trägerübergreifenden) Prozessschritten zu unterstützen. Um dies umzusetzen wurde ein allgemeiner Austausch von Beispielen guter Praxis der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und der erfolgreichen Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in einzelnen Trägerbereichen in Angriff genommen.

## 2.3. Teilauftrag: Qualitätssicherung

Eine Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ besteht bereits. Darüber hinaus wird das Themenfeld „Qualitätssicherung“ auch von anderen Vorhaben, wie z.B. der Arbeitsgruppe II von RehaFutur, bearbeitet. Da die Projektgruppenmitglieder größtenteils auch in diesem Vorhaben

<sup>9</sup> vgl. [www.benchmarking.fraunhofer.de/Benchmarking/prozessbenchmarking](http://www.benchmarking.fraunhofer.de/Benchmarking/prozessbenchmarking).

## KAPITEL 2

---

engagiert sind, sollte durch die Überprüfung möglicher inhaltlicher Überschneidungen zwischen RehaFutur und dem vorliegenden Projekt Doppelarbeit vermieden werden. Hierdurch kam es zu zeitlichen Verzögerungen, die eine Konzepterstellung im gegebenen Zeitrahmen unmöglich machten. Vor diesem Hintergrund wurde eine Konkretisierung des Projektauftrages vorgenommen.

Nach einer Bestandsaufnahme über bei den Rehabilitationsträgern bestehende Erfahrungen zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation, insbesondere mit Blick auf das Ziel "Teilhabe am Arbeitsleben", sollte soweit möglich die Übertragbarkeit einzelner Aspekte der Qualitätssicherung bzw. entsprechende Synergien geprüft werden.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Abstimmung eines Bezugsrahmens für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation

##### 3.1.1. Abstimmung von Begrifflichkeiten

Die nachfolgend aufgeführten 30 Begrifflichkeiten sind bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Innerhalb der Projektgruppe konnte eine Abstimmung über die bei der weiteren Arbeit zu Grunde zulegenden Definitionen erzielt werden (Glossar vgl. Anhänge, Kapitel 6.3).

- Berufliche (Re)Integration/Eingliederung
- Erfolg
- Direkte Kosten
- Frühzeitigkeit
- Indikatoren
- Indirekte Kosten
- Kosten/Aufwand (vgl. auch Wasem et al., „Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie“, S. 21ff.)
- Kostenminimierungsanalyse (vgl. Krauth et. al., Die Rehabilitation 2005, S. 297-306)
- Kosten-Nutzen-Analyse (vgl. Krauth et. al., Die Rehabilitation 2005, S. 297-306)
- Kosten-Wirksamkeits-Analyse (vgl. ebda.)
- Laufzeit
- Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation
- Monetärer Nutzen
- Nachhaltigkeit
- Outcomes (vgl. Bullinger, Ravens-Sieberer, Kapitel 17, S. 305 ff.)
- Personenbezogene Kontextfaktoren
- Prädiktoren (vgl. auch Kreuzpointner, Rehabilitation 2009, S. 102-110)
- Prozess-/Routinedaten
- Prozesssteuerung
- Qualitativer Nutzen
- Qualität von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation
- Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation
- Rehabilitationsphase
- Rehaprozess
- Schnittstellen (vgl. auch Welti, Rehabilitation 2008, S. 236-242; Kayser et al. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2002, S. 101ff.)
- Umweltbezogene Kontextfaktoren
- Vermittlungsprozess
- Volkswirtschaftliche Perspektive (vgl. auch Blumberger, Berufliche Rehabilitation 2004, S. 205ff.)
- Wirksamkeit (Effektivität) von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation
- Wirtschaftlichkeit (Effizienz) im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

### 3.1.2. Kriterien/Indikatoren für die Zielerreichung, den Nutzen und den Aufwand/die Kosten

Die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit setzt die Bestimmung eines Maßes für die Bewertung der angestrebten Zielerreichung und des zur Erreichung dieser Ziele eingesetzten Aufwands voraus. Im Projektverlauf zeigte sich, dass eine gemeinsame Einschätzung der Kriterien für die Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ nicht möglich war. Als problematisch erwies sich dabei weniger ein rein theoretischer Konsens über die als wünschenswert anzusehenden Kriterien. Vielmehr war vor dem Hintergrund der tatsächlich verfügbaren Daten eine Abstimmung in dem Sinne, dass eine konsequente Erhebung der als wünschenswert angesehenen Kriterien in der Praxis gefordert werden könnte, derzeit größtenteils nicht durchführbar.

Gleichwohl sollte eine erste Grundlage für die als erforderlich erachtete weitere diesbezügliche trägerübergreifende Arbeit geschaffen werden. Daher wurde zu den für die Projektarbeit nach Einschätzung der Projektgruppe wichtigsten bislang in Wissenschaft und Praxis zu findenden Kriterien eine Einschätzung der verschiedenen Trägerbereiche eingeholt. Es wurden aus fachlicher Sicht eingeschätzt:

- Geeignetheit für die Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“
- Gegenwärtige Möglichkeit der Erhebung entsprechender Daten mit vertretbarem Aufwand
- Zukünftige Möglichkeit der Erhebung entsprechender Daten mit vertretbarem Aufwand

#### 3.1.2.1 Kriterien/Indikatoren für die Beurteilung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“

Zu folgenden Kriterien konnte aus den meisten Trägerbereichen eine Einschätzung eingeholt werden. Zu den Einzelheiten vgl. Anhänge, Kapitel 6.4.

- Art der formalen Integration in das Arbeitsleben
  - Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung –
    - unbefristete Stelle,
    - befristete Stelle,
    - Vollzeit/Teilzeit
  - Selbständigkeit
- Qualität der Integration in das Arbeitsleben
  - Ausbildungsadäquanz der Beschäftigung
  - Leidensgerechte Beschäftigung
  - Einkommen im Vergleich zur vorherigen Stelle
- Nachhaltigkeit/Dauerhaftigkeit der Integration in den Arbeitsmarkt
  - Zeitpunkt der Integration
  - Qualität und formale Art der Integration (vgl. oben)
  - Nachbetrachtungszeitraum:
    - 6 Monate,
    - 12 Monate,
    - 24 Monate,
    - 5 Jahre
  - Dauerhaftigkeit der Integration
    - Es genügt irgendeine Beschäftigungsdauer während des Nachbeobachtungszeitraums
    - Es wird eine Mindestdauer der Beschäftigung während des Nachbeobachtungszeitraums vorgegeben

- Leistungsspezifische Erfolgskriterien:
  - Integrationsquote für die Teilnehmer einer Leistung zur Teilhabe und Rehabilitation unter Berücksichtigung der o.g. Kriterien (Methodische Problematik)
  - Differenzierung nach
    - Vollausbildung
    - Teilausbildung

### 3.1.2.2 Weitere Kriterien

Zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit bedeutsamen Kriterien zur Bestimmung des monetären Nutzens und des mit der Rehabilitation verbundenen Aufwands hat die BAR-Geschäftsstelle aufgrund einer Literaturanalyse Vorschläge unterbreitet, welche Kriterien in die Betrachtung einzubeziehen sein könnten. Ein vertiefter Austausch wurde von der Projektgruppe als nicht prioritär angesehen.

In der Literatur ebenfalls häufig anzutreffende Kriterien zur Bestimmung des Zieles „Erhalt der Erwerbsfähigkeit“ und der „Zufriedenheit der Rehabilitanden“ wurden angesichts der Festlegung auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“ nicht weiter behandelt.

### 3.1.2.3 Fazit

Der in weiten Teilen bestehende Konsens zur Einschätzung einzelner möglicher Kriterien / Indikatoren für die Erreichung des Rehabilitationszieles „berufliche (Re)Integration“ bietet eine gute Grundlage für weitergehenden Austausch in diesem Bereich. Ein solcher wird nicht zuletzt in Anbetracht der entsprechenden Expertenempfehlungen auch für erforderlich gehalten, um die bestehenden Erkenntnisse zu bündeln und letztlich zu einer Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu gelangen.

Thematisch könnte dabei der Schwerpunkt liegen auf

- dem Nachbetrachtungszeitraum
- der Bedeutung der Dauer der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung innerhalb dieses Zeitraums
- der Bedeutung der Art der formalen Integration in das Arbeitsleben
- Möglichkeiten zur Verbreiterung einer einheitlichen Datengrundlage

Darüber hinaus erscheint perspektivisch eine intensivere Aufbereitung und trägerübergreifende Abstimmung der zur Einschätzung des monetären Nutzens und des mit der Rehabilitation jeweils verbundenen Aufwands weiterhin lohnenswert. Erste diesbezügliche Ansätze bestehen auf Ebene der einzelnen Rehabilitationsträger bereits in der „Kosten-Leistungsrechnung“.

### 3.1.3. Grafische Aufbereitung der Rehabilitationsprozesse in den jeweiligen Trägerbereichen

Als Ausgangspunkt für die Schaffung eines gemeinsamen Bezugsrahmens wurde von der BAR-Projektgruppe eine grafische Aufbereitung der Rehabilitationsabläufe in den einzelnen Trägerbereichen in Bezug auf das Rehabilitationsziel „berufliche (Re)Integration“ angesehen. Die Ergebnisse des diesbezüglichen Austauschs mit den in der Projektgruppe vertretenen Experten der Rehabilitationsträger lässt sich den folgenden Übersichten entnehmen.

Abbildung 1 ordnet die in den einzelnen Trägerbereichen mit Blick auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“ relevanten Prozesse in ein vereinfachendes Gesamtschema des Rehabilitationsgeschehens ein. Um die Lesbarkeit zu verbessern, ist diese Darstellung dem Bericht auch als DIN A 3-Beilage angefügt. Die zusammenfassende Abbildung basiert auf einem stark vereinfachenden Schema

## KAPITEL 3

eines hypothetisch möglichen Rehabilitationsgeschehens. Dabei werden die drei möglichen Hauptphasen eines Rehabilitationsgeschehens mit dem Ziel „berufliche (Re)Integration“ - „medizinische Rehabilitation“, „berufliche Rehabilitation“ und „Vermittlungsprozess“ - als Kurvenverläufe typisierend veranschaulicht. Dem so geschaffenen vereinfachenden und veranschaulichenden Rahmen werden die in den einzelnen Rehabilitationsträgern durchgeführten Prozesse mit Bezug zum Ziel „berufliche (Re)Integration“ zugeordnet.

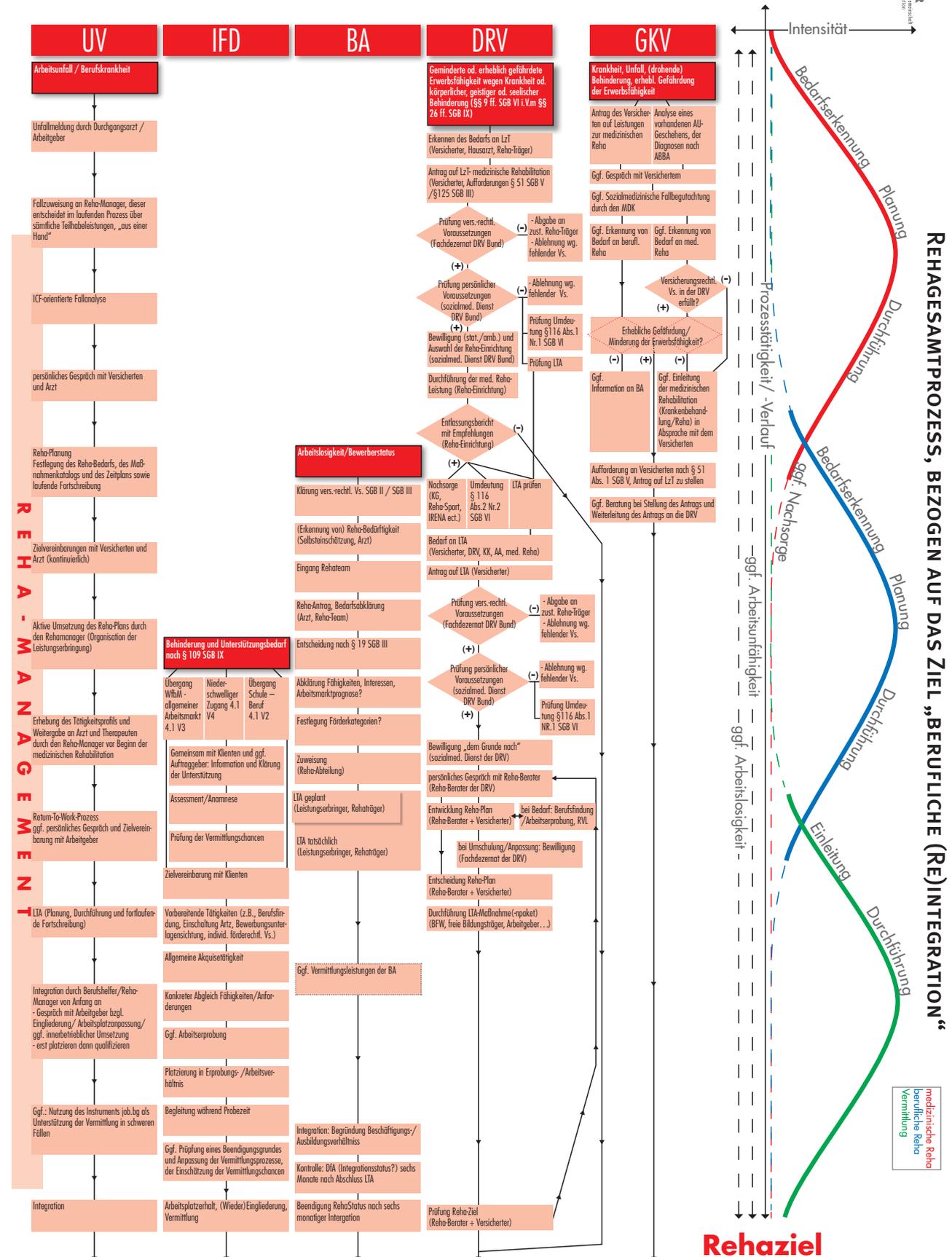
Die gestrichelten Linien der Kurven verdeutlichen, dass die einzelnen Phasen - oder Elemente von diesen - über den Prozessverlauf betrachtet in der Praxis mindestens teilweise durchaus parallel durchgeführt werden. Dass sich die einzelnen Phasen des Rehabilitationsgeschehens immer wieder überschneiden können, zeigt sich beispielhaft am Vermittlungsprozess der IFDe. Die dortige Abprüfung der individuellen Fördervoraussetzungen kann ggf. der Einstieg in eine LTA bei der Bundesagentur für Arbeit sein.

So werden ein erster Gesamtüberblick über die verschiedenen Schwerpunkte des Rehabilitationsgeschehens bei den Trägern insgesamt und erste Rückschlüsse auf Phasen des Rehabilitationsgeschehens, in denen Schnittstellen bestehen, ermöglicht. Die in Abbildung 1 ohne Detailwiedergabe aufgezeigten Prozesse in den einzelnen Trägerbereichen sind auf den folgenden Seiten gesondert dargestellt.

Bei der weiteren Betrachtung der trägerinternen und trägerübergreifenden Prozesse und Abläufe bietet sich aus Sicht der Projektgruppe die Anknüpfung an die nachfolgenden Darstellungen an. Dabei könnte in einer nächsten Stufe die Darstellung der verschiedenen Schnittstellen – auch zu den Leistungserbringern - herausgearbeitet werden, um eine verbesserte Grundlage für den diesbezüglichen trägerübergreifenden Austausch zu schaffen.

# KAPITEL 3

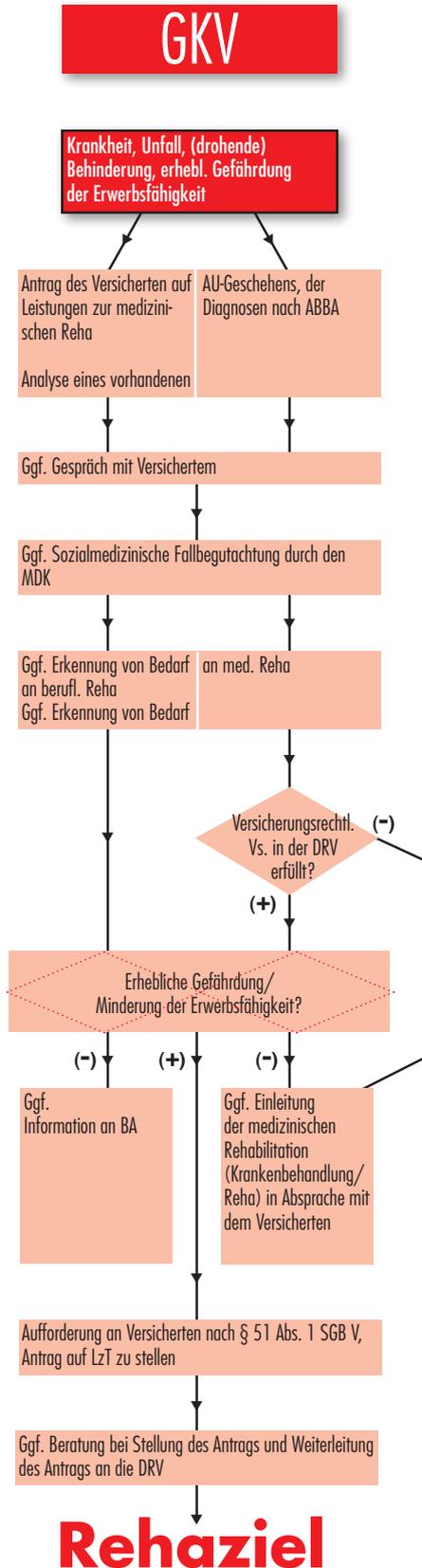
Abbildung 1: Rehagesamtprozess



REHAGESAMTPROZESS, BEZOGEN AUF DAS ZIEL „BERUFLICHE (RE)INTEGRATION“

medizinische Reha  
berufliche Reha  
Vermittlung

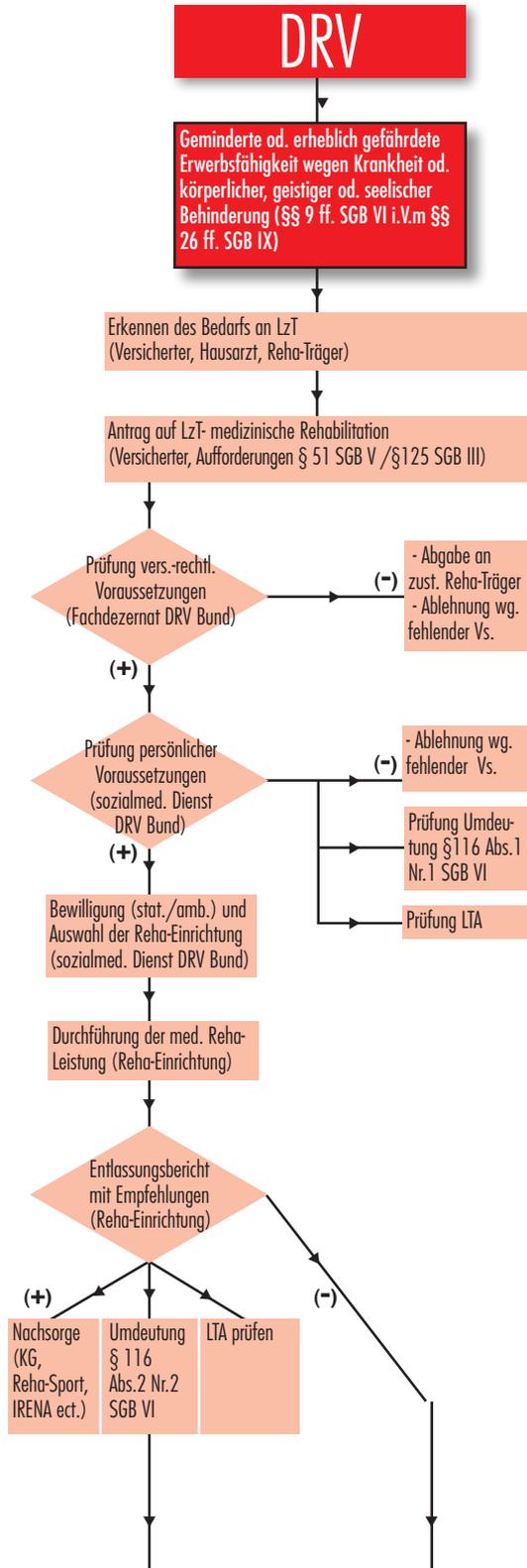
Abbildung 2: Rehaprozesse GKV



Prozesse bei der Erkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe bei der GKV

# KAPITEL 3

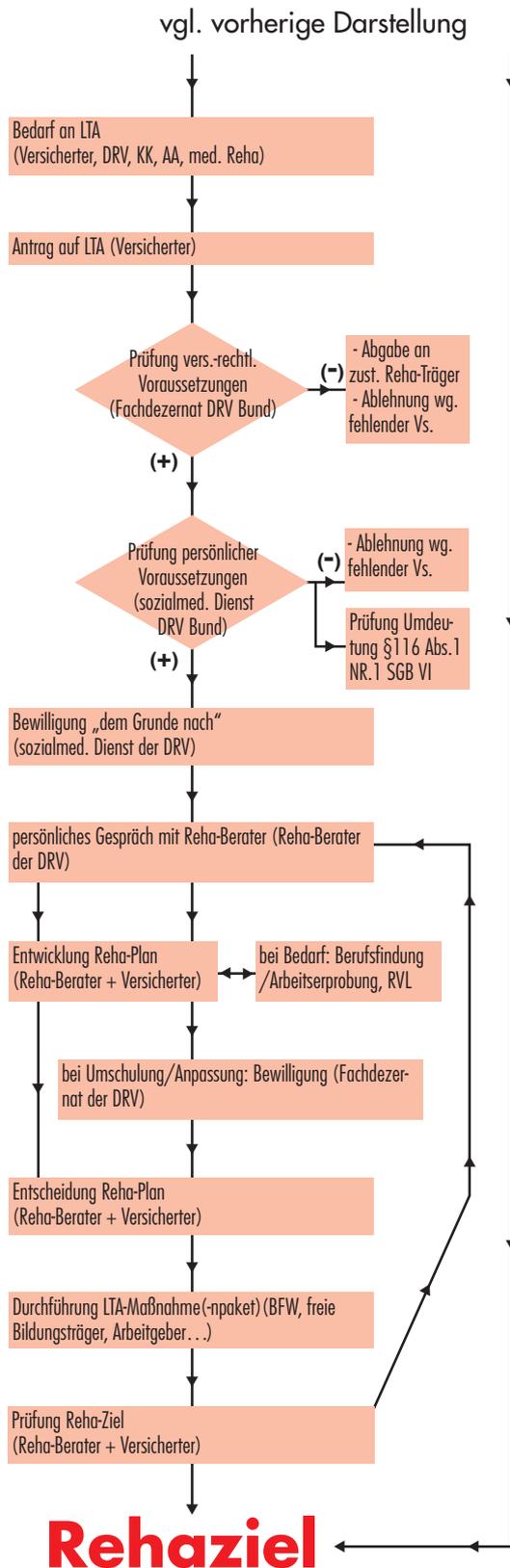
Abbildung 3 Rehaprozesse DRV I



vgl. nachfolgende Darstellung

Rehaprozess bei der DRV I

**Abbildung 4: Rehaprozesse DRV II**



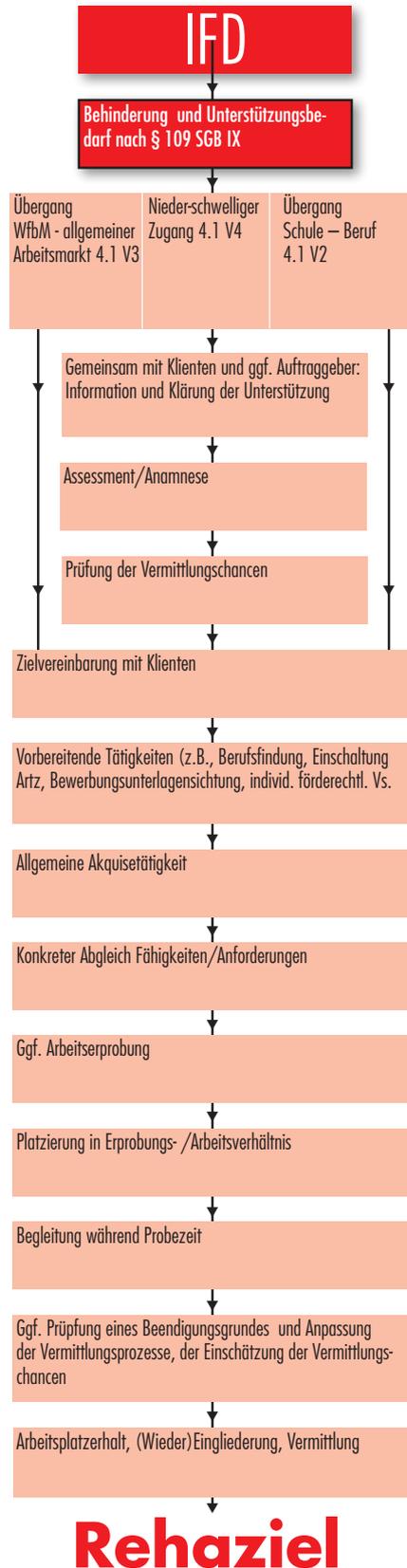
**Rehaprozess bei der DRV II**

## Abbildung 5: Rehaprozesse BA



Rehaprozess bei der BA

**Abbildung 6: Vermittlungsprozesse IFD**



Vermittlungsprozess bei den Integrationsfachdiensten

basierend auf: KASSYS, 3. Aufl.

**Abbildung 7: Rehaprozesse DGUV**



**Vereinfachtes („Lineares“) Modell eines Reha-Verlaufs  
in der DGUV am Beispiel der VBG**

### 3.2. Entwicklung eines Optimierungskonzepts: Ansatzpunkte zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation

#### 3.2.1. Kurzüberblick über projektrelevante Erkenntnisse in der Fachliteratur

Die Fachliteratur zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation weist im begrenzten Rahmen der im Projekt möglichen Analyse ein sehr heterogenes Bild auf.

##### 3.2.1.1 Wirksamkeit von Rehabilitation hinsichtlich des Ziels „berufliche (Re)Integration“

###### 3.2.1.1.1 Medizinische Rehabilitation

Zu Wirksamkeitsfragen in der medizinischen Rehabilitation besteht eine Fülle von Literatur. Allerdings sind die Ziele, die in den einschlägigen Publikationen der Wirksamkeitsbetrachtung zu Grunde gelegt werden, verschiedenartig. Häufig wird die Wirksamkeit anhand von einzelnen Befragungsinstrumenten gemessen, die ihrerseits wiederum nur Aussagen über einen begrenzten Teilbereich der umfassenden Rehabilitationsziele (vgl. Anhänge, Kapitel 6.2) ermöglichen<sup>10</sup>. Die getroffenen Aussagen sind darüber hinaus grundsätzlich bezogen auf spezifische Diagnosen und ggf. spezifische Rehabilitationsleistungen oder ergänzende Konzepte wie z.B. die Nachsorge<sup>11</sup>. Aussagen zur Wirksamkeit mit Blick auf das im Projekt vorrangig betrachtete Ziel „berufliche (Re) Integration“ (vgl. Glossar in den Anhängen, Kapitel 6.3) werden in unterschiedlicher Weise getroffen. Teils wird insoweit auch auf die Entwicklung der AU-Zeiten im Nachgang zur Rehabilitation abgestellt<sup>12</sup>. Teils wird die Dauer der Erwerbstätigkeit in einem, jeweils wieder unterschiedlich angelegten, Nachbetrachtungszeitraum erfasst. Dabei wird häufig das Vorliegen einer einmonatigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung als Indikator für die berufliche (Re)Integration angesehen<sup>13</sup>. Oft wird auch als Überbegriff der sogenannte sozialmedizinische Status herangezogen, der unter anderem, je nach Autor unterschiedliche, Kriterien für die berufliche Reintegration enthält. Insgesamt bleibt, dass es zwar zahlreiche belastbare Hinweise auf die Wirksamkeit der medizinischen Rehabilitation hinsichtlich des Zieles „berufliche (Re)Integration“ gibt. Eine einheitliche Betrachtungsweise, die eine Zusammenfassung der diversen Erkenntnisse zur beruflichen (Re) Integration ermöglichen würde, hat sich soweit derzeit erkennbar, noch nicht durchgesetzt.

###### 3.2.1.1.2 Berufliche Rehabilitation

Im Bereich der Wirksamkeitsforschung im Bereich der beruflichen Rehabilitation besteht bei insgesamt deutlich geringerem Literaturbestand ebenfalls ein ähnlich unterschiedliches Verständnis von „beruflicher (Re)Integration“. Daneben kommen hier besondere Unterschiede in den mit der Rehabilitation in den einzelnen Trägerbereichen vorrangig verfolgten Zielen zum Tragen. So ist beispielsweise für den Bereich der BA die schnelle Integration in Arbeit maßgeblich, während im Bereich der DRV Bund auch verstärkt die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit fokussiert wird. Über diese uneinheitlichen Ziele hinaus ist jedoch das zentrale Hindernis für Aussagen zur Wirksamkeit das Fehlen methodisch belastbarer Erkenntnisse zu Wirkungszusammenhängen in der beruflichen Rehabilitation. Hauptgrund dafür ist die teilweise so bezeichnete „Vergleichsgruppenproblematik“. Um zu Erkenntnissen über Wirkungsmechanismen zu gelangen ist es methodisch erforderlich, eine zur Interventionsgruppe vergleichbare Kontrollgruppe bereit zu stellen. Da der Kontrollgruppe ggf. gesundheits- und existenzsichernde Leistungen vorenthalten werden müssten,

10 Vgl. z.B. Bührlen/Gerdes/Jäckel, Die Rehabilitation 2005, S. 63-74; Wollmerstedt et. al. Die Rehabilitation 2004 S. 233-240; Zwingmann, Die Rehabilitation 2003, S. 226-235; zusammenfassend Haaf, siehe Fn. 7.

11 Vgl. z.B. Klosterhuis et. al., Selbsthilfejahrbuch 2002, S. 90-100.

12 Vgl. z.B. Slesina, Gesundheitswesen 2008, S. 329-338.

13 Buschmann-Steinhage, Suchttherapie 2008, S. 63-69.

sind hier insbesondere ethisch-rechtliche Probleme aufgeworfen. Doch zudem ist es auch faktisch schwierig, zwei für statistische Analysen ausreichend große Gruppen zu finden, die zugleich hinsichtlich der zahlreichen möglichen Einflussfaktoren auf die berufliche (Re)Integration<sup>14</sup> vergleichbar sind. Eine Lösung für diese Problematik steht noch aus<sup>15</sup>.

### 3.2.1.2 Wirtschaftlichkeit von Rehabilitation hinsichtlich des Ziels „berufliche (Re)Integration“

Zur Wirtschaftlichkeit haben sich insbesondere im Zusammenhang mit dem gemeinsamen Förderschwerpunkt „Rehabilitationswissenschaften“ des BMBF und der DRV in den vergangenen Jahren zahlreiche Forschungsaktivitäten ergeben<sup>16</sup>. Dass dabei wiederum der Schwerpunkt auf der medizinischen Rehabilitation liegt, ist folgerichtig, da Wirtschaftlichkeit letztlich nur beurteilt werden kann, wenn auch Erkenntnisse zur Wirksamkeit bestehen. Dabei fließt in diese Betrachtungen auch verstärkt der Aspekt der durch medizinische Rehabilitation erreichten(baren) beruflichen (Re)Integration ein.

Mit Näherungen können auch im Bereich der LTA Aussagen zur Wirtschaftlichkeit getroffen werden. Insgesamt zeichnen sich hinsichtlich der zu berücksichtigen Kriterien und Indikatoren (z.B. monetärer Nutzen, eingesetzte Mittel etc.) erste Modelle zur Wirtschaftlichkeitsbetrachtung ab<sup>17</sup>. Insgesamt können betriebswirtschaftliche und volkswirtschaftliche<sup>18</sup> Ansätze unterschieden werden. Eine besondere Aufmerksamkeit bei der Analyse von Ansätzen, die möglicherweise einen wirtschaftlicheren Mitteleinsatz in der Rehabilitation ermöglichen könnten, erhalten verstärkt die Abläufe innerhalb und zwischen den Rehabilitationsträgern und anderen Akteuren der Rehabilitation. Dabei geht es vor allem um Schnittstellen bei Übergängen zwischen verschiedenen Trägern und anderen Akteuren, aber auch zwischen verschiedenen Abschnitten des Rehabilitationsgeschehens. Diesbezüglich wird in unterschiedlichen Zusammenhängen/Studien davon ausgegangen, dass eine Optimierung von Schnittstellen zu einem verbesserten Mitteleinsatz führen kann<sup>19</sup>. Über diese Perspektive der Prozessoptimierung hinaus werden weiterhin zahlreiche Ansätze zur inhaltlichen Verbesserung von Rehabilitation untersucht, u.a. auch die frühzeitige Bedarfserkennung mit Blick auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“<sup>20</sup>. Einen über konkrete Wirksamkeitsbetrachtungen hinausgehenden zukunftsweisenden Ansatz verfolgt die vom BMAS ins Leben gerufene Initiative „RehaFutur“<sup>21</sup>. Der bisherige Schwerpunkt dieses Vorhabens liegt darin, auf der Basis des bisherigen Systems der beruflichen Rehabilitation Handlungsfelder für die zukünftige Entwicklung zu benennen.

### 3.2.2. Inhalte und Ergebnisse des trägerübergreifenden Expertenworkshops in Erkner am 10./11.02.2009 mit Blick auf ein Konzept zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Ausgehend von dem Gedanken, durch ein Networking und somit einer Zusammenarbeit vor Ort Ansatzpunkte zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation

14 Vgl. z. B. Slesina (2009), vgl. Fn. 6. Hansmeier/Müller-Fahrnow et. al. (2002). „Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation“, [http://www.bbs.charite.de/projekte/fs\\_proj/ts\\_a/a2/BBS\\_A2\\_Abschlussbericht.pdf](http://www.bbs.charite.de/projekte/fs_proj/ts_a/a2/BBS_A2_Abschlussbericht.pdf) (Zugriff am 13.11.2009).

15 Schröder et. al. (2009) und Schmidt (2007), vgl. Fn. 6.; Plath/Blaschke, MittAB 1999, S. 61-69; Eser, Berufliche Rehabilitation 2001, S. 347-360; Seyd in BfA (Hrsg.): Rehabilitation 1999 - Fachtagung zur beruflichen Rehabilitation der BfA, Berlin, S. 42-65. zur beruflichen Rehabilitation Jugendlicher vgl. auch Faßmann/Lenk/Maier-Lenz/Steger, Die Rehabilitation 2005, S. 107-112;

16 Vgl. Übersicht in DRV Bund/BMBF (Hrsg.) (2009) „Forschung in der Rehabilitation“, download unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Wissenschaften > Förderschwerpunkte (Zugriff am 13.11.2009).

17 Krauth et. al., Die Rehabilitation 2005, S. 287-306; Streibelt et. al., Die Rehabilitation 2008 S. 150-157; Wasem et. al., in Krauth/Petermann (Hrsg.) (2006), Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie, S. 21-35.

18 Vgl. z.B. Blumberger, siehe Fn. 6; Wegner, Die Rehabilitation 2001, S. 131-137. PROGNOSE AG (Hrsg.), siehe Fn. 7.

19 Fuchs (2009) und Petermann (Hrsg.) (2005), siehe Fn. 11.

20 Streibelt, Die Rehabilitation 2009, S. 135-144.

21 Riedel et. al., Fn. 28.

und Teilhabe zu identifizieren, wurde die Durchführung eines Expertenworkshops als ein zielführender Projektschritt zur Konzepterstellung angesehen. Der Expertenworkshop wurde am 10./11.02.2009 in Erkner durchgeführt. Teilnehmergruppe des Workshops waren Führungskräfte der jeweiligen Leistungsträger. Wesentliche Schwerpunkte des Workshops stellten der Austausch über das Themenfeld Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit, Zusammenarbeit und Transparenz sowie Prozesssteuerung und Qualitätssicherung dar. Die Thematik „Begrifflichkeiten und Indikatoren/Kriterien“, die zunächst auf Anregung der BAR-Geschäftsstelle als ein mögliches Kernelement des Workshops betrachtet wurde, wurde in die jeweiligen Einzelthemen eingebracht. Ziel des Workshops war es, einen größeren Expertenkreis, dessen Umfang ein regelhaftes Zusammentreffen ausschließt, zusammenzuführen, um auf breiter Basis und mit wissenschaftlicher Unterstützung Erfahrungen und Erkenntnisse zu den Projektfragestellungen auf aktuellem Stand auszutauschen und Projektfragestellungen näher gehend zu betrachten und zu beraten. Dabei sollten neben einem Austausch über Begriffsverständnisse und grundsätzliche Rahmenbedingungen und Erkenntnissen über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe insbesondere konkrete Verbesserungsmöglichkeiten zu den thematischen Schwerpunkten des Workshops vorgeschlagen werden.

Im Ergebnis wurde aufbauend auf den Erkenntnissen des Workshops von Seiten der Expert/innen eine Reihe von Handlungsempfehlungen zur Identifizierung von Optimierungsmöglichkeiten von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für die weitere Arbeit der Projektgruppe ausgesprochen (vgl. Anhänge, Kapitel 6.5)<sup>22</sup>.

### 3.2.3. Auswahl der vorrangig betrachteten Handlungsfelder

Vor dem Hintergrund der näherungsweise Annahmen und der Festlegung auf das vorrangig als Maßstab für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit anzulegende Rehabilitationsziel „berufliche (Re)Integration“ (vgl. 2.1.5.1) waren die bislang in Wissenschaft und Praxis identifizierten Hinweise und Ansatzpunkte für eine optimierte Gestaltung von Rehabilitation zu betrachten. Es ergab sich eine Fülle möglicher Ansatzpunkte für eine Optimierung, wie insbesondere an den zahlreichen Handlungsempfehlungen aus dem Expertenworkshop in Erkner zu erkennen ist (vgl. Kapitel 3.2.2). Angesichts dieser Anzahl war eine Auswahl von mit Blick auf die zuvor vorgenommenen Konkretisierungen und Annahmen sowie die im Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen prioritär zu bearbeitenden Handlungsfeldern vorzunehmen.

Über die im Workshop erarbeiteten Empfehlungen hinaus hat die Projektgruppe übereinstimmend weitere Handlungsfelder identifiziert, deren vertiefte Betrachtung mit Blick auf die konkrete Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation innerhalb der Projektlaufzeit aussichtsreich erschien. Insgesamt wurden insbesondere im Nachgang zum Expertenworkshop nachfolgend aufgeführte Themenkomplexe als prioritär angesehen:

- Erarbeitung von Begrifflichkeiten und Kriterien/Indikatoren zur Erfassung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. 3.1.1, 3.1.2)
- Optimierung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf (vgl. 3.2.4.1)
- Verbesserung von Schnittstellen (vgl. 3.2.4.2)
- Etablierung einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ (vgl. 3.2.4.3)
- Vermittlungsprozesse (vgl. 3.2.4.4)
- Datenschutz in der Rehabilitation (vgl. 3.2.4.5)

<sup>22</sup> Einzelheiten sind dem Tagungsbericht zu entnehmen, der über die BAR-Geschäftsstelle bezogen werden kann; Viele der zentralen Handlungsfelder waren - unter anderem Blickwinkel - auch bereits von der Arbeitsgruppe „Perspektiven der Rehabilitation“ des Sachverständigenrates der Ärzteschaft bei der BAR aufgezeigt worden, vgl. Seger, Petri et. al. Das Gesundheitswesen 2008, S. 267-280.

- Verbesserung der Information der Bürger über Rehabilitation (vgl. 0)
- Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten (vgl. 3.2.4.7)
- Flexibilisierung von Kammerprüfungsterminen (vgl. 3.2.4.8)

### **3.2.4. Konkrete Ansätze zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit auf der Grundlage des bisherigen Wissensstandes aus dem Projekt**

#### **3.2.4.1 Optimierung der frühzeitigen Bedarfserkennung**

Konkret wurden mit Blick auf das im Projekt vorrangig betrachtete Reha-Ziel der „beruflichen (Re)Integration“ Möglichkeiten zur Optimierung der frühzeitigen Erkennung des entsprechenden Bedarfs untersucht.

Dazu fand zum einem ein vertiefter Austausch über in einzelnen Trägerbereichen durchgeführte interne Abläufe statt. Hier ging es hauptsächlich darum, welche Kriterien, mit denen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben möglicherweise frühzeitig erkannt werden kann, in den rehabilitationsbezogenen Abläufen genutzt werden könnten. Ziel war es, Möglichkeiten zur weiteren Optimierung der frühzeitigen Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu identifizieren. In einem trägerübergreifenden Vorhaben (Projekt FELTA) waren bislang nur wenige konkrete Verbesserungspotentiale aufgezeigt worden. Im Rahmen des Austauschs in der Projektgruppe „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ zeigte sich insbesondere, dass zwischenzeitlich fortgeschrittene Instrumente zur frühzeitigen Erkennung spezifischen Rehabilitationsbedarfs entwickelt wurden und derzeit bei der DRV Bund erprobt werden (vgl. Anhänge, Kapitel 6.6). Eine Empfehlung für die Übertragbarkeit der dort verwendeten Kriterien wurde ohne wissenschaftliche Begleitung für nicht durchführbar angesehen. Auch Details der Bedarfserkennung/-feststellung in den Bereichen der UV sowie der BA (Profiling) wurden entsprechend nicht weiter aufgegriffen. Weiterhin wurden auch Möglichkeiten zur Optimierung der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ untersucht und auf Ebene der Projektgruppe abgestimmt (vgl. Anhänge, Kapitel 6.7.3).

Zum Anderen wurden Überlegungen zur optimierten Ausgestaltung der möglichst frühzeitigen Übergänge und Konvergenz der Rehabilitationsaktivitäten sowohl zwischen Rehabilitationsträgern und anderen Akteuren der Rehabilitation als auch zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation vorgenommen. Diesbezüglich wurden insbesondere einschlägige Modellprojekte einer zusammenfassenden Betrachtung unterzogen (vgl. Anhänge, Kapitel 6.8). Auch Optimierungspotentiale der Gemeinsamen Empfehlungen „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ (VIK) und „Teilhabeplan“ wurden untersucht (vgl. Anhänge, Kapitel 6.7). Darüber hinaus bestand in der Projektgruppe Einigkeit, dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX ein hilfreiches Instrument sein kann, um den Rehabilitanden selbst und insbesondere betriebliche Ressourcen möglichst frühzeitig für arbeitsweltbezogene Rehabilitationsbedarfe zu sensibilisieren und einzubinden<sup>23</sup>.

Insgesamt wurden zahlreiche Ansätze und Erkenntnisse zur frühzeitigen Feststellung eines Teilhabebedarfs bei den einzelnen Rehaträgern zusammenfassend dargestellt. Diese sind teilweise Ergebnis langjähriger Praxis (Krankengeldfallmanagement, ABBA 2004, Weller-Tabelle), teilweise Ergebnisse temporärer und/oder regional begrenzter Projekte (Bayer BKK, Modellprojekte zur medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation). Detailliertere Instrumente zur Erkennung besonderer Bedarfslagen sind insbesondere im Bereich der DRV derzeit in der Erprobung. Im Ergebnis

<sup>23</sup> Vgl. grundlegend Gagel, NZA 2004, S. 1359ff.

wurde eine Verständigung über zusätzlichen Handlungsbedarf zur Optimierung der frühzeitigen Bedarfserkennung konstatiert. Dieser besteht u.a.<sup>24</sup> in

- weiterem vertieftem Austausch über die in den jeweiligen Trägern verwendeten „Aufgreifkriterien“, dabei insbesondere Prüfung der Übertragbarkeit bereits validierter Instrumente z.B. aus dem Bereich der DRV
- Prüfung einer möglichen Vertiefung der Erkenntnisse zur Bedarfsfeststellung analog zu Modell-Projekten wie „Petra“
- Prüfung der bei den Trägern verwendeten Instrumente zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf Schnittstellen zu den anderen Trägern und Entwicklung von Verfahren der Kooperation
- Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“, die insbesondere die Ergebnisse des vertieften Austauschs berücksichtigt, um diese zielgerichteter anwenden zu können bzw. eine größere Praxisnähe herzustellen (vgl. die Vorschläge in den Anhängen, Kapitel 6.7)
- Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung „VIK“ und „Teilhabeplan“, unter dem besonderen Aspekt der spezifischen Zusammenarbeit bei der frühzeitigen Bedarfserkennung (vgl. die Vorschläge in den Anhängen, Kapitel 6.7).

### 3.2.4.2 Optimierung von Schnittstellen<sup>25</sup>

Auch über den Bereich der frühzeitigen Bedarfserkennung hinaus stellte die Optimierung der Gestaltung von Schnittstellen zwischen den Akteuren im Rehabilitationsgeschehen ein maßgebliches Element der Projektarbeit dar. Schnittstellenprobleme wurden gesammelt, strukturell und funktionell charakterisiert sowie Möglichkeiten aufgezeigt und teilweise vereinbart, die eine rationale Ausgestaltung von Schnittstellen und der Leistungserbringung an diesen sicherstellen. Dabei wurden vorrangig die Schnittstellen zwischen Rehabilitationsträgern betrachtet.

Eine Optimierung und Klärung entsprechender Schnittstellenprobleme konnte unmittelbar im Projektverlauf durch nachfolgend dargestellte Absprachen und/oder Vereinbarungen erzielt werden: Eine Übersicht über Schnittstellenprobleme, die während der Projektlaufzeit noch keiner Klärung zugeführt werden konnten, findet sich in den Anhängen unter Kapitel 6.9. Spezielle Schnittstellenbereiche wie der Vermittlungsprozess sowie Fragen des beim Informationsmanagement an Schnittstellen oft maßgeblichen Datenschutzes wurden gesondert behandelt (vgl. Kapitel 3.2.4.4 und 3.2.4.5).

#### **(1) Schnittstellenoptimierung durch verbesserte Kommunikation in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit insbesondere im Bereich der (Re)Integration**

Zur Beschleunigung und somit Optimierung der trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der (Re)Integration von Rehabilitanden stellt die BA zentral den örtlichen Gemeinsamen Servicestellen ergänzende Kontaktdaten zur Verfügung.

Übereinstimmend wurde von den Projektteilnehmern zusätzlich die Notwendigkeit eines verstärkten vernetzten persönlichen Kontaktes der jeweils bei den einzelnen Trägern zuständigen Mitarbeiter herausgestellt. Ebenso sollte an das vor In-Kraft-Treten des SGB IX früher übliche

24 Auch hier wurden aufgrund der im Projektrahmen erforderlichen Prioritätensetzungen andere mögliche einzelne Handlungsfelder wie z.B. Details zur Bedarfsfeststellung und Dokumentation nicht verstärkt aufgegriffen.

25 Grundlegend zu Schnittstellen (mit Schwerpunkt auf der medizinischen Rehabilitation) z.B.: Fuchs (2009) Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation, Asgard Verlag, St. Augustin; vgl. auch Petermann (Hrsg.) (2005) Barrieren, Kosten und Optimierung in der medizinischen Rehabilitation, S. Roderer Verlag, Regensburg. Von einer gesonderten Betrachtung der insoweit in der täglichen Praxis maßgeblichen Gemeinsamen Servicestellen wurde wegen der umfassenden aktuellen diesbezüglichen trägerübergreifenden Aktivitäten auf Ebene der BAR (vgl. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) im Rahmen der Projektgruppe abgesehen.

Eingliederungsgespräch angeknüpft werden, um eine verbesserte Kommunikation und Optimierung der Prozessgestaltung zu erreichen.

### **(2) Schnittstellenoptimierung durch Modifizierung des vereinbarten Rahmens der trägerübergreifenden Zusammenarbeit (Gemeinsame Empfehlungen)**

Zur besseren Ausgestaltung der Schnittstellen und der koordinierten und kooperativen trägerübergreifenden Zusammenarbeit, wurden von der BAR-Geschäftsstelle konkrete Optimierungsmöglichkeiten für die Gemeinsamen Empfehlungen „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ (VIK), „Teilhabeplan“ und „frühzeitige Bedarfserkennung“ entwickelt. Diese beinhalten unter anderem folgende Vorschläge:

- Entwicklung verbindlicherer Formen der Einbindung der in der GE genannten Akteure
- Hinweise auf Beispiele „guter Praxis“ zur Förderung der praktischen Umsetzung
- Deutlichere Benennung der Adressaten empfohlener Aktivitäten zur Zusammenarbeit
- Stärkere Betonung der notwendigen Kooperation mit anderen Trägern
- deutlichere Hinweise auf Verbindungen zu anderen Gemeinsamen Empfehlungen
- Vereinbarung regelmäßiger Überprüfungsintervalle

Nähere Details sind dem Kapitel 6.7 der Anhänge zu entnehmen.

Die Projektgruppe stimmte diesen Vorschlägen zu. Sie wurden in den BAR-Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ in seiner 15. Sitzung eingebracht.

### **(3) Schnittstellenoptimierung durch die Vereinbarung eines regionalspezifischen Expertenaustauschs zur Klärung spezifischen Arbeitsmarktprognosen**

Bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegen perspektivische Arbeitsmarktprognosen häufig nicht in hinreichender Form vor. Daher ist es für die Leistungsträger vielfach schwierig, für den Rehabilitanden perspektivisch geeignete Teilhabemaßnahmen auszuwählen.

Die Projektteilnehmer vereinbarten daher die Nutzung beziehungsweise Einrichtung von regionalen Expertenrunden, die in regelmäßigen Abständen (z.B. halbjährlich) Entwicklungen/Trends auf dem Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung regionalspezifischer Besonderheiten hinsichtlich der Arbeitskräftenachfrage beobachten/beraten. Die Expertenrunde soll sich aus Vertretern der Leistungsträger zusammensetzen.

### **(4) Schnittstellenoptimierung durch frühzeitige Feststellung eines möglichen Bedarfs an LTA**

Die diesbezüglichen Aspekte sind wegen des thematischen Zusammenhangs unter 3.2.4.1 dargestellt.

### **(5) Nutzung beziehungsweise Einrichtung regionaler „Arbeitskreise“ zur Durchführung eines Erfahrungsaustauschs bei gemeinsam interessierender Fragen**

Bezogen auf die Höhe des Eingliederungszuschusses erfolgt ein Erfahrungsaustausch hinsichtlich der möglichen durchschnittlichen Höhe und der durchschnittlichen Dauer, welche eine optimale Realisierungsquote bezogen auf die (Re)Integration ermöglichen kann. Der Erfahrungsaustausch erfolgt für die Regionalträger der DRV in regionalen Arbeitsgemeinschaften und wird auf überregionaler Ebene

ne begleitet. Für die DRV Bund erfolgt ein direkter zentraler Austausch zwischen DRV Bund und BA.

### **(6) Allgemeine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Trägern**

Soweit dies die in den regionalen „Arbeitskreisen“ vertretenen Träger betrifft, sollen bestehende Schwierigkeiten durch regionalspezifische Absprachen zwischen den beteiligten Trägern erfolgen.

Für die übrigen Träger wird vereinbart, die bestehenden Probleme weitergehend zu konkretisieren und bei gleichzeitiger Unterbreitung von Lösungsvorschlägen zeitnah an die trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ heranzutragen.

### **(7) Konkretisierung der im Rahmen des Bescheides dem Grunde nach zu gewährenden Leistungen**

Die trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ soll in Zusammenarbeit mit den Vertretern der betroffenen Leistungsträger Möglichkeiten eruieren, ob und wie eine zeitnahe Konkretisierung der für die BA und ihre Vermittlungstätigkeit bedeutsamen Leistungsentscheidung erfolgen kann.

### **(8) Optimierung des Übergangs zwischen medizinischer Rehabilitation in Leistungsträgerschaft der KV zu LTA**

Die trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ wird nach einer weiteren Konkretisierung des Schnittstellenproblems in Zusammenarbeit mit den Vertretern der betroffenen Leistungsträger abklären, ob und mit welchen Inhalten ein besserer Informationsfluss beim Übergang zwischen medizinischer Rehabilitation zu LTA erfolgen kann.

### **(9) Sicherstellung des Aufgreifens von Hinweisen auf einen Bedarf an LTA sofern dieser von dritter Stelle kommt**

Die trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ wird nach einer weiteren Konkretisierung dieses Schnittstellenproblems in Zusammenarbeit mit den Vertretern der betroffenen Leistungsträger abklären, ob und wie Hinweise auf einen LTA-Bedarf, die durch Dritte geäußert werden (z.B. von Seiten des MDK, des niedergelassenen oder Betriebs-Arztes, durch Rehabilitationseinrichtungen etc.), frühzeitig aufgegriffen werden und durch eine verzahnte Zusammenarbeit und Kooperation der Leistungsträger eine effektive und zeitnahe Wiedereingliederung erfolgen kann.

### **3.2.4.3 Trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“**

Ausgehend vom Expertenaustausch in Erkner wurde die Pilotierung einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ zur Klärung offener trägerseitiger Fragen bei der Zusammenarbeit in der Rehabilitation auf Ebene der Projektgruppe vereinbart. Zweck dieser Arbeitsgruppe ist die Förderung des Austausches zwischen den Rehabilitationsträgern bezogen auf die Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess. Dabei geht es auch um eine Einschätzung der Häufigkeit einzelner Probleme. Zur näheren Konkretisierung möglicher Aufgaben und Befugnisse einer solchen trägerübergreifenden Arbeitsgruppe wurde ein Eckpunkt Papier (vgl. Anhänge, Kapitel 6.10) erarbeitet.

### **3.2.4.4 Optimierungsmöglichkeiten im Vermittlungsprozess**

Angesichts der Bedeutung, die den Schnittstellen bei der trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Vermittlungsprozess zukommt, hat die Projektgruppe „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ auf

## KAPITEL 3

Initiative der DRV eine eigene Unterarbeitsgruppe eingerichtet. In der Unterarbeitsgruppe tauschten sich Experten aus den Trägerbereichen über die bestehende Praxis bzw. Erkenntnisse aus (vgl. Anhänge, Kapitel 6.11) und untersuchten Optimierungspotentiale - auch unter den Aspekten „Schnittstellen“ und „trägerübergreifendes Voneinander-Lernen“ (vgl. Anhänge, Kapitel 6.12).

Insbesondere konnten folgende konkrete Ergebnisse erzielt und Notwendigkeiten aufgezeigt werden:

- Die Information über ein beim Rentenversicherungsträger laufendes Rehabilitationsverfahren ist für die BA im Rahmen des Vermittlungsverfahrens von entscheidender Bedeutung. Im Rahmen des Projektes konnte insofern in einem ersten Schritt im Bereich der DRV Bund (Träger) abgestimmt und umgesetzt werden, dass der Rehabilitand gebeten wird, die BA darüber zu informieren, dass dem Grunde nach eine Zuständigkeit der RV besteht. Die DRV Bund als Träger hat diese potentielle Optimierungsmöglichkeit in dem an den Reha-Antragsteller gerichteten Bescheid dem Grunde nach mit folgendem Bescheidzusatz seit dem 03.07.2009 umgesetzt:

*„Wir möchten Sie unterstützen, baldmöglichst wieder einen Arbeitsplatz zu finden. Sollten Sie arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet sein, ist es wichtig, dass sie Ihre Berater oder Vermittler der Agentur für Arbeit/ der ARGE/ der optierenden Kommune über den aktuellen Sachstand und die möglichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informieren. Bitte setzen Sie ihn/sie auch über diesen Bescheid in Kenntnis.“*

- Um die mit der Gesetzesänderung zum 1.1.2009 weiter intensivierten Herausforderungen bei der konkreten Ausgestaltung des Vermittlungsprozesses zu einer vorhersehbaren und verbindlichen Lösung zu bringen, intensivierten die BA und die DRV im Nachgang zum trägerübergreifenden Workshop in Erkner Verhandlungen über eine Verfahrensabsprache.
- Etablierte Prozesse der BA (Absolventenmanagement, vgl. Anhänge, Kapitel 6.13) und der DGUV (job.bg, vgl. Anhänge, Kapitel 6.14) im Zusammenhang mit der Vermittlung können Elemente enthalten, die auf die entsprechenden Prozesse in anderen Trägerbereichen übertragen werden können. Sie sind indes nicht gänzlich übertragbar.

### 3.2.4.5 Datenschutz in der Rehabilitation

Im Zusammenhang mit Rehabilitation geht es unmittelbar oder mittelbar grundsätzlich um Gesundheitsinformationen und somit um persönliche Daten besonderer Art im Sinne der §§ 3 Abs. 9 BDSG, 67 Abs. 12 SGB X. Diese sind vor dem Hintergrund des BDSG und letztlich des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung besonders schützenswert. Der Gesetzgeber hat die im Bereich der Sozialversicherung zur spezifischen Aufgabenerfüllung verwendeten Daten (Sozialdaten) im SGB X eigenen Vorschriften unterworfen (§§ 67-85a SGB X), die die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten nur unter bestimmten Voraussetzungen erlauben.

Die träger- und akteursübergreifende Zusammenarbeit, die in vielen Phasen des Rehabilitationsgeschehens erforderlich ist, setzt einen Austausch von Informationen voraus. Dabei liegt auf der Hand, dass für die zeitnahe Erfüllung der den jeweiligen Trägern obliegenden Aufgaben auch gesundheitsbezogene Informationen von Belang sind, die ggf. bereits von einem anderen Sozialversicherungsträger oder anderen Stellen wie beispielsweise Leistungserbringern erhoben wurden. Hier wäre also teilweise eine Weitergabe von Daten wünschenswert. Es ist anzunehmen, dass die Effizienz bei schnellerer und vollständigerer Verfügbarkeit von notwendigen Daten beim jeweils zuständigen Rehabilitationsträger verbessert werden könnte. Es besteht potentiell die Möglichkeit

einer Verkürzung des gesamten Rehabilitationsgeschehens, was bei gleichbleibender Qualität der Rehabilitation letztlich einen Wirtschaftlichkeitsgewinn nach sich ziehen kann. Darüber hinaus könnte eine umfassendere Informationslage beim jeweils zuständigen Träger möglicherweise auch zu einer Verbesserung der inhaltlichen Qualität und somit der Wirksamkeit der Rehabilitation führen. Dabei kann neben der Weitergabe von Informationen auch bereits eine möglichst umfassende Erhebung von Daten grundsätzlich nützlich sein, wenn es um die Abklärung möglicher Chancen und Risiken von Rehabilitation oder die möglichst frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarf geht. Dementsprechend spielt der Datenschutz in der Rehabilitation insbesondere in der Zusammenarbeit zwischen den Trägern, aber auch im Austausch mit den Leistungserbringern eine nicht unerhebliche Rolle. Faktisch erschweren die derzeitigen einschlägigen Regelungen des (Sozial) Datenschutzes nicht selten den trägerübergreifenden Austausch im Rehabilitationsprozess. Zur Konkretisierung der diversen Hürden hat die BAR-Geschäftsstelle sowohl aufgrund der Erkenntnisse der Projektgruppe als auch im Auftrag des Arbeitskreises Rehabilitation und Teilhabe zunächst eine Befragung bei den Mitgliedern durchgeführt und die Ergebnisse analysiert.

Die Analyse der Ist-Situation (vgl. Anhänge, Kapitel 6.13) hat gezeigt, dass bei der akteursübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation eine Reihe datenschutzrechtlicher Hürden bestehen. Diese können eine schnelle und umfassende Rehabilitation behindern. Grund dafür sind die gerade im Bereich der Rehabilitation hohen Bedarfe an besonders schützenswerten Sozialdaten, die nach derzeitiger Rechtslage ohne Einwilligung nur eingeschränkt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden können. Die Einholung der Einwilligung gelingt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der jüngsten Datenschutzskandale oft nicht. Eine Optimierung im Wege gemeinsamer Empfehlungen ist nicht möglich. Im Ergebnis könnte die Problematik nach Auffassung der Projektgruppe Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit nachhaltig nur auf politischer Ebene durch Anpassung des derzeitigen datenschutzrechtlichen Rahmens der Rehabilitation gelöst werden. Bei diesen Regelungen wäre auf einen sinnvollen Ausgleich zwischen letztlich vor allem dem Wohle des Rehabilitanden dienenden Informationsbedarfen der Rehabilitationsträger und den Schutzinteressen des Rehabilitanden zu achten.

Aus Sicht der BAR-Geschäftsstelle böte sich eine Verankerung entsprechender Regelungen im SGB IX an.

### **3.2.4.6 Information der Bürger über Rehabilitation**

Im Rahmen des Projektes wurden von Seiten der Projektgruppenmitglieder die frühzeitige Erkennung eines Rehabilitationsbedarfs und der Zugang zur Rehabilitation als wesentlicher Faktor zur Sicherstellung der zielorientierten Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme angesehen. Maßgebliche Akteure bei der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf sind der Versicherte selbst, behandelnde Ärzte, Werks- und Betriebsärzte, Arbeitgeber sowie sonstige Dritte, z.B. Mitarbeiter in Sozialämtern, Schuldnerberater. Diese Schnittstelle zu Akteuren außerhalb des Systems der Sozialversicherung wurde von Seiten der Mitglieder der Projektgruppe als optimierungsbedürftig erkannt. Insoweit wurde die Verbesserung der Information der Bürger nicht zuletzt aufgrund der Handlungsempfehlungen aus dem trägerübergreifenden Expertenworkshop in Erkner (vgl. Anhänge, Kapitel 6.5) als ein wichtiger und wesentlicher Punkt angesehen, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation zu optimieren.

Hierzu schlägt die BAR vor, dass die Bürger bei der Information dort „abgeholt“ werden, wo sie sich überwiegend aufhalten (z.B. Beruf, Freizeit) oder eine Verbindung zum Thema Gesundheit besteht (z.B. Arztpraxen, Apotheken). Dies umzusetzen bleibt Aufgabe einer möglichen weiteren Fortführung des Projektes. Dabei kann auf einschlägige Erkenntnisse, über die die DRV Bund berichtet hat, aufgebaut werden.

### 3.2.4.7 Integrationsfachdienste

Bereits in der ersten Sitzung der Projektgruppe wurde die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Integrationsfachdiensten als möglicher Ansatzpunkt für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation thematisiert. Um dies aufzugreifen und die zu beobachtende regional unterschiedliche Beauftragung von Integrationsfachdiensten in eine nähere Betrachtung einzubeziehen, wurde die Unterarbeitsgruppe „Integrationsfachdienste“ eingesetzt.

In dieser wurden Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Integrationsfachdiensten erörtert. Hinsichtlich möglicher Ursachen für die regional unterschiedliche Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit den Integrationsfachdiensten wurde eine nicht immer ausreichende Transparenz der Leistungsangebote der IFDe sowie die häufig ausbaufähige Kenntnis der IFDe über die Leistungen und Verfahren der Rehaträger thematisiert.

Von Seiten der Projektgruppe wurde auf Anregung der Unterarbeitsgruppe die Empfehlung ausgesprochen, das jeweilige Wissen der Mitarbeiter der IFDen und der Rehabilitationsträger durch intensivere Schulungen zu optimieren. Als zielführend wurde dabei angesehen, Referenten der Rehaträger und der Integrationsämter für einzelne Module in den jeweils eigenen Seminaren auszutauschen und diese für Teilnehmer der Rehabilitationsträger bzw. IFDen zu öffnen. Zudem wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, sich über das Leistungsspektrum der IFD unter Nutzung der im KASSYS-System enthaltenen Hinweise zu informieren.

Des Weiteren wurde auf Vorschlag der Unterarbeitsgruppe und Beschluss der Projektgruppe die Fachgruppe „IFD“ einberufen, welche u.a. Verbesserungsbedarf bei der Vergütung der Integrationsfachdienste identifizierte. Hier erfolgte eine entsprechende Anpassung der Gemeinsamen Empfehlung, die nunmehr mit Wirkung vom 01. Oktober 2009 in Kraft getreten ist (abrufbar unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

### 3.2.4.8 Flexibilisierung von Kammerprüfungsterminen

Für die von Seiten der Handwerkskammern oder Industrie- und Handelskammern abgenommenen Abschlussprüfungen nach qualifizierenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in aller Regel von den zuständigen Kammern nur zwei Prüfungen pro Jahr angeboten. Die Konsequenz ist, dass Beginn und Ende der entsprechenden qualifizierenden Leistungen zur Teilhabe an diesen Prüfungsterminen orientiert werden. Somit entsteht oft eine zeitliche Lücke entweder zwischen dem Erkennen von Rehabilitationsbedarfen und dem Beginn entsprechender Leistungen, oder zwischen dem Abschluss der Leistungen und den Prüfungen. In dieser Leerlaufzeit müssen die Rehabilitationsträger die Kosten der unterhaltssichernden Leistungen übernehmen, oft sinkt die Motivation des Versicherten und somit die Erfolgsaussicht der Rehabilitation.

Eine Möglichkeit zur Vermeidung dieser Leerlaufzeiten war aus Sicht der Projektgruppe das Anbieten von mehr als zwei Prüfungsterminen im Jahr. Um die hier bestehenden Möglichkeiten zur Optimierung von Laufzeiten auszuloten, hat die BAR-Geschäftsstelle eine Befragung bei den Handwerkskammern (HWKen) und den Industrie- und Handelskammern (IHKen) nach den Möglichkeiten zur Flexibilisierung von Kammerprüfungsterminen durchgeführt. Sie ergab nur eingeschränkte Flexibilisierungspotentiale, meist gegen Erstattung der entsprechenden Kosten.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Flexibilisierung von Kammerprüfungsterminen zwar nicht umfassend, jedoch auf lokaler Ebene und für behindertenspezifische Ausbildungen nach § 42m HwO / 66 BBiG durchaus möglich ist. So könnten letztlich Kosten für unterhaltssichernde Leistun-

gen gesenkt werden. Im Bereich der handwerklichen Ausbildungen scheint zudem eine über die Ausbildungen nach § 42m HwO hinausgehende Flexibilisierung von Prüfungsterminen möglich.

Dabei sind im Vergleich zum gegenwärtigen Zustand Einsparungen durch Reduktion der Ausgaben für unterhaltssichernde Leistungen bei Leerlaufzeiten und möglicherweise auch durch eine verbesserte Motivation des Rehabilitanden zu erwarten. Um die Wirtschaftlichkeit dieses Vorgehens beurteilen zu können, müssten die zu erwartenden Einsparungen jedoch den dann bei den Kammern entstehenden und voraussichtlich durch die Rehabilitationsträger zu ersetzenden Zusatzkosten für die zusätzlichen Prüfungstermine gegenüber gestellt werden.

Zur genaueren Einschätzung könnte die Durchführung eines regionalen Pilotprojektes in Zusammenarbeit mit einer der Kammern zielführend sein, die grundsätzliche Bereitschaft zur Flexibilisierung ihrer Prüfungstermine gezeigt haben.

### **3.2.5. Fazit**

Die vertiefende Betrachtung einzelner Handlungsfelder ergab zahlreiche Ansatzpunkte für die konkrete Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation, von denen nur eine Auswahl weitergehend aufgegriffen werden konnte. Mit Blick auf den gesetzlichen Auftrag der Rehabilitationsträger zu wirksamem und wirtschaftlichem Handeln bietet sich an, die identifizierten Ansatzpunkte soweit wie möglich umzusetzen. Sofern noch keine konkreten Umsetzungsmöglichkeiten aufgezeigt werden konnten, könnte eine vertiefte Untersuchung der benannten Ansatzpunkte mit Blick auf eine weitergehende Konkretisierung vorgenommen werden. Dabei sind auch die im Projekt nicht näher vertieften Ansatzpunkte sowie die zahlreichen Forschungsbedarfe zu beachten. Nähere Einzelheiten ergeben sich aus dem Konzept unter 4..

### **3.3. Anregung eines trägerübergreifenden Austauschs und Vergleichs zu Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

– Erfolgreiche Maßnahmen zur Optimierung von trägerinternen Laufzeiten und good-PracticeBeispiele trägerübergreifender Zusammenarbeit -

#### **3.3.1. Spezifischer Austausch über Laufzeiten**

Der insoweit von der BAR-Geschäftsstelle koordinierte und begleitete Austausch erfolgte in zwei Stufen:

1. Austausch über Laufzeiten im Rehabilitationsprozess bei den einzelnen Trägerbereichen,
2. Austausch über erfolgreiche Maßnahmen der Laufzeitenverbesserung. Die durch diesen Austausch gefundenen Ergebnisse wurden mit Blick auf das dem Projekt zu Grunde liegende Ziel möglicher Verbesserung von Effektivität und Effizienz eingeschätzt.

##### **3.3.1.1 Laufzeiten im Rehabilitationsprozess bei den einzelnen Trägerbereichen**

Schon allein aus den verschiedenen Inhalten und Schwerpunkten der Rehabilitationsprozesse in den einzelnen Trägerbereichen ergeben sich Unterschiede hinsichtlich möglicher Laufzeiten innerhalb der jeweiligen Prozesse. Nur überblicksartig lassen sich daher mögliche Ansatzpunkte zur Erhebung von Laufzeiten in Rehabilitationsprozessen darstellen. Die neben den unter 3.1.3 zu findenden grafischen Darstellungen können jedoch als erster Orientierungsrahmen dienen für die Bearbeitungsschritte, aus denen sich die Laufzeiten in den einzelnen Trägerbereichen ergeben. Unabhängig von dieser verallgemeinernden Übersicht ist es im Rahmen des Projekts nur möglich, über solche Laufzeiten zu berichten, die auch tatsächlich bei den Trägern erhoben werden.

### **3.3.1.1.1 Übersicht über mögliche Ansatzpunkte für Laufzeiten im Rehabilitationsprozess**

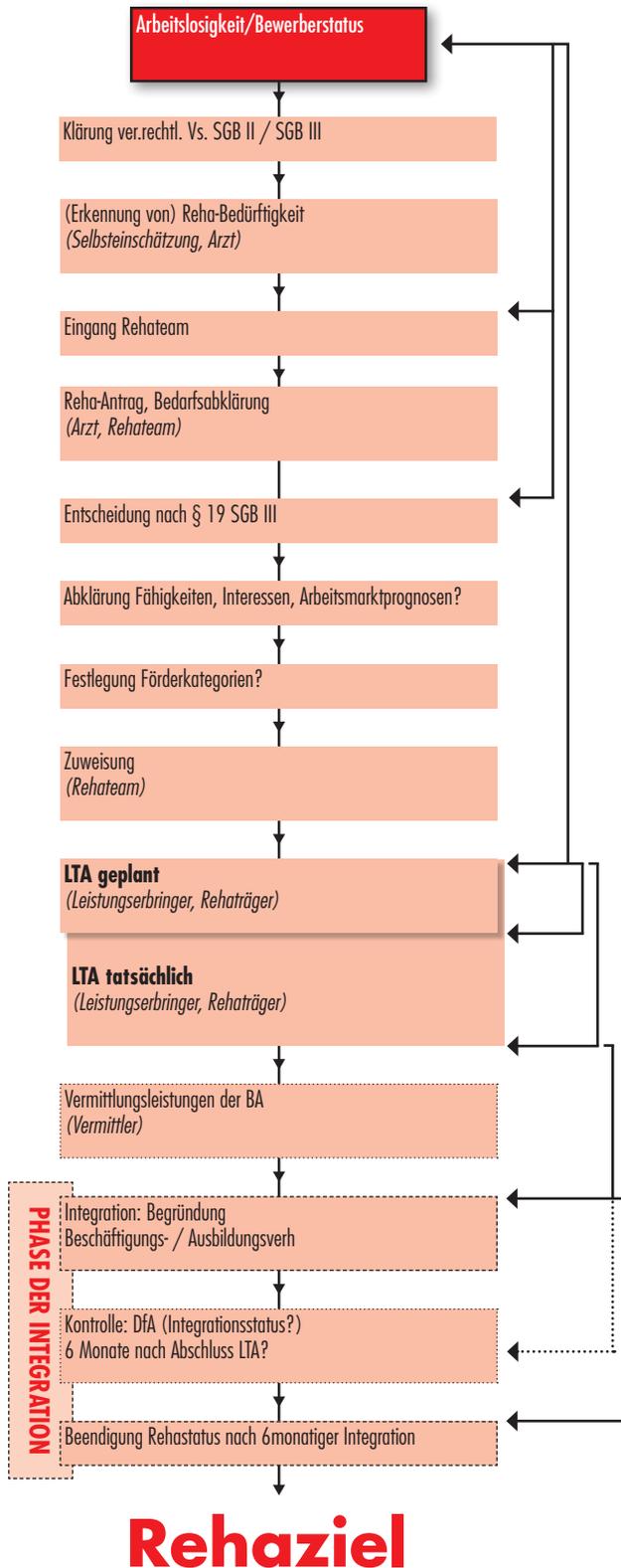
- Erkennung möglichen Rehabedarfs und Beginn der Rehamaßnahme untergliedert (nicht in der UV) nach Zeitraum zwischen
  - Erkennung möglichen Rehabedarfs und Beratung
  - Erkennung möglichen Rehabedarfs und Antragstellung
  - Beratung und Antragstellung
  - Antragsingang und Bescheid über Antrag
  - Erteilung eines Bescheides dem Grunde nach und Leistungskonkretisierung
  - Leistungskonkretisierung und Beginn der Maßnahme
- Beginn und Ende einer Maßnahme
- Erkennung/objektivem Vorliegen eines des Bedarfs an Koordinierung mit einem anderen Träger/Dienstleister und der Einleitung entsprechender Maßnahmen
- Maßnahmenende und konkreten Vermittlungsbemühungen
- Maßnahmenende und Integration
- Integration und Ende des / Zielerreichung für das Rehaverfahren

### **3.3.1.1.2 Grafische Darstellung der bei den einzelnen Rehabilitationsträgern erhobenen Laufzeiten**

Vor diesem Hintergrund stellen sich die tatsächlich erhobenen Laufzeiten bei den einzelnen Rehabilitationsträgern, soweit Sie bekannt gegeben wurden, auf Basis der mitgeteilten Informationen zu den einzelnen Rehabilitationsprozessen wie folgt dar:

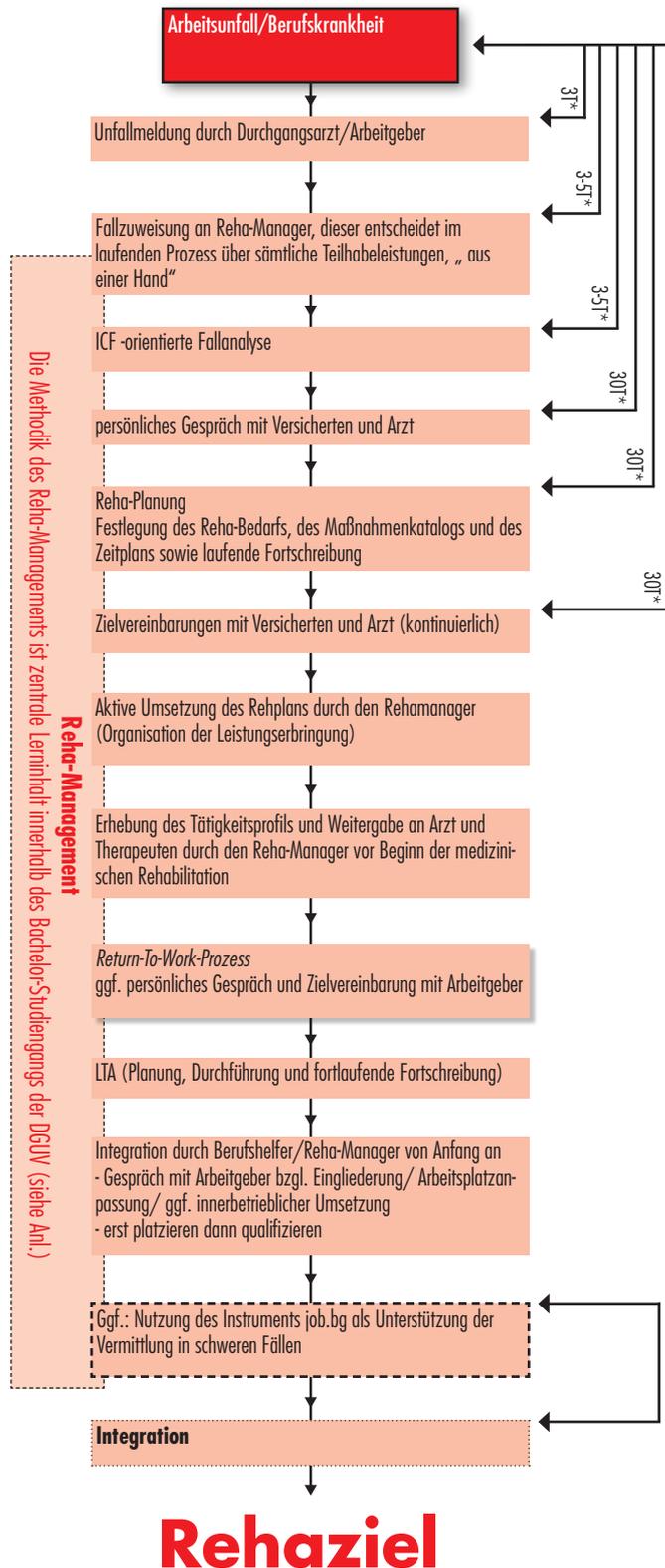
# KAPITEL 3

Abbildung 8: Laufzeiten BA



Ansatzpunkte zur Ermittlung von Laufzeiten im Rehaprozess bei der BA

Abbildung 9: Laufzeiten DGUV



## Ansatzpunkte zur Ermittlung von Laufzeiten im Rehaprozess der DGUV am Beispiel der VBG

\* Verbindliche Vorgaben

basierend auf: Heydweiller - VBG - (2009)

### 3.3.1.2 Austausch über erfolgreiche Maßnahmen der einzelnen Rehabilitationsträger zur Verbesserung von Laufzeiten im jeweiligen Rehabilitationsprozess

Von den Trägern wurden für ihren jeweiligen Bereich erfolgreiche Maßnahmen zur Laufzeitenverbesserung mitgeteilt (Details vgl. Anhänge, Kapitel 6.16):

Es zeigt sich, dass in den jeweiligen Trägerbereich gegenwärtig zu völlig unterschiedlichen Zeitpunkten im Rehabilitationsprozess Laufzeiten quantifiziert werden. Wie bereits im Verlauf des Projekts von der Projektgruppe aufgezeigt, ist ein unmittelbarer trägerübergreifender Vergleich aller Laufzeiten im Sinne eines Benchmarkings daher gegenwärtig nicht sinnvoll. Die mitgeteilten erfolgreichen Instrumente lassen sich vereinfachend einteilen in

- solche, die übereinstimmend als erfolgreich im Hinblick auf Laufzeitenoptimierung angesehen wurden,
- solche, bei denen mehrere Träger dieser Ansicht waren und
- solche, die nur aus einzelnen Trägerbereichen mitgeteilt wurden.

Der Überblick über die gemeldeten erfolgreichen Maßnahmen zur Laufzeitenverbesserung ergibt, dass von den Trägerbereichen, die sich vertieft inhaltlich geäußert haben (BA, DGUV bzw. UV, BIH), die Etablierung eines Qualitätssicherungssystems als erfolgreich angesehen wird. Wesentliche teilweise getrennt vom Qualitätssicherungssystem betonte Elemente sind dabei

- übergreifende Handlungsleitlinien, die sich im Bereich der BA als Handlungsprogramm Reha /SB, im Bereich der DGUV bzw. UV als das Prinzip des Rehamanagements und im Bereich des IFD als die Grundlagen des KASSYS-Systems darstellen
- für die Mitarbeiter transparente definierte Geschäftsprozesse, die im Bereich der DGUV und der BA auch EDV-gestützt sind

Überwiegend, das heißt von mehreren Trägern, wird zudem berichtet über Laufzeitverbesserung durch

- interne Zielvereinbarungen (BA, DGUV)
- trägerbereichsinternes Benchmarking (DGUV bzw. UV, LSV-SpV, BA)
- vertiefendes Profiling des Rehabilitanden, z.B. mit Assessment-Instrumenten (BG, IFD)

Nur in einzelnen Trägerbereichen wurden als für die Verkürzung von Laufzeiten bedeutsame Instrumente benannt:

- Expertensysteme, die z.B. durch diagnosegestützte Empfehlungen auch inhaltlich eine gewisse Vorstrukturierung des Rehaprozesses ermöglichen wie die Weller-Tabelle oder VBG-Standards (DGUV)
- Persönliche Betreuung des Rehabilitanden (DGUV bzw. UV),
- Beratungsärzte (DGUV)
- Netzwerkbildung mit Leistungserbringern (DGUV)
- Prozess zur Umsetzung des Prinzips des lernenden Systems, in dem wesentliche Informationen zum Rehabilitationsverlauf systematisch erfasst und ausgewertet werden (DGUV)
- Besondere Vermittlungsbemühungen im Rahmen von job.bg (DGUV)
- Standards der fachlichen Führung entlang der Prozessstandards (BA)
- Service-Level Agreements (BA)
- Absolventenmanagement (BA)
- EDV-gestütztes operatives Controlling (BA)

## KAPITEL 3

- Qualifikation und Anzahl des eingesetzten Personals (GKV)
- AU-Fallmanagement (GKV)

Unter dem Aspekt des trägerübergreifenden „voneinander-Lernens“ bei der Verfolgung des Ziels der Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bietet u.a. die aus einigen Bereichen erfolgte Benennung von Instrumenten wie (interne) Zielvereinbarung, lernendes System, Benchmarking etc. Ansatzpunkte für weiteren Austausch.

Unter der Annahme, dass die Benennung aus mehreren Trägerbereichen bereits als erster Hinweis auf trägerübergreifende Eignung des jeweiligen Instruments zur Verbesserung von Laufzeiten angesehen werden kann, könnte auch hier ein möglicher Ansatzpunkt für vertiefenden Austausch liegen.

Dieser Aspekt ist entsprechend bei den Instrumenten, die in dieser Form bislang nur in einzelnen Trägerbereichen eingesetzt zu werden scheinen, von besonderer Bedeutung. Auch hier ergeben sich indes zahlreiche Ansatzpunkte für einen vertiefenden Austausch, die beispielsweise im Bereich des „Absolventenmanagements“ der BA auch bereits angegangen wurden.

Insgesamt erscheint ein weiterer vertiefter Austausch über die benannten erfolgreichen Instrumente zur optimalen Gestaltung von Laufzeiten mit Blick auf die Identifikation von Erfolgsfaktoren zielführend für eine weitere Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation.

### **3.3.2. Umsetzung des allgemeinen Austauschs und Vergleichs von Aktivitäten/ Erkenntnissen zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

#### **3.3.2.1 Im Rahmen der Projektgruppe „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ aufgezeigte good-practice-Beispiele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit**

Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Konkretisierungen des Projektauftrags wurde in dem von der BAR-Geschäftsstelle koordinierten Expertenaustausch ein Augenmerk auf Beispiele guter Praxis der trägerübergreifenden Zusammenarbeit gerichtet. Vertieft wurde dabei im Rahmen des Expertenworkshops (vgl. Anhänge, Kapitel 6.5) und in der Projektgruppe insbesondere der Aspekt der frühzeitigen Bedarfserkennung (vgl. auch 3.2.4.1) sowie der frühzeitigen Vernetzung der Rehabilitationsprozesse der jeweiligen Trägerbereiche und ggf. Dritter (z.B. weitere Rehabilitationsträger, Integrationsämter, Leistungsanbieter, Arbeitgeber etc.). Darüber hinaus wurden in der Projektgruppe weitere Beispiele erfolgreicher trägerübergreifender Prozesse benannt, konnten allerdings überwiegend nicht vertieft erörtert werden. Die zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit genannten Beispiele guter Praxis stellen sich wie folgt dar:

##### **3.3.2.1.1 Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und/oder zur frühzeitigen Vernetzung der jeweiligen Trägerbereiche und ggf. Dritter**

Von Seiten der BAR-Geschäftsstelle wurden die vielfältig bestehenden Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der Vernetzung in den jeweiligen Trägerbereichen zusammengetragen und einer ersten Bewertung mit Blick auf den Projektauftrag unterzogen. Anschließend erfolgte eine Beratung im Rahmen der Projektgruppe. Die auf Basis der Beratungen gegebenenfalls in die weitergehende und zukünftige konzeptionelle Arbeit im Bereich der frühzeitigen Bedarfserkennung

(vgl. die bisherigen Erkenntnisse unter 3.2.4.1) einzubeziehenden Verfahren<sup>26</sup> können Kapitel 6.8 der Anhänge entnommen werden. Beispielhaft erwähnt sei das Vernetzungsprojekt „WebReha“, das auf eine enge Kooperation zwischen der DRV Rheinland und Werks- sowie Betriebsärzten abzielt und dabei auch auf die frühzeitige Identifikation von Ansatzpunkten zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit und des Arbeitsplatzes abstellt.

### **3.3.2.1.2 Anwendung des Instruments „Teilhabeplan“ in Brandenburg:**

Die AOK Brandenburg berichtet positiv über die Praxis des der Überwindung von Schnittstellen dienenden Instruments „Teilhabeplan“ (vgl. die entsprechende Gemeinsame Empfehlung). Diese gute Praxis ist nach mündlicher Auskunft der AOK insbesondere folgenden Faktoren geschuldet:

- Qualifikation des AOK-Personals, das grundsätzlich umfassend berate
- funktionierende Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger in vielen der örtlichen Servicestellen
- Anwendung eines einheitlichen vor Ort erarbeiteten Formulars
- Konsequente Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen in die Datenweitergabe an andere Träger

### **3.3.2.1.3 Weitere good-Practice-Beispiele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit**

Darüber hinaus wurden weitere Beispiele trägerübergreifender Zusammenarbeit benannt, ohne dass die zu Grunde liegenden Erfolgsfaktoren näher aufgeschlüsselt wurden. Allgemeine Erläuterungen zu diesen Beispielen finden sich in Kapitel 6.17 der Anhänge.

- AHB-Verfahren
- Koordinierungsausschüsse nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“
- Vereinbarung zur „familienorientierten Rehabilitation“ zwischen GKV und DRV
- Direktverlegungsverfahren GKV/DRV Bund im Bereich der Langzeitentwöhnungen für Abhängigkeitskranke
- In einzelnen Bundesländern durchgeführte „Beratertage Reha“ unter Beteiligung aller Rehabilitationsträger
- Good Practice der trägerübergreifenden Zusammenarbeit: Berufswegekonferenzen

### **3.3.2.1.4 Fazit zu good-practice-Beispielen trägerübergreifender Zusammenarbeit**

Der Austausch und Vergleich von guten Beispielen der trägerübergreifenden Zusammenarbeit ergibt zahlreiche Anhaltspunkte für vertiefende Untersuchungen. Dabei gilt es mit Blick auf die Zukunft zu analysieren und zu bewerten, inwieweit die hinter den Beispielen stehenden grundsätzlichen Elemente oder diese selbst Ansatzpunkte für eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in anderen Trägerbereichen unterstützen können.

### **3.3.3. Fazit zum trägerübergreifenden Austausch und Vergleich**

Durch den trägerübergreifenden Austausch und Vergleich von Beispielen und Instrumenten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit konnten erhebliche Erkenntnisgewinne erzielt werden.

So konnte die trägerübergreifende Transparenz dadurch erhöht werden, dass erstmals eine

<sup>26</sup> Hierbei handelt es sich um etablierte und über Jahre fest bei den jeweiligen Leistungsträgern installierte Verfahren - wie z.B. BGSW -, die insoweit auch unter 3.3. als Good-Practice hätten erwähnt werden können, sowie teilweise um Projekte.

## KAPITEL 3

Übersicht die Ansatzpunkte zur Erhebung von Laufzeiten in einzelnen Trägerbereichen erstellt wurde. Sie könnte als Ansatzpunkt für einen Austausch zu Verfahren der Prozesssteuerung genutzt werden.

Auch der allgemeine Austausch über erfolgreiche trägerinterne Instrumente zur Laufzeitenverbesserung und Beispiele der trägerübergreifenden Zusammenarbeit hat bereits während der Projektarbeit konkrete Ansätze zur Optimierung von Laufzeiten aufgezeigt. So wurden beispielsweise die Instrumente job.bg und Absolventenmanagement sowie Hinweise auf besondere Verfahren zur trägerübergreifenden Verzahnung zunächst im Rahmen dieses Austauschs identifiziert und konnten sodann auch mit Blick auf konkrete Handlungsfelder des Optimierungskonzeptes<sup>27</sup> vertieft untersucht werden.

Insgesamt empfiehlt sich die weitere Vertiefung des Austauschs sowohl hinsichtlich der Frage der Verbesserung von trägerinternen Laufzeiten als auch bezüglich allgemein erfolgreicher Instrumente zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, insbesondere zur Vernetzung der Träger. So könnten mögliche Optimierungspotentiale durch ein weiteres Voneinander-Lernen erschlossen werden. Die notwendigen Voraussetzungen für einen darüber hinausgehenden diesbezüglichen trägerübergreifenden Vergleich sind derzeit noch nicht gegeben, es fehlt z.B. an der Vergleichbarkeit der Gesamtprozesse (vgl. 3.1.3).

### 3.4. Qualitätssicherung in der Rehabilitation

#### 3.4.1. Einleitung

Qualitätssicherung ist Teil des *Qualitätsmanagements*. Bezogen auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation kann dieses beschrieben werden als: aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken der Träger- bzw. Leistungserbringerorganisation bezüglich Qualität von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation. *Qualitätssicherung*: ist der Teil des Qualitätsmanagements, der darauf gerichtet ist, Vertrauen zu erzeugen, dass Qualitätsanforderungen an Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation erfüllt werden. (vgl. jeweils EN ISO 9000:2005) Der allgemeine Sprachgebrauch vermischt beide Begrifflichkeiten. Auch im Laufe des Projektes wurde dementsprechend überwiegend der Begriff Qualitätssicherung verwendet.

Aus dem vorgenannten Verständnis von Qualitätssicherung in der Rehabilitation ergibt sich zum einen, dass grundsätzlich sämtliche Aspekte eines Rehabilitationsprozesses zu betrachten sind. Diese Aspekte werden in der Literatur und Praxis üblicherweise gegliedert in Strukturen, Prozesse (bzw. Prozessabläufe) und Ergebnisse eines Rehabilitationsprozesses<sup>28</sup>.

Zum anderen wird deutlich, dass Qualität auf jeder Ebene (Strukturen, Prozesse und Ergebnisse) immer nur gedacht werden kann in Bezug auf implizit oder explizit zu Grunde gelegte Kriterien der Qualität. In der Rehabilitation werden diese Kriterien hinsichtlich des Ergebnisses vor allem bestimmt von den gesetzlichen Vorgaben zu den Zielen der Rehabilitation (vgl. 2.1.3). 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.

Auch Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit können als Aspekte der Qualität eines Arbeitsergebnisses bezeichnet werden. Die Betrachtung der Effektivität legt dabei den Focus vorrangig auf das

<sup>27</sup> Vermittlungsprozess, frühzeitige Bedarfserkennung, Schnittstellen, vgl. 3.2.

<sup>28</sup> Riedel et. al. (2009) RehaFutur – Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe, S. 152, [http://www.bmas.de/portal/34582/2009\\_08\\_05\\_rehafutur\\_bericht.html](http://www.bmas.de/portal/34582/2009_08_05_rehafutur_bericht.html), Zugriff am 13.11.2009.,

Arbeitsergebnis selbst, während eine Analyse der Effizienz auch den damit verbundenen Aufwand auf struktureller und organisationaler Ebene in den Blick nimmt<sup>29</sup>.

Da die Arbeitswelt und ihre Rahmenbedingungen - auch im Bereich der Rehabilitation und ihren Institutionen und Akteuren - auf allen Ebenen (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse) laufenden Veränderungen (z.B. Fortschritt durch Software, Personalveränderungen, variierende gesetzliche Anforderungen etc.) unterworfen sind, reicht zur Sicherung der Qualität 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 die sich ergebenden Veränderungen zu ermöglichen. In der Literatur findet sich dazu häufig der Verweis auf den sogenannten „PDCA-„ oder „Deming-Cycle“ (Plan-Do-Check-Act)<sup>30</sup>. Umgekehrt rechtfertigt dies die Annahme, dass schon die Verankerung eines funktionierenden Qualitätssicherungssystems eine Gewähr für die mögliche Verbesserung von Effizienz und Effektivität bietet. Somit kann schon die Etablierung eines Qualitätssicherungssystems an sich bereits als Maßnahme zur Verbesserung dieser Aspekte von Arbeitsergebnissen angesehen werden.

Entsprechend hat der Gesetzgeber neben anderen einschlägigen Regelungen insbesondere vorgeschrieben, dass die Rehabilitationsträger eine Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung vereinbaren (§ 20 Abs. 1 SGB IX).

Angesichts der somit gegebenen Bedeutung des Themenfeldes „Qualitätssicherung“ für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation, war eine genauere Betrachtung auch Teil des Projektauftrages. Angesichts der übergreifenden Bedeutung der Qualitätssicherung in allen Teilbereichen des Rehabilitationsgeschehens wurden dabei zunächst keine grundsätzlichen Eingrenzungen der Betrachtung auf spezifische Handlungsfelder vorgenommen. Wegen der personellen und zeitlichen Überschneidungen mit anderen einschlägigen trägerübergreifenden Vorhaben (z.B. „RehaFutur“) beschränkten sich die diesbezüglichen Untersuchungen jedoch auf die Erstellung eines Überblicks über die Aktivitäten der Rehabilitationsträger im Bereich Qualitätssicherung. Nicht in Betracht gezogen wurden vergleichende Analysen oder die zahlreichen Qualitätssicherungsaktivitäten der Leistungserbringer.

### **3.4.2. Aktivitäten zur Qualitätssicherung bei den Rehabilitations- bzw. Leistungsträgern**

Bei genauerer Betrachtung von Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation zeigt sich, dass Qualitätssicherung durch ein vielfältiges Spektrum von Instrumenten erreicht wird. Dazu gehören beispielsweise Expertenrunden zur Entwicklung von Strukturvorgaben, Maßnahmen der Prozesssteuerung und des Controllings, Erhebungen zu den erreichten Ergebnissen, Benchmarkingvorhaben etc.

Alle Rehabilitationsträger haben seit Jahren umfangreiche Aktivitäten zur Qualitätssicherung durchgeführt. Bezogen auf die verschiedenen Arten von Leistungen zur Teilhabe im Sinne des § 4 SGB IX ist die Intensität der Qualitätssicherungsbemühungen teilweise unterschiedlich. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben befinden sich die entsprechenden Aktivitäten zum Teil noch im Aufbau bzw. der Konsolidierungsphase. Mit Blick auf das im Projektkontext vorrangig zu betrachtende Ziel „berufliche (Re)Integration“ soll beim hier angestrebten Überblick der Focus auf solche Elemente der Qualitätssicherung gerichtet werden, die für dieses Ziel von Bedeutung sind. Entsprechend wird ein Schwerpunkt unter anderem auf die Ergebnisqualität der Rehabilitations-

<sup>29</sup> vgl. für den Bereich der medizinischen Rehabilitation Wasem et. al. (2006) in Krauth/Petermann (Hrsg.) Gesundheitsökonomie und Rehaökonomie, S. Roderer Verlag, Regensburg.

<sup>30</sup> William Edwards Deming: Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

leistungen gelegt. Die verschiedenen Aktivitäten der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung lassen sich zudem überblicksweise unterscheiden in Maßnahmen der (externen und internen) umfassenden Qualitätssicherung bezüglich der Leistungserbringer und Maßnahmen der Qualitätssicherung, die sich auf die trägerinternen Strukturen und Prozesse beziehen. Die Qualitätssicherungsaktivitäten bezüglich der Leistungserbringer sollen diesen insbesondere durch einrichtungsbezogene Berichterstattung Möglichkeiten zur Verbesserung aufzeigen.

### **3.4.3. Grundlegende trägerübergreifende Aktivitäten zur Qualitätssicherung: die Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“**

Bereits mit Wirkung vom 1. Juli 2003 haben die Rehabilitationsträger in der Gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ grundlegende Vereinbarungen über das Vorgehen bei der Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe getroffen (vgl. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)). Der Fokus liegt dabei auf Vorgaben zur externen Qualitätssicherung der Leistungserbringer. Die Gemeinsame Empfehlung war und ist Anlass und Maßstab für zahlreiche nachfolgende Aktivitäten der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung.

### **3.4.4. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation**

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation haben sämtliche für diese Leistungen zuständigen Rehabilitationsträger - auch trägerübergreifend - umfangreiche Qualitätssicherungsaktivitäten durchgeführt. Im Vergleich zur beruflichen Rehabilitation sind die besonderen Zielvorgaben und der Zusammenhang zwischen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und ihren Ergebnissen üblicherweise leichter messbar. Denn sie setzen vorwiegend am Gesundheitszustand des Rehabilitanden an, während hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben komplexere Zusammenhänge und weniger eindeutige Zielkriterien zu beachten sind.

Eine vollständige Übersicht über 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, z.B. „QS-Reha“ oder „Eva-Reha“, und der DRV verwiesen.<sup>31</sup> Inhaltlich liegt der Schwerpunkt dabei auf Vorgaben zur Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungserbringer und somit der externen Qualitätssicherung.

Mit Blick auf das hier vorrangig zu betrachtende Ziel „berufliche (Re)Integration“ erscheinen bei diesen Aktivitäten einzelne Aspekte erwähnenswert.

Besonders hervorzuheben sind in allgemeiner Hinsicht beispielsweise die Qualitätskriterien für die Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation. Neben einer Vielzahl hier nicht weiter bedeutsamer Kriterien zur Messung des Gesundheitszustandes wird unter anderem regelmäßig auf die Veränderungen der Häufigkeit und Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten in der beruflichen Tätigkeit des Rehabilitanden abgestellt<sup>32</sup>.

Dieses Kriterium weist Berührungspunkte auf mit dem im Rahmen der Projektarbeit für die Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ unabhängig von Leistungen der medizinischen Rehabilitation diskutierten Kriterium „leidensgerechte Beschäftigung“ (vgl. Kapitel 3.1.2).

<sup>31</sup> [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de) bzw. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Reha-Qualitätssicherung, nur Beispielhaft sei die Methode des Peer-Review-Verfahrens genannt.

<sup>32</sup> Vgl. z.B. Kobelt et. al. Psychother Psych Med (Zeitschrift) 2006, S. 15-22, Slesina, Gesundheitswesen 2008, S.329-338.

### **3.4.4.1 Spezifische Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation**

Parallel zu den zahlreichen 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, insbesondere für den 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 zu vereinbaren. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die nicht entsprechend zertifiziert sind, werden zukünftig von der GKV nicht belegt, § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Es gilt eine Übergangsfrist von 3 Jahren. Auch darüber hinaus ist eine nicht zertifizierte Einrichtung nach § 21 SGB IX als nicht geeignet anzusehen. Bestehende Verträge mit nicht zertifizierten Einrichtungen müssen von den Rehabilitationsträgern gekündigt werden, § 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX. Die entsprechende Vereinbarung ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten (vgl. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)).

Mit Blick auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“ und die diesbezüglichen Handlungsfelder „frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Schnittstellen“ erscheint hier 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.

### **3.4.4.2 Aktivitäten zur externen und internen Qualitätssicherung im Rahmen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR)**

Insbesondere in 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-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ziel ist es, durch speziell auf berufliche Aspekte konzentrierte Ausrichtung der medizinischen Rehabilitationsleistungen eine nachhaltigere Verbesserung der Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden zu erreichen. Die MBOR verlangt jedoch auch im Antragsaufnahmeverfahren der DRV besondere Änderungen in den Prozessen 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 (vgl. auch Anhänge, Kapitel 6.6).

### **3.4.4.3 Aktivitäten zur Qualitätssicherung der Prozesse der Rehabilitationsträger im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation**

Beispiele für Maßnahmen der internen Qualitätssicherung von trägerinternen Prozessen im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation bieten insbesondere die Prozesse im Bereich der Unfallversicherung. Aufgrund der Besonderheiten der Unfallversicherung gelten sie gleichermaßen für die Leistungen zur Teilhabe. Daher wird dort (vgl. 3.4.5) näher auf sie eingegangen.

### **3.4.5. Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Auch im Bereich der Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 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“ insbesondere die Verschiedenartigkeit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Neben Leistungen zur Arbeitsplatzzerlangung und -sicherung (z.B. Eingliederungszuschuss, Arbeitsplatzausstattung) sind auch Leistungen der beruflichen Qualifizierung darunter zu fassen. Letztere lassen sich wiederum unterscheiden in Ausbildung, Weiterbildung, Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen.

### **3.4.5.1 Trägerübergreifende Aktivitäten zur externen Qualitätssicherung der Rehabilitationsleistungen bei den Leistungserbringern**

Insbesondere hinsichtlich der Ergebnisqualität von Leistungen zur beruflichen Qualifizierung wurde zwischenzeitlich die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger intensiviert.

So wurden in einer Arbeitsgruppe der DRV zusammen mit UV und BA die Grundlagen für ein trägerübergreifend einsetzbares Fragebogeninstrument für katamnestische Befragungen der Teilnehmer von qualifizierenden Rehabilitationsleistungen entwickelt (Berliner Fragebogen)<sup>33</sup>. 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 setzte das Instrument bereits in einem Test ein und plant einen routinemäßigen Einsatz in 2010. Die BA hat das Instrument mit Blick auf ihre besondere Kundenstruktur variiert und setzt es seit 2009 ein. Darüber hinaus wurde ebenfalls in Abstimmung zwischen DRV, UV, BA und BFWen ein Konzept erarbeitet, wie der Erfolg von beruflichen Bildungsmaßnahmen trägerübergreifend anhand von Routinedaten erhoben werden kann. Zu den im Bereich der bei den Rehabilitationsträgern vorliegenden Routinedaten vgl. auch Anhänge, Kapitel 6.4.3.

Die jüngste Initiative zur vertieften trägerübergreifenden Zusammenarbeit bei der Qualitätssicherung von beruflichen Qualifizierungsleistungen ist das vom BMAS initiierte Vorhaben RehaFutur. Teil dieses Vorhabens ist ein vertiefter Austausch über Möglichkeiten zur Ermittlung der Qualität dieser Rehabilitationsleistungen im Rahmen der sogenannten Arbeitsgruppe II (AG II). In diesen Austausch sind durch die in der AG II federführende Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke (Arge BFW) auch ein Teil der Leistungserbringer mit eingebunden.

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

### **3.4.5.2 Maßnahmen einzelner Träger zur externen Qualitätssicherung von LTA**

Die DRV hat insbesondere jüngst ein Rahmenkonzept 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 Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation bei den Leistungserbringern. Zu erwähnen ist zudem eine aktuelle Ausschreibung für ein Projekt zur Verbesserung der Transparenz von Rehabilitationsprozessen bei den Leistungserbringern. Das Projekt mit dem Titel „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation“ – LBR – soll 2010 beginnen. Eine trägerübergreifende Zusammenarbeit wird angestrebt.

<sup>33</sup> Vgl. z.B. Erbsteifer, Klosterhuis, Lindow (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. in: RVaktuell 10/2007, S. 362-366.

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit werden die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringer über vertragliche Vereinbarungen (Rahmenverträge, bzw. Leistungsbeschreibungen) zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation bei den Leistungserbringern vorgegeben und stichpunktartig überprüft. Daneben ist im Qualitätsmanagementsystem der BA regelhaft vorgesehen, externe Leistungen auf Input (Strukturqualität), Durchführung (Prozessqualität), Maßnahmezielerreichung und Outcome (Ergebnisqualität) zu prüfen<sup>34</sup>.

### **3.4.5.3 Maßnahmen einzelner Träger zur Qualitätssicherung der internen Prozesse der Rehabilitationsträger bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit ist die Qualitätssicherung der internen Prozesse bezüglich Leistungen zur Teilhabe grundsätzlich eingebunden in das allgemeine Qualitätsmanagementsystem. Zusätzlich zu den allgemeinen Handlungsprogrammen für die Vermittlung werden dabei insbesondere rehabilitationsspezifische Standards mit dem Handlungsprogramm Reha/SB sowie diesbezüglichen und anderen spezifischen Handlungsempfehlungen/ Geschäftsanweisungen (HEGA) vorgegeben. Die Einhaltung der Standards wird kontinuierlich überprüft, gegebenenfalls wird steuernd eingewirkt. Im Steuerungssystem der BA sind auch für den Bereich REHA inzwischen Wirkungskennzahlen implementiert. Eine Ergebnisverbesserung wird u.a. über einen internen Benchmark der Agenturen angestrebt. Diese Maßnahmen dienen neben der Steigerung der Integrationswirkung auch der Verkürzung von Laufzeiten, für Details sei verwiesen auf das diesbezügliche Kapitel 6.16.2 der Anhänge.

Auch im Bereich der DGUV wird eine Vielzahl von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der trägerinternen rehabilitationsbezogenen Prozesse durchgeführt. Da diese wie bei der BA ganz überwiegend auch der Verkürzung von Laufzeiten dienen, sei auch hier für die Details verwiesen auf das diesbezügliche Kapitel 6.16.2.1 der Anhänge.

### **3.4.5.4 Qualitätssicherung im Vermittlungsprozess**

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 stellt eine Kernaufgabe der Bundesagentur für Arbeit dar. Entsprechend bestehen hier zahlreiche ausdifferenzierte Instrumente der Qualitätssicherung, die in den allgemeinen Handlungsprogrammen und HEGAs fixiert sind, vgl. auch insoweit Kapitel 6.16.1 der Anhänge. Als spezieller Dienstleister für besonders betroffene Schwerbehinderte und deren (ggf. potentielle) Arbeitgeber stellen die IFD ihre Vermittlungsdienste zur Verfügung. Die Strukturverantwortung für die IFD liegt bei den Integrationsämtern. Die IFD verfahren bundesweit bereits seit Jahren grundsätzlich nach dem KASSYS-System (nähere Informationen unter [www.kassys.org](http://www.kassys.org)). Das KASSYS-System bietet einen detaillierten Handlungsleitfaden für die Aktivitäten der IFD im Vermittlungsprozess und bietet mit seinen zahlreichen spezifischen Elementen eine umfassende Grundlage für ein systematisches Qualitätsmanagement. Das KASSYS-System wird darüber hinaus auch selbst regelmäßig einer Aktualisierung unterzogen. Daher wurden zu Beginn des Projektes auch Überlegungen zur möglichen Übertragbarkeit besonders effektiver Elemente des Systems auf andere Bereiche angestellt, die aber im Rahmen der Projektlaufzeit nicht vertieft werden konnten.

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

<sup>34</sup> Zu Einzelheiten vgl. den Ergebnisbericht des trägerübergreifenden Workshops in Erkner, zu beziehen über die BAR-Geschäftsstelle.

Qualitätssicherungsinstrumenten der UV mit umfasst.

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

### **3.4.6. Zusammenfassung/Fazit**

Es zeigt sich, dass die Rehabilitationsträger in zahlreichen Bereichen der Rehabilitation Aktivitäten zur externen und internen Qualitätssicherung mit Relevanz für das im Projekt relevante Ziel „berufliche (Re)Integration“ unternommen haben und aktuell durchführen. Schon angesichts der Vielzahl der verschiedenen trägerübergreifenden und trägerspezifischen Aktivitäten zur Qualitätssicherung stellte eine vergleichende Analyse der diversen Aktivitäten unter den gegebenen Projektbedingungen eine Herausforderung dar. Zudem war zu berücksichtigen, dass zahlreiche Instrumente sich noch in der Erprobungs- bzw. Konsolidierungsphase befinden. Insgesamt war daher eine vertiefende und vergleichende Analyse nach Ansicht der Projektgruppe im Projektzeitraum nicht durchführbar. Möglich und sinnvoll erscheint jedoch, den diesbezüglichen trägerübergreifenden Austausch grundsätzlich fortzuführen. Dabei wird insbesondere eine Abstimmung der verschiedenen einschlägigen trägerübergreifenden Aktivitäten erforderlich sein.

### 4. Handlungsempfehlungen/Konzept zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe

Zusammenfassend spricht die BAR-Projektgruppe unter Berücksichtigung der unter 3.2.4. sowie 3.3.1. und 3.3.2. erzielten Ergebnisse nachfolgende Handlungsempfehlungen zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe aus.

Vorrangig sollte die Umsetzung der im Rahmen des Projektes erzielten Erkenntnisse und Vereinbarungen sein, die aus Sicht der Projektgruppe einen unmittelbaren Fortschritt versprechen (1.). Ebenfalls bedeutsam ist die weitere Arbeit an solchen bereits im Projekt aufgegriffenen Ansätzen, die bei weiterer Konkretisierung die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erwarten lassen (2.). Schließlich lohnt auch die weitere Untersuchung zahlreicher anderer Ansätze, die entweder bislang nur ansatzweise aufbereitet wurden oder für die bislang nur erste Hinweise auf konkretes Optimierungspotential vorliegen (3.).

#### I. Handlungsempfehlungen zur Umsetzung von konkreten Vorschlägen zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation

1. Nutzung und Weiterentwicklung der durch trägerübergreifende Verständigung auf einheitliche Grundlagen zur Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation erzielten konkreten Ergebnisse.  
Dazu zählen insbesondere
  - Glossar von Begrifflichkeiten
  - Grafische Aufbereitung von Rehabilitationsprozessen in den einzelnen Trägerbereichen
2. (weitere) Umsetzung vereinbarter Ansätze zu Lösung von Schnittstellenproblemen (vgl. Kapitel 2.2.4.2)
3. Pilotierung der von der Projektgruppe für zielführend gehaltenen trägerübergreifenden Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“
4. Verbesserung der Bürgerinformation über Rehabilitation und Teilhabe
5. Prüfung und ggf. Umsetzung der auf Ebene der Projektgruppe abgestimmten Verbesserungsvorschläge für die Gemeinsamen Empfehlungen „frühzeitige Bedarfserkennung“, „VIK“ und „Teilhabeplan“
6. Fortsetzung des trägerübergreifenden Austauschs über Qualitätssicherung. Dabei sind insbesondere die zahlreichen diesbezüglich bereits bestehenden Aktivitäten und Erkenntnisse der Rehabilitationsträger zu beachten.

#### II. Empfehlungen zur verstärkten Bearbeitung bereits als zielführend identifizierter Optimierungsansätze

1. Weiterentwicklung des trägerübergreifenden Austauschs über Kriterien und Indikatoren zur Beschreibung des Rehabilitationszieles „berufliche (Re)Integration“
2. Austausch über Kriterien der frühzeitigen Bedarfserkennung
3. Analyse der Übertragbarkeit von erprobten Instrumenten der frühzeitigen Bedarfserkennung auf andere Trägerbereiche mit wissenschaftlicher Evaluation
4. Fortsetzung des Austauschs über Schnittstellen
5. Vereinbarungen zum Vermittlungsprozess zwischen BA und DRV
6. Austausch über das Absolventenmanagement der BA
7. Überarbeitung der Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Begutachtung“, u.a. mit dem Ziel einer verbesserten Umsetzbarkeit

## KAPITEL 4

8. Schulungen für IFD-Mitarbeiter zum Leistungsspektrum der Rehabilitationsträger
9. Prüfung der Möglichkeiten zur Flexibilisierung von Prüfungsterminen und Durchführung eines Modellprojektes
10. Fortsetzung und Vertiefung des Austauschs über Laufzeiten
11. Intensivierung der Umsetzung des Instruments „Teilhabeplan“
12. Fortsetzung Austausch Best-Practice-Beispiele
13. Analyse der wesentlichen Kernelemente bereits identifizierten Best-Practice-Ansätze

### **III. Empfehlungen zur Konkretisierung weiterer nach überwiegender Expertenmeinung zielführender Ansätze zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit**

1. Förderung der regionalen Kommunikation zwischen den einzelnen Trägern
2. Förderung vernetzter/n Absprachen/Austauschs zur Identifizierung der Merkmale und Eigenschaften von Rehabilitanden und des Einflusses dieser auf die Wirksamkeit der LTA
3. Prüfung der Übertragung der Inhalte und Elemente des Berliner Fragebogens auf die übrigen Leistungsträger, um so eine Vergleichbarkeit von Daten, die Basis weiterer Untersuchungen bilden könnten, zu gewährleisten
4. Identifizierung von Möglichkeiten zur Nutzung von Routinedaten zur Messung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
5. Koordinierung des Austauschs und Erarbeitung von Vorschlägen über ggf. vorhandene Möglichkeiten zur Angleichung von Routinedaten bzw. deren vergleichbare Erhebung zwischen den Trägern
6. Koordinierung des Austauschs von (vorhandenen) Prozessdaten, insbesondere Kennzahlen zur Rehadauer
7. Erarbeitung von Vorschlägen zur Berücksichtigung von Effizienzbewertungen von LTA in ökonomischen Analysen der Träger
8. Angebot eines regelmäßigen Austauschs hinsichtlich der bei den einzelnen Trägern vorhandenen Instrumente zur Prozesssteuerung insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation, z.B. hinsichtlich Befragungsinstrumenten und Steuerungsinstrumenten wie der Weller-Tabelle der DGUV
9. Austausch über innerhalb der jeweiligen Trägerbereiche bislang durchgeführte Benchmarkingprojekte
10. Initiierung von Kooperationen zur Prozesssteuerung sowie zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf, anknüpfend u.a. an die Erfahrungen in den diesbezüglichen Projekten
11. Trägerübergreifende Forschung
12. Vergleichende Forschung
13. Koordinierung des Austauschs über Forschungsergebnisse und Praxiserkenntnisse und über Vorgehensweisen bei deren Umsetzung ggf. in Form von Workshops
14. Prüfung, ob ein Modellprojekt zur Übertragung der übergreifenden Erfahrungen der DGUV im Rehaprozess auf andere Träger angezeigt ist
15. Fortgesetzte Stärkung der Gemeinsamen Servicestellen

Die in den ausgesprochenen Empfehlungen aufgezeigten Handlungsfelder könnten weiterhin in einer auf Ebene der BAR koordinierten Projektgruppe aufgegriffen und die erzielten Ergebnisse evaluiert werden. Die bisherige Arbeit hat gezeigt, dass in manchen Handlungsfeldern die Durch-

## KAPITEL 4

---

führung wissenschaftlicher Projekte die Erreichung inhaltlicher Fortschritte befördern kann. Zu Beginn der weiteren Tätigkeit der Projektgruppe sollte auch die bisherige Vorgehensweise analysiert werden, um die Arbeitsprozesse in der Gruppe gegebenenfalls zu optimieren. Zur Strukturierung der weiteren Projektarbeit könnten beispielsweise erzielte Zwischenergebnisse zeitnah bei den beteiligten Rehabilitationsträgern abgestimmt werden, um eine verbindliche Grundlage für nächste Arbeitsschritte zu erreichen.

### 5. Ausblick

Im Projekt konnten einige konkrete Vorschläge zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation aufgezeigt werden. Weitere Ansatzpunkte zur Optimierung konnten identifiziert werden. Angesichts der für das Projekt zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen konnten diese jedoch nicht weit genug bearbeitet werden, um hieraus im Rahmen der Projektarbeit konkrete Schritte zur unmittelbaren Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit vorschlagen zu können.

Der gesetzliche Auftrag der Rehabilitationsträger zu wirksamem und wirtschaftlichem Handeln, der sich auf trägerübergreifender Ebene auch in der Satzung der BAR niederschlägt, spricht für eine weitere systematische Vertiefung der aufgezeigten Handlungsfelder. Nicht zuletzt legt der Blick auf die zahlreichen trägerübergreifenden Aspekte der Rehabilitation es nahe, neben den vielfältigen trägerinternen Bemühungen entsprechende Aktivitäten auch auf Ebene der BAR fortzusetzen. Beispielhaft zu nennen sind hier, neben der Verständigung auf einheitliche Grundlagen der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation, die Optimierung von Schnittstellen und der frühzeitigen Bedarfserkennung, die Verbesserung der Information der Bürger und der Austausch über die Erkenntnisse zur Qualitätssicherung. Vor diesem Hintergrund wird aktuell im BAR-Vorstand der Handlungsbedarf zur Fortsetzung der Arbeiten in ausgewählten Handlungsfeldern erörtert.

Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass die Ergebnisse der einschlägigen Aktivitäten auf Ebene der einzelnen Träger sinnvoll in den trägerübergreifenden Austausch einbezogen werden. Gleiches gilt hinsichtlich einer effizienten Abstimmung mit bereits bestehenden trägerübergreifenden Vorhaben, wie beispielsweise „RehaFutur“ für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

# KAPITEL 6

## 6. Anhänge

### Inhalt

<b>6.1.</b>	<b>Gesetzliche Vorgaben zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation</b>	<b>59</b>
<b>6.2.</b>	<b>Gesetzliche Vorgaben zu Zielen der Rehabilitation</b>	<b>61</b>
6.2.1.	Allgemeine Ziele von Leistungen zur Teilhabe	61
6.2.2.	Ziele von Leistungen der medizinischen Rehabilitation	62
6.2.3.	Ziele von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX	63
6.2.4.	Fazit:	64
<b>6.3.</b>	<b>Glossar der bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation verwendeten Begrifflichkeiten</b>	<b>65</b>
<b>6.4.</b>	<b>Kriterien/Indikatoren für die Zielerreichung, den Nutzen und den Aufwand/die Kosten</b>	<b>68</b>
6.4.1.	Austausch über Kriterien zur Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ und des monetären Nutzens von Rehabilitationsleistungen	69
6.4.2.	Erläuterungen, praktische Aspekte und Ergebnisse der Erhebung oben genannter und anderer Kriterien	72
6.4.3.	Ergänzende Anmerkungen aus der DGUV und der RV zu möglichen Einflussfaktoren auf die Integration	76
6.4.4.	Einschätzung der Ergebnisse des Austauschs zu Kriterien / Indikatoren bei der Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“	76
6.4.5.	Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des monetären Nutzens	77
6.4.6.	Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des mit der Zielerreichung verbundenen Aufwands	77
6.4.7.	Überblick zu weiteren bislang in der Literatur im Zusammenhang mit Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verwendeten Kriterien/Indikatoren	77
<b>6.5.</b>	<b>Zusammenfassung der Inhalte und Ergebnisse des trägerübergreifenden Expertenworkshops in Erkner am 10./11.02.2009</b>	<b>78</b>
6.5.1.	Organisation eines effektiven kontinuierlichen Austauschs über die Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit	79
6.5.2.	Initiierung und Austausch von Forschungsprojekten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation	80
6.5.3.	Verbesserung der Information der Bürger über Rehabilitation	81
<b>6.6.</b>	<b>Aktuell in der Erprobung befindliche Instrumente der DRV zur frühzeitigen Erkennung von spezifischem Bedarf bezüglich beruflicher Teilhabe</b>	<b>82</b>
<b>6.7.</b>	<b>Vorschläge zur Optimierung ausgewählter Gemeinsamer Empfehlungen</b>	<b>92</b>
6.7.1.	Vorbemerkung/Hintergrund:	92
6.7.2.	Allgemeine Hinweise zu den GE	93
6.7.3.	Anmerkungen zu den einzelnen GE	94

<b>6.8.</b>	<b>Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und/oder zur frühzeitigen Vernetzung der jeweiligen Trägerbereiche und ggf. Dritter</b>	<b>102</b>
<b>6.9.</b>	<b>Übersicht über ungeklärte Schnittstellenprobleme in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit</b>	<b>114</b>
<b>6.10.</b>	<b>Eckpunktepapier für die Zusammenarbeit in einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ zur Klärung offener trägerseitiger Fragen bei der Zusammenarbeit in der Rehabilitation -</b>	<b>115</b>
<b>6.11.</b>	<b>Ergebnisse des Austauschs über Vermittlungsprozesse</b>	<b>118</b>
6.11.1.	Übersicht über die Vermittlungsprozesse in den einzelnen Trägerbereichen:	118
6.11.2.	Übersicht über ausgewählte Vermittlungsprozesse im Leistungserbringerbereich	119
<b>6.12.</b>	<b>Prüfung von Optimierungspotentialen im Vermittlungsprozess</b>	<b>121</b>
<b>6.13.</b>	<b>Überblick über das Absolventenmanagement der BA</b>	<b>124</b>
<b>6.14.</b>	<b>Übersicht über erste Erfahrungen mit dem Instrument „job.bg“</b>	<b>125</b>
<b>6.15.</b>	<b>Analyse zum Datenschutz in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation</b>	<b>130</b>
6.15.1.	Abfrage datenschutzrechtlicher Probleme unter den Mitgliedern	130
6.15.2.	Überblick über die Rechtslage	131
6.15.3.	Bewertung	131
<b>6.16.</b>	<b>Austausch über erfolgreiche Maßnahmen der einzelnen Rehabilitationsträger zur Verbesserung von Laufzeiten im jeweiligen Rehabilitationsprozess</b>	<b>133</b>
6.16.1.	Maßnahmen zur Verbesserung/good-practice von Laufzeiten im Bereich der BA	133
6.16.2.	Maßnahmen zur Verbesserung/good-practice von Laufzeiten im Bereich der UV	134
<b>6.17.</b>	<b>Übersicht über Beispiele guter Praxis in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation</b>	<b>138</b>
6.17.1.	AHB-Verfahren	138
6.17.2.	Koordinierungsausschüsse nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“	138
6.17.3.	Vereinbarung zur „familienorientierten Rehabilitation“	138
6.17.4.	Direktverlegungsverfahren mit der DRV Bund im Bereich der Langzeitentwöhnungen für Abhängigkeitskranke	138
6.17.5.	Beratertage Reha	138
6.17.6.	Berufswegekonferenzen	139
6.17.7.	Zusammenarbeit auf Landesebene in den spezifischen Bereichen Onkologie und Abhängigkeitserkrankungen	139

### 6.1. Gesetzliche Vorgaben zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

Die Rehabilitationsträger sind in ihrem Handeln an das Gesetz gebunden. Bei der Untersuchung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation sind daher zur Bestandsaufnahme der zu beachtenden Rahmenbedingungen die einschlägigen Vorschriften zu berücksichtigen.

#### 6.1.1 Gesetzliche Vorgaben zum Erfordernis der Wirksamkeit bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

Dass die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen zur Teilhabe möglichst wirksam zu erbringen sind, ergibt sich grundsätzlich bereits aus den Rechtsnormen selbst.

Angesichts der nicht immer trennscharfen Zielformulierungen (vgl. z.B. §§ 4, 10 SGB I: „Selbstbestimmung“, „gleichberechtigte Teilhabe“), kann den einschlägigen Normen aber oft nicht eindeutig entnommen werden, ab wann das vorgegebene Ziel als erreicht gelten kann.

Hier hilft, bezogen auf die in § 4 SGB I genannten Ziele, der im gesamten Bereich der sozialen Sicherung zu beachtende § 2 Abs. 2 SGB I:

„Die nachfolgenden sozialen Rechte sind bei der Auslegung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs und bei der Ausübung von Ermessen zu beachten; dabei ist sicherzustellen, dass die sozialen Rechte *möglichst weitgehend* verwirklicht werden.“

Weitere ausdrückliche gesetzliche Anordnungen an die Rehabilitationsträger zu wirksamem Handeln finden sich unter anderem in § 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 SGB V, § 26 Abs. 4 SGB VII. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch § 4 Abs. 2 SGB IX, nach dem die zu Erreichung der Ziele nach Absatz 1 zu erbringenden Leistungen „nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität“ erbracht werden, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

Neben anderen Vorschriften in den Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger bringen weitere Vorschriften des SGB IX zumindest mittelbare Hinweise darauf, dass Leistungen zur Teilhabe wirksam zu erbringen sind. Zu nennen sind insbesondere § 9 Abs. 2, § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3, § 17 Abs. 1 S. 3, § 18 S. 1, § 31 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB IX.

#### 6.1.2 Gesetzliche Vorgaben zum Erfordernis der Wirtschaftlichkeit bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation

Das Erfordernis wirtschaftlicher Leistungserbringung ist ebenfalls im Sozialgesetzbuch verankert. Im SGB I findet sich allerdings ein entsprechender Hinweis augenscheinlich nur in § 36a Abs. 4, der nicht die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe betrifft.

Das SGB III ordnet jedoch an vielen Stellen die Beachtung der Wirtschaftlichkeit bei Leistungserbringung an, so insbesondere in den §§ 7, 61 Abs. 1 Nr. 3, 85 Abs. 1 Nr. 4, 241 Abs. 4 Nr. 2 etc. Zentral ist die Norm des **§ 69 SGB IV**. Hier ist für die gesamte Sozialversicherung die Wirtschaftlichkeit als ein wesentlicher Grundsatz der Haushaltsaufstellung und -ausführung in § 69 Abs. 2 und 3 SGB IV festgelegt. Dabei ist nach herrschender Meinung Wirtschaftlichkeit nach dem sog. „Minimalprinzip“ (Erreichung eines angestrebten Ziels mit dem geringstmöglichen Mitteleinsatz) gemeint, vgl. Borrmann in Hauk-Noftz SGB IV, § 69, Rz. 2ff. Dabei muss die Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Ziele sichergestellt sein, vgl. Borrmann a.a.O. Rz. 12.

Für den Bereich der Krankenversicherung schreibt das SGB V insbesondere in den §§ 2 Abs. 1, 4, § 4 Abs. 3, § 12 Abs. 1 ff., die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots vor. Daneben finden sich entsprechende Anordnungen beispielsweise in den §§ 63, 67, 68, 70, 71, 91 Abs. 4 Nr. 1, 92 Abs. 1 Satz 1 iVm Satz 2 Nr. 8 und 125 SGB V.

## KAPITEL 6

Das SGB VI enthält insbesondere in § 13 das Gebot zur wirtschaftlichen Leistungserbringung, darüber hinaus wird in § 138 die Durchführung eines Wirtschaftlichkeitswettbewerbs zwischen den Trägern der Rentenversicherung vorausgesetzt.

Auch das übergreifende SGB IX enthält als für die Rehabilitation maßgebliches Gesetzbuch zahlreiche Gebote wirtschaftlicher Leistungserbringung. Zu nennen sind insbesondere § 9 Abs. 2, § 10 Abs. 1 Satz 2 und 3, § 15 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 1 S. 3, § 18 S. 1, § 31 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1, § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, § 41 Abs. 3, § 66 Abs. 1 etc.

Besonderheiten scheint es bei erster Betrachtung im Bereich der Unfallversicherung zu geben. Hier deutet der Wortlaut des § 26 Abs. 2 und Abs. 4 SGB VII, die zwar Wirksamkeit und Qualität der Leistungserbringung „mit allen geeigneten Mitteln“, nicht aber deren Wirtschaftlichkeit ausdrücklich vorschreiben. Indes hat die Unfallversicherung nach Abs. 5 der Vorschrift die Leistung nach pflichtgemäßem Ermessen zu erbringen. In diese Ermessenserwägungen sind dann wiederum - nicht nur wegen § 69 SGB IV - Wirtschaftlichkeitserwägungen einzustellen.

### 6.1.3 Fazit

Alle Rehabilitationsträger sind nachdrücklich durch Gesetz zu wirksamem und wirtschaftlichem Handeln verpflichtet. Mit dem Projekt wird dieser gesetzliche Auftrag aufgegriffen und eine kontinuierliche Fortentwicklung und Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation im trägerübergreifenden Kontext angestoßen.

## 6.2. Gesetzliche Vorgaben zu Zielen der Rehabilitation

Für die Ausrichtung der Leistungserbringung in der Rehabilitation auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, deren Optimierung im vorliegenden Projekt untersucht werden soll, ist die Identifizierung von Zielen erforderlich, anhand derer die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung überhaupt erst gemessen werden kann. Im Folgenden sind in einem ersten Schritt als maßgebliche Festlegung die gesetzlich vorgeschriebenen Ziele von Leistungen zur Teilhabe überblicksartig zusammengestellt.

Dabei werden in Orientierung an der gesetzlichen Unterscheidung der Leistungsarten zunächst die Vorschriften zusammengefasst, die alle Arten von Leistungen zur Teilhabe betreffen (1.). Es folgt eine Wiedergabe von Regelungen, deren Gegenstand Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind (2.). Schließlich folgen solche Normen, die nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betreffen (3.). Dabei kann es zu Überschneidungen zwischen den Abschnitten 1. und 2. und dem 3. Abschnitt kommen. Es folgt ein Fazit mit Blick auf das Projektziel, ein Konzept zur Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation zu erstellen (4.).

Die Bedeutung der nicht in den jeweiligen Leistungsgesetzen explizit aufgenommen im SGB IX und SGB I aufgeführten Reha-Ziele für die einzelnen Rehabilitationsträger wird in der Literatur teilweise abweichend bewertet. Da eine juristische Aufarbeitung nicht Projektgegenstand war, wird auf eine vertiefte Darstellung verzichtet.

### 6.2.1. Allgemeine Ziele von Leistungen zur Teilhabe

Die nachfolgenden Ziele sind grundsätzlich von allen Rehabilitationsträgern bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation zu beachten, wobei im Einzelfall eine Konkretisierung unter Berücksichtigung speziellerer Regelungen, u.a. in den Leistungsgesetzen, erfolgt. Die Ziele ergeben sich aus der allgemeinen Vorschrift des § 10 SGB I und der Generalnorm für Leistungen zur Teilhabe, § 4 SGB IX.

## KAPITEL 6

Danach ist das übergeordnete Ziel sämtlicher Leistungen zur Teilhabe die individuelle Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Konkret sind bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation folgende (Teil)Ziele anzustreben:

1. Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, Verschlimmerung verhüten oder ihre Folgen mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit vermeiden, (erstmalig) überwinden, mindern oder eine Verschlimmerung verhüten,
3. vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen verhindern, laufende Sozialleistungen mindern,
4. eine den individuellen Neigungen und Fähigkeiten entsprechende Teilhabe am (SGB I: „Platz im“) Arbeitsleben (SGB IX: „dauerhaft“) sichern.

Für den Bereich der GKV, DRV und Unfallversicherung sieht § 4 SGB I zudem folgende Zielstellung vor:

- Schutz, Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit

Für den Bereich der BA legt § 3 SGB I zusätzlich dieses Ziel fest:

- Hilfe zur Erlangung und Erhaltung eines angemessenen Arbeitsplatzes  
Dieses Ziel entspricht in etwa dem o.g. Ziel Nr. 4

### Begleitende Hilfe im Arbeitsleben

Nach § 102 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB IX erbringen die Integrationsämter eine besonders bezeichnete Art von Leistung, die begleitende Hilfe im Arbeitsleben. Sie soll dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten. Insoweit ergeben sich hinsichtlich der Zielsetzungen der Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben grundsätzliche Überschneidungen mit den vorgenannten Zielen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zu beachten ist indes die stärkere Betonung auf den Aspekten „Sicherung des sozialen Status, möglichst volle Verwertbarkeit der Kenntnisse und Fähigkeiten auf dem Arbeitsplatz und Wettbewerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.“

### 6.2.2. Ziele von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

#### 6.2.2.1 § 26 SGB IX

Ziele von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die nach § 7 SGB IX nur bei abweichender Sonderregelung in den Leistungsgesetzen außer Acht gelassen werden können, sind nach § 26 SGB IX die oben unter den Nrn. 1, 2 und 3 genannten Ziele. Nicht ausdrücklich in dieser Vorschrift erwähnt ist die Zielsetzung der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben (oben, Nr. 4). Diese Abweichung zu den §§ 10 SGB I, 4 SGB IX ist eine Folge der Unterscheidung zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe.

#### 6.2.2.2 Regelungen für die medizinische Rehabilitation in der GKV

Die einschlägigen Vorschriften des SGB V, insbesondere die §§ 11 Abs. 2 und 40 SGB V enthalten die oben unter 1. genannten Ziele sowie die Vorgaben des § 4 SGB I. Weiterhin ist die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit explizit als Ziel aufgeführt. Zudem ist das Ziel des Behinde-

rungsausgleichs ausdrücklich ausgeführt. Diese zusätzliche Zielsetzung dient der Zuständigkeitsabgrenzung insbesondere zur Rentenversicherung bei der Erbringung von Hilfsmitteln. Ihr zu Grunde liegt ein herkömmliches auf gesundheitliche Defizite beschränktes Verständnis von Behinderung. Nicht ausdrücklich aufgeführt ist die Zielsetzung der Vermeidung von vorzeitigem Bezug von Sozialleistungen bzw. der Minderung von laufenden Sozialleistungen.

### 6.2.2.3 Regelungen für die medizinische Rehabilitation in der RV

Die hier insbesondere einschlägigen §§ 9 und 15 SGB VI enthalten die o.g. Ziele Nr. 1 und 2. Zusätzlich zu den in § 26 SGB IX beschriebenen Zielen werden folgende Zielsetzungen ausgeführt:

- vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern bzw.
- möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederingliedern.

Diese in § 9 SGB VI als Ziel aller von der DRV zu erbringenden Leistungen zur Teilhabe enthaltenen Ziele, die den allgemeinen Zielen Nr. 3 und 4 ähneln, führen dazu, dass die DRV stärker als die GKV auch schon bei der medizinische Rehabilitation das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben mit zu berücksichtigen hat.

### 6.2.2.4 Regelungen für die medizinische Rehabilitation in der Unfallversicherung

Hier sind die §§ 26 und 27 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII zu Grunde zu legen. Neben der allgemeinen Übernahme der in § 26 SGB IX genannten Ziele sind auch Abweichungen zu verzeichnen. So ist der Bezugspunkt nicht die Erwerbsfähigkeit sondern der Gesundheitsschaden. Dieser soll mit allen Mitteln und möglichst frühzeitig beseitigt, gebessert, eine Verschlimmerung verhütet und die Folgen gemildert werden. Im Vergleich zu den in § 26 SGB IX genannten Zielen wird hier also ein deutlicherer Fokus auf die Wirksamkeit gelegt („mit allen Mitteln“). Die „möglichst frühzeitige“ Zielverfolgung entspricht in etwa der o.g. allgemeinen Zielsetzung Nr. 3. Zudem wird über die in § 26 SGB IX als Ziel der medizinischen Rehabilitation festgelegten Vorgaben noch die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben über § 26 SGB VII auch als Ziel der medizinischen Reha-Leistungen der Unfallversicherung genannt. Demnach muss die Unfallversicherung stärker als die GKV auch schon bei der medizinischen Rehabilitation das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigen.

### 6.2.3. Ziele von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 SGB IX

Nach § 33 SGB IX sind die Ziele von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die nach § 7 SGB IX nur bei abweichender Sonderregelung außer Acht gelassen werden können, die oben unter Nr. 2 und 4 genannten. Zusätzlich wird verlangt, dass die Erwerbsfähigkeit entsprechend der Leistungsfähigkeit erhalten werden soll. Nach hier vertretener Auffassung entspricht diese Modifikation im Wesentlichen der oben in Nr. 4 genannten Ausrichtung der anzustrebenden Teilhabe am Arbeitsleben an der Eignung. In Abweichung der allgemeinen Zielvorgaben von Leistungen zur Teilhabe (§§ 3f, 10 SGB I und 4 SGB IX) ist in § 33 SGB IX nicht ausdrücklich vorgeschrieben, dass die erreichte Teilhabe am Arbeitsleben der Eignung und Neigung des Betroffenen entsprechen muss, es wird nur deren angemessene Berücksichtigung verlangt. Indes ist wegen § 9 SGB IX ist bei der Entscheidung über die Angemessenheit der Leistung einer geäußerten Neigung ein hohes Gewicht beizumessen.

### **6.2.3.1 Regelungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der BA**

Die einschlägigen §§ 97 ff. SGB III enthalten insbesondere die oben unter 2. genannten Ziele. Zusätzliche Zielsetzung im Vergleich zu § 33 SGB IX ist, bereits das Entstehen von Arbeitslosigkeit zu vermeiden oder die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen (§ 1 Abs. 1 SGB III). Diese Abweichung entspricht indes im Wesentlichen der o.g. (vgl. 6.2.1) allgemeinen Zielvorgabe Nr. 3. Einschränkend im Vergleich zu § 33 SGB IX und den allgemeinen Zielsetzungen von Leistungen zur Teilhabe ist, dass die Neigung nur „angemessen“ zu berücksichtigen ist. Auch wenn im SGB III hinsichtlich der Leistungsinhalte anders als in den anderen Leistungsgesetzen kein ausdrücklicher Rückbezug auf das SGB IX enthalten ist, wird jedoch davon ausgegangen, dass auch bei den Entscheidungen der Agentur für Arbeit das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX zu berücksichtigen ist, der Neigung des Leistungsberechtigten also besonderes Gewicht zukommt.

### **6.2.3.2 Regelungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der DRV**

Die §§ 9, 16 SGB VI enthalten die oben unter 2. aufgeführten Ziele. Zusätzlich werden folgende Zielsetzungen festgelegt:

- vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern oder
- möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederingliedern.

Diese Zielsetzungen ähneln im Wesentlichen den o.g. (vgl. 6.2.1) Zielen Nr. 3 und 4; indes ist der Fokus hier vor dem Hintergrund des weiten Begriffs der Erwerbsfähigkeit nach § 43 SGB VI zu sehen, so dass nicht die Vermeidung/Verminderung des Bezugs jeder Sozialleistung (beispielsweise Arbeitslosengeld) als Ziel vorgegeben wird.

### **6.2.3.3 Regelungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Unfallversicherung**

Die von der gesetzlichen Unfallversicherung zu beachtenden §§ 26 und 35 SGB VII sehen neben dem allgemeinen Verweis auf § 33 SGB IX und dessen Ziele vor, dass der Gesundheitsschaden möglichst frühzeitig und mit allen Mitteln beseitigt, gebessert, seine Verschlimmerung verhütet und die Folgen gemildert werden. Im Vergleich zu den in § 33 SGB IX genannten Zielen wird hier also ein deutlicherer Fokus auf die Wirksamkeit gelegt („mit allen Mitteln“). Die „möglichst frühzeitige“ Zielverfolgung entspricht in etwa der o.g. allgemeinen Zielsetzung Nr. 3.

### **6.2.3.4 Regelungen zu Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Integrationsämter und Integrationsfachdienste**

Nach § 102 Abs. 2 Satz SGB IX erbringen die Integrationsämter für schwerbehinderte Menschen eine besonders bezeichnete Art von Leistung, die begleitende Hilfe im Arbeitsleben. Sie soll dahin wirken, dass die schwerbehinderten Menschen in ihrer sozialen Stellung nicht absinken, auf Arbeitsplätzen beschäftigt werden, auf denen sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse voll verwerten und weiterentwickeln können, sowie durch Leistungen der Rehabilitationsträger und Maßnahmen der Arbeitgeber befähigt werden, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit nichtbehinderten Menschen zu behaupten. Insoweit ergeben sich hinsichtlich der Zielsetzungen mit den für die Rehabilitationsträger geltenden Vorgaben wesentliche Überschneidungen. Zusätzlich dazu wird das Ziel der möglichst vollen Verwertung der vorhandenen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Erreichung der Wettbewerbsfähigkeit der schwerbehinderten Menschen betont.

### 6.2.4. Fazit

Die vorstehende vereinfachende Übersicht zeigt bereits, welche Vielzahl von Zielen von den Rehabilitationsträgern bei Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu berücksichtigen sind, und welche Unterschiede in der Zielsetzung in den einzelnen Trägerbereichen von Gesetzes wegen vorgegeben sind. Eine Gewichtung dieser unterschiedlichen Zielsetzungen unter dem hier interessierenden trägerübergreifenden Aspekt lässt sich aus dem Gesetz nicht ableiten.

### 6.3. Glossar der bei der Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation verwendeten Begrifflichkeiten

Folgende Begrifflichkeiten wurden innerhalb der Projektgruppe als Grundlage für den weiteren Austausch über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit festgelegt. Eine Abstimmung mit zeitgleich in anderen trägerübergreifenden Vorhaben erstellten Glossaren war innerhalb der Projektlaufzeit nicht möglich.

#### **Berufliche (Re)Integration/Eingliederung**

Erstmalige/r oder wiederholte/r Begründung oder Erhalt einer Erwerbstätigkeit oder eines Ausbildungsverhältnisses eines Rehabilitanden.

#### **Erfolg**

Zielentsprechendes Ergebnis der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation. Im Projektkontext primär zu verstehen als (Wieder-)Eingliederung in das Arbeitsleben einschließlich Erhaltung des Arbeitsplatzes.

#### **Direkte Kosten**

Durch die Leistung zur Teilhabe und Rehabilitation selbst verursachte/r Kosten/Ressourcenverbrauch

#### **Frühzeitigkeit**

Frühzeitigkeit ist gegeben, wenn zwischen verschiedenen Zeitpunkten zu Beginn des Rehabilitationsgeschehens ein möglichst geringer Zeitraum liegt. Diese Zeitpunkte sind:

- Auftreten des Rehabilitationsbedarfs;
- Möglichkeit der Erkennung des Rehabilitationsbedarfs durch den Rehabilitationsträger oder einen anderen Akteur der Rehabilitation;
- Erkennung des Rehabilitationsbedarfs durch den Rehabilitationsträger;
- Erkennung des Rehabilitationsbedarfs durch einen anderen Akteur der Rehabilitation;
- Einleitung eines Rehaprozesses

#### **Indikatoren**

Indikatoren sind eine Operationalisierung von Zielvariablen. Mit Blick auf das primär untersuchte Ziel „Teilhabe am Arbeitsleben“ sind verschiedene Kriterien/Indikatoren denkbar.

#### **Indirekte Kosten**

Kosten, die mittelbar durch eine Leistung und/oder durch die gesundheitliche Einschränkung verursacht werden. Je nach Perspektive bei der Betrachtung (insbesondere volkswirtschaftliche vs. betriebswirtschaftliche Sichtweise) sind hier unterschiedliche Kosten in Rechnung zu stellen.

### **Kosten/Aufwand**

Sämtliche mit einer hinsichtlich Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation bestehenden Organisationsstruktur, einem Organisationsablauf, oder einer Maßnahme verbundene Aufwendungen.

### **Kostenminimierungsanalyse**

Betrachtung der Möglichkeiten, bei gleich bleibender Wirksamkeit die Kosten einer Maßnahme zu senken

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Gegenüberstellung der (monetär dargestellten) Summe aller Kosten mit dem monetarisierten Nutzen einer Maßnahme

### **Kosten-Wirksamkeits-Analyse**

Gegenüberstellung der (monetär dargestellten) Summe aller Kosten mit der nicht monetär darstellbaren (dargestellten) Wirksamkeit einer Maßnahme.

### **Laufzeit**

Die jeweilige Dauer einzelner Rehabilitationsphasen.

### **Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

Maßnahmen, die auf die Erfüllung der in § 4 SGB IX und in den einschlägigen Vorschriften aus den anderen Büchern des Sozialgesetzbuchs aufgeführten Ziele gerichtet sind.

### **Monetärer Nutzen**

Durch das Tätigwerden und/oder eine Leistung des Rehabilitationsträgers erzielt, monetär bewertbares und in der Gesamtbilanz (vgl. „Kosten-Nutzen-Analyse“) zu berücksichtigendes Ergebnis. Siehe auch „qualitativer Nutzen“.

### **Nachhaltigkeit**

Nachhaltigkeit als zeitliche Komponente der Zielformulierung ist das Andauern eines angestrebten Zielzustandes. Die Ausprägung der Nachhaltigkeit bestimmt sich nach dem Zeitpunkt, zu dem das Andauern des Zielzustandes betrachtet wird (Nachbetrachtungszeitraum), dem Grad der Zielerreichung und der Zeitspanne, während der innerhalb des Nachbetrachtungszeitraums der Zielzustand bestand.

### **Outcomes**

Aus Indikatoren ableitbare Informationen über die Zielerreichung.

### **Personbezogene Kontextfaktoren**

Beschreibung in den ICF Praxisleitfäden der BAR:

Personbezogene Kontextfaktoren sind der besondere Hintergrund des Lebens und Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), z.B. Alter, Geschlecht, alleinlebend, und beziehen sich auf Seiten einer Persönlichkeit und auf Einstellungen und Verhalten einer Person, die krankheitsunabhängig bestehen.

### **Prädiktoren**

Im Rahmen von Regressionsanalysen diejenige Variable, mit deren Hilfe sich eine abhängige Variable (hier: die Eingliederung in das Erwerbsleben) in gewissen Grenzen vorhersagen lässt.

### **Prozess-/Routinedaten**

Darunter sind diejenigen Daten zu verstehen, die der Rehabilitationsträger im Zuge der standardmäßigen Bearbeitung eines Sachverhaltes erhebt und speichert.

### **Prozesssteuerung**

Unter Prozesssteuerung werden sämtliche Maßnahmen mit dem Ziel der Steuerung von träger-internen/trägerübergreifenden Abläufen verstanden. Soweit das Ziel der Steuerung dabei die Erhöhung von Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist, ist die Prozesssteuerung ein Element der Qualitätssicherung.

### **Qualitativer Nutzen**

Der durch das Tätigwerden und/oder eine Leistung des Rehabilitationsträgers erzielte Effekt in der Teilhabe. Der qualitative Nutzen ist dabei kurzfristig nicht direkt monetär messbar, mittel- bis langfristig kann dieser sich jedoch auch auf monetäre Vorteile auswirken.

### **Qualität von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

(angelehnt an Definitionen nach EN ISO 9000:2005, Abschnitte 3.1.1 und 3.1.2)

*Qualität*: Grad, in dem die Anforderungen an Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation erfüllt werden. Zu unterscheiden sind Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (zu letzterem vgl. auch „Wirksamkeit“)

### **Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

(angelehnt an Definitionen nach EN ISO 9000:2005, Abschnitte 3.2.8 und 3.2.11:)

*Qualitätsmanagement*: aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken der Träger- bzw. Leistungserbringerorganisation bezüglich Qualität von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation.

*Qualitätssicherung*: Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen an Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation erfüllt werden.

### **Rehabilitationsphase**

Abgrenzbarer Abschnitt innerhalb der Rehagesamtdauer und/oder des Rehaprozesses. Vgl. auch Laufzeiten.

### **Rehaprozess**

Rehabilitationsprozess ist der auf den einzelnen Menschen bezogene Verlauf, der der Sicherung der Erwerbsfähigkeit und/oder Verbesserung der gesundheitlichen oder körperlichen Einschränkungen oder der durch die Behinderung eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten in allen Lebensbereichen dient.

Er beginnt mit dem Erkennen möglichen Rehabilitationsbedarfs und endet mit der Erreichung des Ziels „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ bzw. der entsprechenden Teilziele. Er umfasst alle internen und externen Faktoren, einschließlich der Aktivitäten der und zwischen den Akteuren der Rehabilitation, die den Rehabilitationsverlauf betreffen und beeinflussen. Diese können sich

## KAPITEL 6

je nach individuellem Erfordernis auf den Genesungs-, den Lern-, den Ausbildungs- sowie den beruflichen und sozialen Integrationsverlauf beziehen. Dabei können auch mehrere oder alle Bereiche der Rehabilitation betroffen sein.

### **Schnittstellen**

Jeder Abschnitt eines Rehagesamtprozesses, an dem mindestens ein Informationsaustausch oder eine andere Art von Einbeziehung von zwei oder mehreren Rehabilitationsträgern und/oder zwischen diesen und dritten Akteuren für den weiteren Verlauf des Rehagesamtprozesses von Bedeutung ist.

### **Umweltbezogene Kontextfaktoren**

Diese Kontextfaktoren bilden in ihrer Summe die unabhängig von der Person des Rehabilitanden bestehende materielle, soziale, gesellschaftliche und organisatorische Umwelt ab, vor deren Hintergrund bzw. in der der Rehabilitand lebt.

### **Vermittlungsprozess**

Alle mit der beruflichen (Re-)Integration/Eingliederung eines/r Rehabilitanden/in zusammenhängenden Organisationsabläufe der Rehaträger oder anderer Akteure der Rehabilitation (insbesondere: IFD) umfasst, wobei neben rein internen Prozessen auch und gerade Abläufe zwischen den Trägern/Akteuren umfasst sein können. Der Vermittlungsprozess kann auch eine eigene Rehabilitationsphase im Rehaprozess darstellen.

### **Volkswirtschaftliche Perspektive**

Bei Zugrundelegung einer volkswirtschaftlichen Perspektive werden im Rahmen der Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Wirksamkeits-Analyse von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation sämtliche Kosten und Nutzen in Ansatz gebracht, die innerhalb der Volkswirtschaft anfallen, z.B. auch Steuereinnahmen etc.

### **Wirksamkeit (Effektivität) von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

Ausmaß, in dem die Ziele der Rehabilitation verwirklicht werden. Im konkreten Projektkontext: Wie schnell und wie dauerhaft (vgl. „Nachhaltigkeit“) wird die Eingliederung in Arbeit erreicht?

### **Wirtschaftlichkeit (Effizienz) im Hinblick auf Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

Verhältnis zwischen dem Grad der Zielerreichung (Teilhabe am Arbeitsleben) und den dafür eingesetzten Ressourcen.

## **6.4. Kriterien/Indikatoren für die Zielerreichung, den Nutzen und den Aufwand/die Kosten**

Die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit setzt die Bestimmung eines Maßes für die Bewertung der angestrebten Ziele und des zur Erreichung dieser Ziele eingesetzten Aufwands voraus. Im Projektverlauf zeigte sich, dass eine Abstimmung von bei der Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ zu Grunde zu legenden Kriterien im Projektverlauf nicht möglich war. Als problematisch erwies sich dabei weniger ein rein theoretischer Konsens über die als wünschenswert anzusehenden Kriterien. Vielmehr war vor dem Hintergrund der tatsächlich verfügbaren Daten eine Abstimmung in dem Sinne, dass eine konsequente Erhebung der als wünschenswert angesehenen Kriterien in der Praxis gefordert werden könnte, derzeit größtenteils

nicht durchführbar.

Um einen ersten Schritt in Richtung des für erforderlich erachteten vertiefenden trägerübergreifenden Austauschs über Grundlagen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu unternehmen, wurde zu den für die Projektarbeit bedeutsamsten bislang in Literatur und Praxis verwendeten Kriterien eine Einschätzung der Projektgruppenmitglieder und weiterer Experten eingeholt.

Dies betraf die Kriterien zur Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ und zur Beschreibung des monetären Nutzens (vgl. Anhang 6.3). Da „berufliche (Re)Integration“ das im Projekt vorrangig zu betrachtende Projektziel ist, wurde der Beschreibung des für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlichen Grades der Zielerreichung Priorität eingeräumt. Ebenso sollte der monetäre Nutzen mit Blick auf die Wirksamkeit betrachtet werden. Zu anderen mit Blick auf die Zielrichtung, eine Grundlage für die weitere trägerübergreifende Arbeit im Bereich „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ zu schaffen, bedeutsamen Kriterien wurde seitens der BAR-Projektgruppe ein vertiefter Austausch für nicht prioritär erachtet. Von daher beschränkt findet sich nur eine kursorische Darstellung der in der Literatur bislang in diesem Zusammenhang verwendeten Kriterien und Indikatoren im Anhang (vgl. 6.4.5f.).

Der vertiefte Austausch in der Projektgruppe über die Kriterien/Indikatoren ergab folgendes Bild:

### **6.4.1. Austausch über Kriterien zur Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ und des monetären Nutzens von Rehabilitationsleistungen**

Inhaltlich konnte sich die BAR-Projektgruppe nicht auf eine Empfehlung für einen konkreten Katalog von Kriterien, der trägerübergreifend für die Beurteilung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation mit Blick auf das Ziel „berufliche (Re)Integration“ herangezogen werden soll, einigen. Dabei bestand zwar teilweise Einigkeit darüber, welche Kriterien grundsätzlich als zur Beurteilung des Zielerreichungsgrades geeignet erscheinen. Angesichts erheblicher praktischer Hürden bei der konkreten Erhebung/Verfügbarkeit der dafür erforderlichen Daten, sah sich die BAR-Projektgruppe indes nicht in der Lage, Empfehlungen für zukünftige Vorgehensweisen auszusprechen, weil deren praktische Umsetzbarkeit nicht absehbar ist.

Um gleichwohl eine erste Grundlage für die für erforderlich erachtete weitere diesbezügliche trägerübergreifende Arbeit zu schaffen, wurde vereinbart, zu den für am wichtigsten eingeschätzten bislang in Wissenschaft und Praxis zu findenden Kriterien eine Einschätzung der verschiedenen Trägerbereiche einzuholen, die sich auf folgende Fragen konzentriert:

- Ist eine Erhebung der Kriterien zur Beurteilung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ aus fachlicher Sicht wünschenswert?
- Ist eine Erhebung der Kriterien mit derzeitigen Datenquellen mit vertretbarem Aufwand möglich?
- Könnte eine Erhebung möglicherweise zukünftig mit vertretbarem Aufwand möglich sein?

## KAPITEL 6

### Kriterien/Indikatoren für die Beurteilung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“

**Tabelle 1: Kriterien/Indikatoren für das Ziel „berufliche (Re)Integration“**

Mögliches/r Kriterium/Indikator	Wünschenswert? (J/N)			derzeit mit vertretbarem Aufwand erhebbar? 8J/N)			möglicherweise zukünftig mit vertretbarem Aufwand erhebbar? (J/N)		
	BA	DRV	DGUV	BA	DRV	DGUV	BA	DRV	DGUV
<b>Art der formalen Integration in das Arbeitsleben*</b>									
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung	J	J	J	J	J(RSD)	J(GST)	J		
	unbefristete Stelle	J	J	J	N	J (BF)	J (BF)	N	
	befristete Stelle	J	J	J	N	J (BF)	J (BF)	N	
	Zeitarbeit	N		N	N			N	
	Einkommen im vgl. zur vorherigen Stelle*			J			J(GST)		
	Vollzeit/Teilzeit		J			J (BF)			
Selbständigkeit	J	J	J	J	N	J(GST)	J		
<b>Qualität der Integration in das Arbeitsleben*</b>									
Ausbildungsadäquanz der Beschäftigung	J	J	J	Ggf.	J(BF)	J(GST)	Ggf.		
Leidensgerechte Beschäftigung	J	J		Ggf.	J(BF)	J(BF)	Ggf.		
<b>Nachhaltigkeit/Dauerhaftigkeit der Integration in den Arbeitsmarkt*</b>									
Zeitpunkt der Integration (ggf.: nach Maßnahmenende)	J	J	J	J	J(RSD)	J (GST)	J		
				J			J		
Qualität und formale Art der Integration (vgl. oben)									
Nachbetrachtungszeitraum:									
	6 Monate,	J	J		Ggf.	J(RSD)		Ggf.	
	12 Monate,	J	J		Ggf.	J(RSD)		Ggf.	
	24 Monate,	N	J	J	Ggf.	J(RSD)	J(GST)	Ggf.	
	5 Jahre	N	J		Ggf.	J(RSD)		Ggf.	

## KAPITEL 6

Mögliches/r Kriterium/Indikator		Wünschenswert? (J/N)			mit derzeitigen Datenquellen mit vertretbarem Aufwand erhebbar? (J/N)			möglicherweise zukünftig mit vertretbarem Aufwand erhebbar? (J/N)		
		BA	DRV	DGUV	BA	DRV	DGUV	BA	DRV	DGUV
Dauerhaftigkeit der Integration:										
	Es genügt irgendeine Beschäftigung während des Nachbeobachtungszeitraums.	N	J	J	J	J(BF, RSD)	J(GST)			
	Es wird eine Mindestdauer der Beschäftigung während des Nachbetrachtungszeitraums vorgegeben.	J	J	J	N	J(RSD)	N	N		Ggf. (GST)
	Mind. 3 Mon.*	J			N	J(RSD)		N		
	Mind. 6 Mon.*	J			N	J(RSD)		N		
<b>Leistungsspezifische Erfolgskriterien*</b>										
	Integrationsquote für die Teilnehmer einer Leistung zur Teilhabe und Rehabilitation	J	J		J	J(BF)	J(GST)			
	Vollausbildung	J	J	J	J	J(RSD)	J(GST)			
	Teilqualifizierung	J	J	J	J	J(RSD)	J(GST)			
	Anteil Erwerbstätiger Absolventen zu einem bestimmten Zeitpunkt*		J			J(RSD)				
	Leistungsabbruch inkl. Zeitpkt.*	J				J(RSD)				
	Zeitpkt. des Abschlusses*	J			Bed.	J(RSD)				
	Arbeitsaufnahme vor Maßnahmenende*	J			J					

\* Hierbei handelt es sich um nur aus einzelnen Trägerbereichen benannte mögliche Kriterien zur Einschätzung der Erreichung des Reha-Ziele „berufliche (Re)Integration“.

(RSD) = in Routinedaten (Reha-Statistik-Datenbasis) der DRV vorhanden,

(BF) = Berliner Fragebogen

(GST) = Gesamtstatistik-Datensatz der DGUV

### 6.4.2. Erläuterungen, praktische Aspekte und Ergebnisse der Erhebung oben genannter und anderer Kriterien

Über eine Einschätzung der genannten Kriterien hinaus lohnt sich zu ihrem besseren Verständnis ein Überblick über den insoweit bestehenden Sachstand in der Verwaltungspraxis. Diesbezüglich haben damit befasste Experten in den Bereichen der DRV Bund (Sabine Erbstöber) und der DGUV (Prof. Günter Rothe) eine Einschätzung geliefert, die im Folgenden wiedergegeben wird.

#### 6.4.2.1 DRV

Zunächst ist hervorzuheben, dass im Bereich der DRV Bund auch das Ergebnis einer beruflichen Bildungsleistung als Erfolg bewertet wird (erfolgreicher Abschluss, Abbruch, Prüfung nicht bestanden). Eine Vereinheitlichung der Berechnungen zur Integration erscheint wünschenswert, um die Transparenz zu fördern. Darüber hinaus wird eine kontinuierliche Berichterstattung für erstrebenswert erachtet.

Im Einzelnen lassen sich hier anhand der vorhandenen Daten bislang folgende Aussagen über Erhebung und Einschätzung des Erfolgs von Rehabilitation treffen:

##### 6.4.2.1.1 Aussagen auf der Grundlage von Angaben im Berliner Fragebogen:

Im Zeitraum zwischen Reha-Ende und Befragung (etwa 7-9 Monate) „schon einmal berufstätig gewesen“ (berufliche Bildungsleistungen):

Dabei werden in der Auswertung die Kategorien des Berliner Fragebogens „ja“ + „ja, denn es handelte sich um eine berufsbegleitende Maßnahme“ (Frage 24) zusammengefasst. Zu beachten

ist, dass

- nicht alle Rehabilitanden in die Berechnung mit einbezogen sind (Rücklauf derzeit 44%),
- einrichtungsspezifische Auswertungen möglich sind,
- auch die mitgezählt werden, die in diesem Zeitraum die Arbeit verloren haben, d.h., nicht mehr beschäftigt sind (sie können aber identifiziert und abgezogen werden).

##### 6.4.2.1.2 Aussagen auf der Grundlage von Auswertungen von Routinedaten (siehe Bsp.-Abbildung)

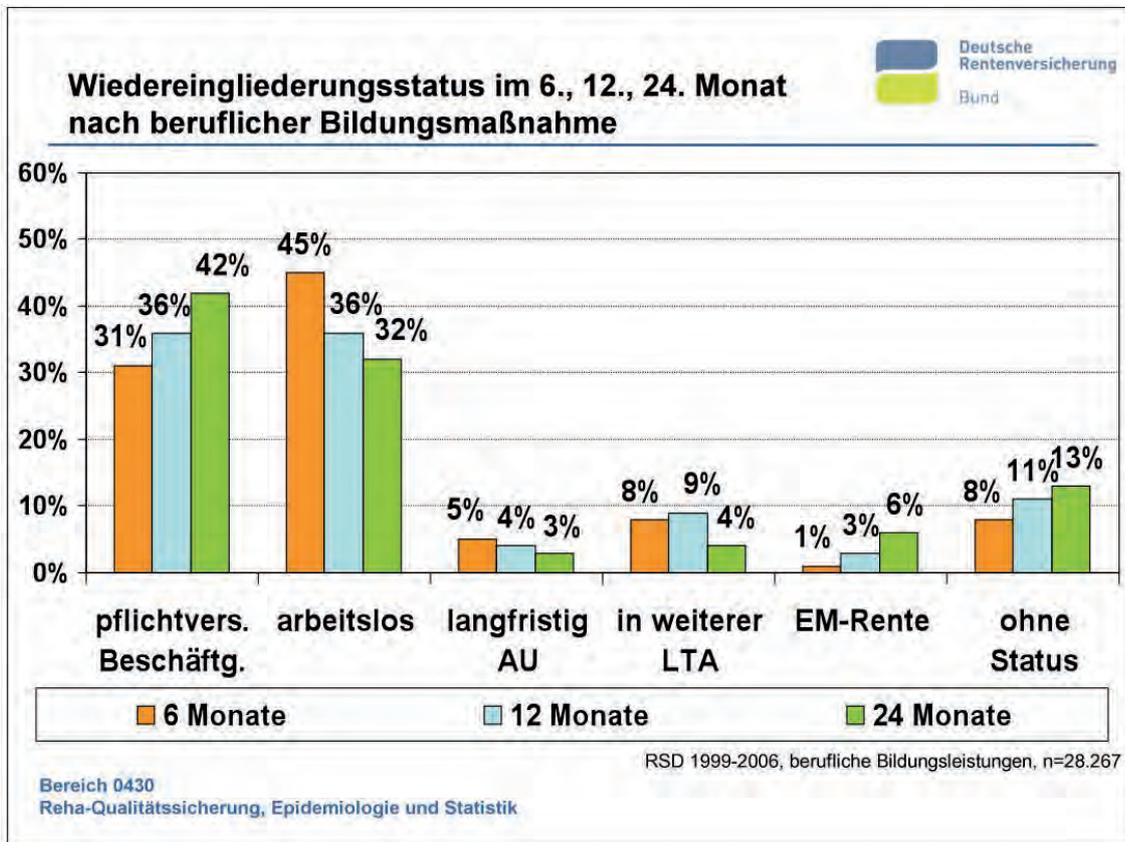
(Erwerbs-)Status im jeweils betrachteten Monat (berufliche Bildungsleistungen)

Dafür wird eine individuelle Betrachtung der 24 Monate nach Reha-Ende vorgenommen. Unterscheidung in die Kategorien „pflichtversichert beschäftigt“, „arbeitslos“, „langfristig AU“, „in weiterer LTA“, „Bezieher einer Erwerbsminderungsrente“, „ohne Status“, wobei die Kategorie „pflichtversichert beschäftigt“ prioritär ist. Diese Kategorien gelten für den jeweils ausgewählten Monat (z.B. den 6., 12. 24. Monat, Zeitpunktbetrachtungen), d.h. sie zeigen, wie hoch der Prozentsatz der Personen ist, die im jeweiligen Monat pflichtversichert beschäftigt sind.

- Alle Teilnehmer der RV mit dem Reha-Ende innerhalb eines gewählten Jahres gehen in die Auswertung mit ein.
- Einrichtungsspezifische Auswertungen sind möglich.

Grundsätzlich kann aus den vorliegenden Daten berechnet werden, wie viele Monate im Nachbetrachtungszeitraum eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vorgelegen hat.

**Abbildung 10: Berufliche Wiedereingliederung Reha (Reha-Ende in 2004), DRV**



### 6.4.2.1.3 Aussagen auf der Grundlage von Auswertung von Routinedaten

Kumulative Darstellung der ersten Wiedereingliederung, d.h. des ersten Monats mit Beiträgen aus pflichtversicherter Beschäftigung

Im ersten Monat wird der Anteil der Teilnehmer dargestellt, die pflichtversichert beschäftigt sind, im zweiten Monat kommen die Pflichtversicherten des 2. Monats hinzu, die d.h. jeden Monat kommt der Anteil der Personen dazu, die zum ersten Mal nach Reha einer pflichtversicherten Beschäftigung nachgeht. Für z.B. den 5. Monat kann man ablesen, wie hoch der Anteil der Rehabilitanden ist, die innerhalb der ersten 5 Monate nach Reha erstmals Beiträge aus pflichtversicherter Tätigkeit aufweisen.

- Da kumuliert wird, scheinen die Anteile relativ hoch.
- Schwer interpretierbar, aber einzige Darstellungsform, die der UV derzeit möglich ist.

Als Beispiel vgl. 6.4.2.2.

### 6.4.2.2 DGUV

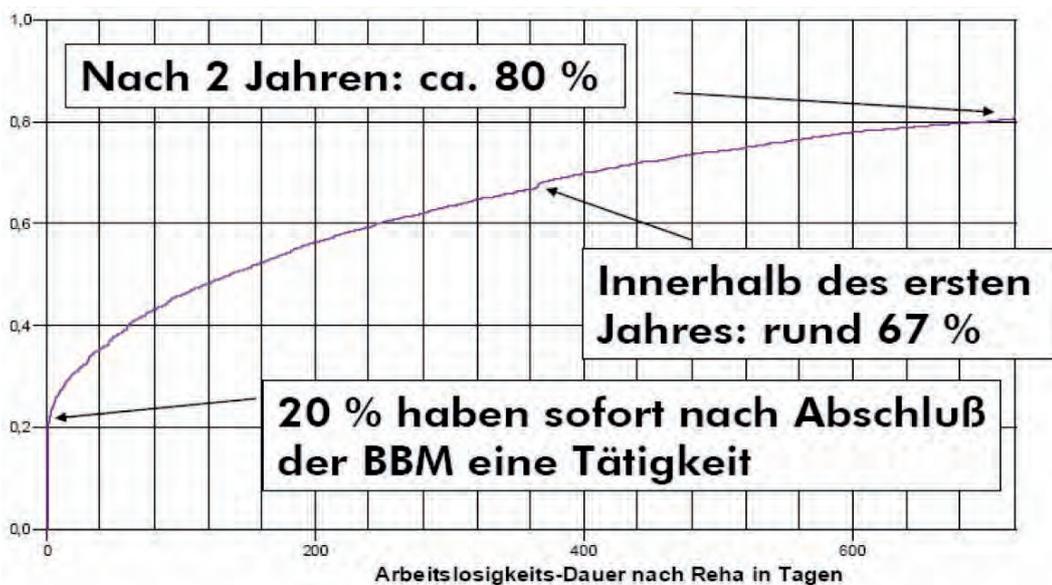
Im Rahmen des GST (GST="Gesamtstatistik-Datensatz") werden Informationen nur nach beruflichen Bildungsmaßnahmen (mit qualifizierendem Abschluss) dokumentiert. Diese werden in GST differenziert nach Anlernung/Anpassung, Fortbildung, Ausbildung, Umschulung. Die letzteren beiden lassen sich weitgehend als „Vollausbildung“, die übrigen als „Teilqualifikation“ einordnen.

### 6.4.2.2.1 Nachhaltigkeit/Dauerhaftigkeit der Integration:

Erhoben wird die erste Tätigkeit nach Abschluss der Maßnahme, soweit sie innerhalb der ersten zwei Jahre liegt (vgl. dazu untenstehende Abbildung 11).

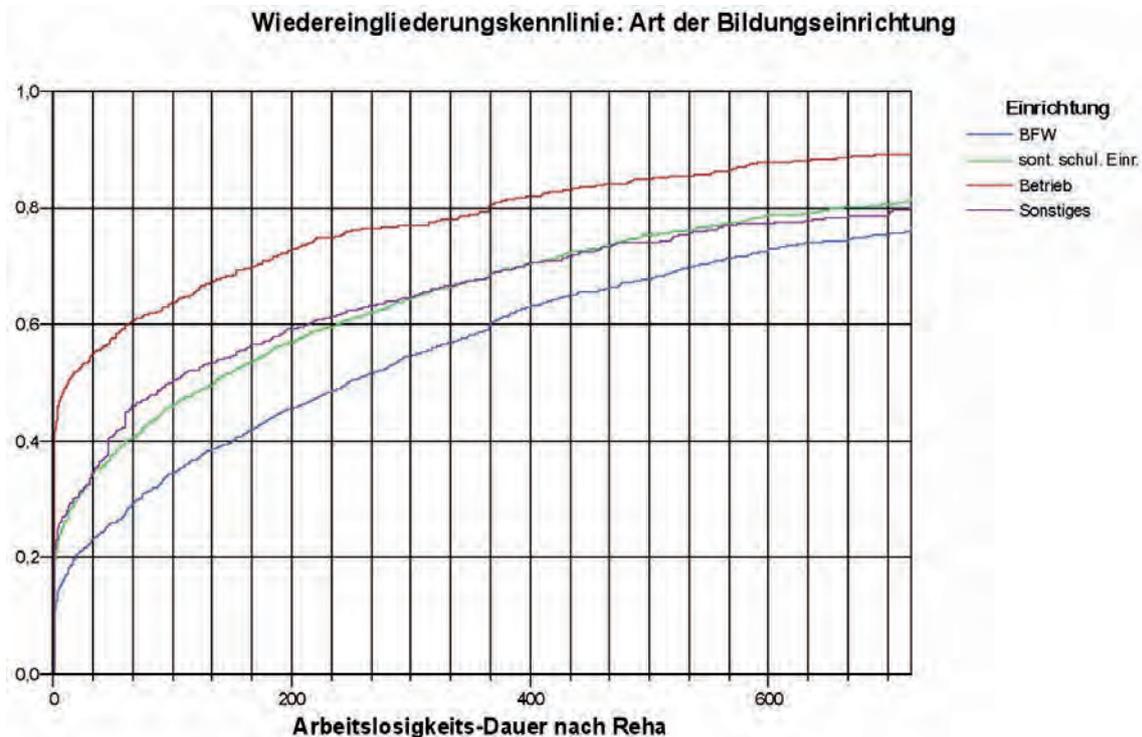
Eine Zeitraumbetrachtung im Sinne einer Aufaddierung der Monate innerhalb des Nachbetrachtungszeitraums, in der eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wurde ist auf Grundlage des GST nicht durchführbar. Ob eine derartige Kenngröße mit vertretbarem Aufwand erhebbar sein wird, hängt nicht zuletzt von dem hier einzustellenden Zeitraum ab. In der UV liegen insbesondere keine Routine-Informationen über sozialversicherungspflichtige Beschäftigung vor, da diese Informationen für die Aufgaben der UV auch nicht benötigt werden. Daher sind sie auch nicht ohne erheblichen Aufwand zu erheben; hier spielen auch datenschutzrechtliche Probleme eine Rolle.

**Abbildung 11: Berufliche Wiedereingliederung Reha, DGUV**



Die hieraus abgeleitete „Wiedereingliederungskennlinie“ beschreibt jeweils, welcher Anteil eines Jahrganges (in der Grafik exemplarisch: Abschluss 2003) wie lange bis zur ersten Beschäftigung hat warten müssen. Derartige Kennlinien eignen sich besonders zur Bewertung von unterschiedlichen Einflussfaktoren. In der folgenden Grafik z.B. erfolgt eine Gegenüberstellung der Wiedereingliederungsquoten von unterschiedlichen Einrichtungsarten, in denen die qualifizierende Maßnahme durchgeführt wurde:

**Abbildung 12: Wiedereingliederungskennlinie Reha, DGUV**



### 6.4.2.2 Herausforderungen des „Berliner Fragebogens“

Die im Rahmen des Berliner Fragebogens ermittelten Informationen (vgl. Rückmeldung der RV) werden in absehbarer Zukunft auch für die UV verfügbar sein. Aufgrund der Informationserhebung (Fragebogen an den Versicherten) und der damit verbundenen geringen Rücklaufquote wird sich immer die Frage nach der Repräsentativität stellen. Zudem ist der Nachbetrachtungszeitraum bis auf weiteres auf 6 Monate begrenzt.

### 6.4.2.3 Auszuschließende Kriterien

Nach Ansicht der DGUV sind folgende Kriterien bei der Beurteilung der Erreichung des Rehabilitationszieles „berufliche (Re)Integration“ nicht zu berücksichtigen:

- Geringfügige kurzfristige Tätigkeiten oder Tätigkeiten auf dem „zweiten Arbeitsmarkt“ (z.B. „Ein-Euro-Jobs“, Tätigkeiten in einer Beschäftigungsgesellschaft)
- Zeitarbeit  
die (vorwiegend politisch motivierte) Besonderheit, die hier identifiziert werden könnte, ist nicht auf die Kategorie „Zeitarbeit“ beschränkt, man findet sie in anderen Minimallohn-Bereichen in gleicher Weise, sie müsste also letztlich anders umschrieben werden. Das würde den Rahmen des Projektes sprengen.

### 6.4.3. Ergänzende Anmerkungen aus der DGUV und der RV zu möglichen Einflussfaktoren auf die Integration

Von der DRV werden folgende mögliche Einflussfaktoren auf Integration genannt, die in die Bewertung von Integrationsquoten einbezogen werden sollten (RSD):

- regionale Arbeitsmarktsituation
- Geschlecht,
- Altersgruppen,
- Staatsangehörigkeit,
- Diagnosegruppe,
- Erwerbsstatus vor Antragstellung/Versicherungsfall (nicht erwerbstätig, erwerbstätig, arbeitslos),
- Art der Bildungsmaßnahme,
- Art der Bildungseinrichtung,
- Wohnregion (u.a. alte versus neue Bundesländer),.

Die Einschätzung der möglichen Einflussfaktoren auf den Erfolg einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von der DGUV geteilt. Sie sind dort auch ebenfalls weitestgehend verfügbar. Eine weitere Vertiefung dieses Aspektes unterbleibt indes, weil die konkrete Untersuchung von Erfolgen einzelner Leistungen von der Projektgruppe im laufenden Projekt nicht für prioritär angesehen wurde.

#### **6.4.4. Einschätzung der Ergebnisse des Austauschs zu Kriterien / Indikatoren bei der Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“**

Die obenstehende Tabelle (Tabelle 1) gibt einen Überblick über die derzeitigen Möglichkeiten zur Erhebung von Daten zur Einschätzung der Erreichung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ in den Bereichen der DRV, der BA und der DGUV. Bezüglich der fachlichen Einschätzung einzelner Kriterien zeigt sich überwiegend ein fachlicher Konsens, indes in einigen Details auch Unterschiede in der Bewertung.

Soweit Kriterien von allen Trägerbereichen beurteilt wurden, bietet sich aus Sicht der BAR-Geschäftsstelle an, die Unterschiede hinsichtlich des als wünschenswert erachteten Nachbetrachtungszeitraums näher zu betrachten. Ebenfalls könnte ein weitergehender Austausch über die Bedeutung der Art der formalen Integration weitere Erkenntnisse bringen.

Auch soweit Kriterien nur von einzelnen Trägerbereichen eingeschätzt wurden, ist ein vertiefender Austausch lohnenswert. Vor allem die Frage, inwieweit Integration bereits angenommen werden kann, wenn irgendwann während des Nachbetrachtungszeitraums eine Tätigkeit ausgeübt wurde, erscheint mit Blick auf die dann nur geringe Aussagekraft einer solchen Feststellung mit Blick auf die Dauerhaftigkeit der Integration vertiefungsbedürftig.

Neben einer grundsätzlichen Einschätzung dieses Kriteriums, betrifft diese Frage zugleich die wesentlichen Hindernisse bei der praktischen Umsetzung der entsprechenden Datenerhebung. Diesbezüglich wird auch bereits die Expertenmeinung geäußert, dass die Arbeit an einer Vereinheitlichung der Berichterstattung wünschenswert ist.

#### **6.4.5. Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des monetären Nutzens**

Bislang lassen sich aus der Literatur folgende mögliche Kriterien zur Bestimmung des monetären Nutzens herleiten:

- Ersparte Aufwendungen, z.B. im Sinne von nicht gezahlten unterhaltssichernden Leistungen
- Zusätzliche Beitragseinnahmen
  - zu differenzieren nach Trägern
  - jeweils zu berücksichtigen: ggf. von anderen Trägern gezahlte Beiträge
  - zu berücksichtigen: Beiträge aus regulärem oder geringfügigem Beschäftigungsverhältnis
  - einmalige Beiträge, freiwillige Beiträge

Eine ursprünglich geplante und angestoßene vertiefende Einschätzung und Abstimmung hier zu berücksichtigender Kriterien erfolgte bislang nicht. Nach Auffassung der BAR-Projektgruppe stand dem bereits der damit verbundene zeitliche Aufwand entgegen. Danach waren in der gegebenen Zeit die fachlichen Herausforderungen wegen der bisher nur ansatzweise vorhandenen wissenschaftlichen Aufbereitung der komplexen Thematik von der Projektgruppe nicht zu bewältigen.

### **6.4.6. Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des mit der Zielerreichung verbundenen Aufwands**

Diesbezüglich ergibt eine erste Literaturanalyse, dass insbesondere folgende Kriterien/Indikatoren für die Bestimmung des bei der Rehabilitation betriebenen Aufwands herangezogen werden. Eine Abstimmung darüber, ob diese ggf. teilweise in eine trägerübergreifende Betrachtung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einfließen sollen, erfolgte nicht.

- Aufwand für ggf. erforderliches Assessment (inkl. Arbeitserprobung etc.)
- Aufwand für die Maßnahme bzw. Dauer
- Aufwand für ergänzende Leistungen
- Aufwand für die Unterhaltssicherung bzw. Dauer
- Aufwand für die Entrichtung von Sozialversicherungsbeiträgen
- Verwaltungsaufwand für die einzelnen Prozessschritte
- Aufwand für Beratung und Abklärung (Notwendigkeit unterhaltssichernder Leistungen)
  - Dauer des Zeitraums zwischen Erstkontakt und erster Verwaltungsaktivität
  - Dauer der Verwaltungsaktivitäten bis zum Beginn der Leistung
  - Insbesondere: Dauer der Zuständigkeitsklärung
  - Zeitraum bis zur Integration in den Arbeitsmarkt nach Abschluss der Maßnahme
  - Zeitraum bis zur Schaffung der Voraussetzungen der „Übernahme“ des Falles durch anderen Träger/Dienstleister
- Aufwand für die Kommunikation der für die Eingliederung erforderlichen Informationen zwischen den Trägern / grün. dem Rehabilitanden / grün. Dienstleistern
- Reisekosten

### **6.4.7. Überblick zu weiteren bislang in der Literatur im Zusammenhang mit Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verwendeten Kriterien/Indikatoren**

Nachfolgend dargestellte Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung der Erreichung weiterer im Zusammenhang mit der Teilhabe am Arbeitsleben stehenden Rehabilitationsziele finden sich in der Literatur. Hier wurde wegen der im Projekt erfolgten Festlegung auf alleiniger Betrachtung des Zieles „berufliche (Re)Integration“ von weiterer Erörterung abgesehen.

#### **6.4.7.1 Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des Ziels „Erhalt/Verbesserung der Erwerbsfähigkeit“**

- Abbruch der Maßnahme, u.a. aus gesundheitlichen Gründen
- Abschluss der Maßnahme
- AU-Zeiten

## KAPITEL 6

- Messung des Rehasstatus hinsichtlich Erwerbslebensrelevanter Merkmale anhand von anerkannten Fragebogen- und oder Assessmentinstrumenten bzw. Kombinationen von diesen, z.B.
  - IRES
  - FFbH
  - SF 12
  - SF 36
  - Barthel-Index
  - FIM
  - Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (KKG)?
  - Soziale Unterstützung (F-SOZU)

### 6.4.7.2 Kriterien/Indikatoren zur Bestimmung des Ziels „Zufriedenheit“

- Vorschlag: Übernahme der Kriterien des Berliner Fragebogens (vgl. insbesondere Fragen 5-10, 12, 13, 16)

## 6.5. Zusammenfassung der Inhalte und Ergebnisse des trägerübergreifenden Expertenworkshops in Erkner am 10./11.02.2009

Transparenz und somit die Möglichkeit, Informationen, die im Zusammenhang mit der Steigerung der Effizienz und Effektivität bei der Erbringung von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe stehen, auszutauschen, stellen ein prioritäres Element des Projektauftrages dar. Ausgehend von dem Gedanken, durch ein Networking und somit einer Zusammenarbeit vor Ort Ansatzpunkte zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu identifizieren, wurde die Durchführung eines Expertenworkshops als ein zielführender Projektschritt zur Konzepterstellung angesehen. Der Expertenworkshop wurde am 10./11.02.2009 in Erkner durchgeführt. Zielgruppe des Workshops waren Führungskräfte der jeweiligen Sozialversicherungsträger sowie der Integrationsfachdienste. Wesentliche Schwerpunkte des Workshops stellten der Austausch über das Themenfeld Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeit, Zusammenarbeit und Transparenz sowie Prozesssteuerung und Qualitätssicherung dar. Die Thematik „Begrifflichkeiten und Indikatoren/Kriterien“, die zunächst auf Anregung der BAR-Geschäftsstelle als ein mögliches Kernelement des Workshops betrachtet wurde, wurde in die jeweiligen Einzelthemen eingebracht. Ziel des Workshops war es, einen größeren Expertenkreis, dessen Umfang ein regelhaftes Zusammentreffen ausschließt, zusammenzuführen, um auf breiter Basis und mit wissenschaftlicher Unterstützung Erfahrungen und Erkenntnisse zu den Projektfragestellungen auf aktuellem Stand auszutauschen. Dabei sollten neben einem Austausch über Begriffsverständnisse und grundsätzliche Rahmenbedingungen und Erkenntnissen über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe insbesondere konkrete Verbesserungsmöglichkeiten zu den thematischen Schwerpunkten des Workshops vorgeschlagen werden.

Im Ergebnis wurde aus den Erkenntnissen des Workshops von Seiten der Expert/innen folgender Katalog von Handlungsempfehlungen zur Identifizierung von Optimierungsmöglichkeiten von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für die weitere Arbeit der Projektgruppe ausgesprochen (Einzelheiten sind dem ausführlichen Ergebnisbericht, zu beziehen bei der BAR-Geschäftsstelle zu entnehmen):

### 6.5.1. Organisation eines effektiven kontinuierlichen Austauschs über die Verbesserung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

#### 6.5.1.1 Rahmenbedingungen des Austauschs

- Regelmäßiger Austausch auf BAR-Ebene zu Fragen der Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation auch über die Laufzeit des derzeit bearbeiteten Projekts hinaus
- Sicherstellung der Rückkopplung der Ergebnisse dieses Austauschs an die Entscheidungsträger in den Trägerbereichen. Dazu Benennung von festen internen Ansprechpartnern auf Trägerseite

#### 6.5.1.2 Allgemeine Inhalte des Austauschs

- Etablierung einer „Clearingstelle“ für problematische Fälle. Fälle, an denen ein allgemeines Problem deutlich wird (generalisierbare Einzelfälle) werden hierfür trägerintern an dort zu bestimmende Akteure gemeldet. Diese treffen sich regelmäßig, um die dort identifizierten Problemlagen zu besprechen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.
- Förderung der regionalen Kommunikation zwischen den einzelnen Trägern

#### 6.5.1.3 Spezielle Inhalte des Austauschs

##### 6.5.1.3.1 Erarbeitung von Kriterien zur Erfassung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

- Förderung des Austauschs über Messkriterien/-indikatoren zur Erfassung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation, insbesondere
- Koordinierung der Fortsetzung des im Rahmen der Entwicklung des Berliner Fragebogens begonnenen diesbezüglichen Austauschs zwischen DRV, BA und UV
- Besonderes Augenmerk soll dabei darauf gerichtet werden, welche Merkmale und Eigenschaften Rehabilitanden mitbringen und welchen Einfluss diese auf die Wirksamkeit der LTA haben
- Prüfung der Übertragung der Inhalte und Elemente des Berliner Fragebogens auf die übrigen Leistungsträger, um so eine Vergleichbarkeit von Routinedaten, die Basis weiterer Untersuchungen bilden könnten, zu gewährleisten

##### 6.5.1.3.2 Entwicklung von Vorschlägen zur Nutzung von Routinedaten zur Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit

- Identifizierung von Möglichkeiten zur Nutzung von Routinedaten zur Messung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit
- Koordinierung des Austauschs und Erarbeitung von Vorschlägen über ggf. vorhandene Möglichkeiten zur Angleichung von Routinedaten bzw. deren vergleichbare Erhebung zwischen den Trägern
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Berücksichtigung von Effizienzbewertungen von LTA in der Bilanzierung

##### 6.5.1.3.3 Verbesserung von Schnittstellen

- Fortsetzung des Austauschs über systemimmanente Schnittstellen, ggf. Hemmnisse, die einer Wirksamkeit der LTA entgegenstehen, insbesondere Herausarbeitung empirischer Grundlagen für Schnittstellenprobleme auf Grundlage bisheriger Forschungsergebnisse.

- Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen zur Lösung von identifizierten Schnittstellenproblemen
- Erarbeitung von Maßnahmen zur Belebung der gemeinsamen Empfehlungen „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“ und „Teilhabeplan“

### **6.5.1.3.4 Prozessoptimierung, Qualitätssicherung**

- Koordinierung des trägerübergreifenden Austauschs über die internen Rehabilitationsprozesse. Initiierung einer gemeinsamen Auswertung von Daten aus der Rehabilitation
- Austausch und Untersuchung der bei den einzelnen Trägern bestehenden Handlungsprogramme/Prozessbeschreibungen zur Sicherstellung des Übergangs von einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben auf den Arbeitsmarkt (Absolventenmanagement, job.bg) hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit und Verbesserung der Prozesssteuerung auf andere Träger
- Initiierung eines regelmäßigen Austauschs hinsichtlich der bei den einzelnen Trägern vorhandenen Instrumente zur Prozesssteuerung insbesondere im Bereich der medizinischen Rehabilitation, z.B. hinsichtlich Befragungsinstrumenten und Steuerungsinstrumenten wie der Weller-Tabelle der DGUV
- Koordinierung des Austauschs von Prozessdaten, insbesondere Kennzahlen zur Rehadauer
- Koordinierung des Austauschs über und Vorschläge zur Definition einheitlicher Kriterien der Qualitätssicherung
- Etablierung eines kontinuierlichen Austauschs über innerhalb der jeweiligen Trägerbereiche bislang durchgeführte Benchmarkingprojekte
- Koordinierung des Austauschs von Qualitätskriterien bei LTA (Austausch über Möglichkeiten der Sicherung von Qualität im Wettbewerb)

### **6.5.1.3.5 Optimierung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf**

- Initiierung von Kooperationen zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf, bspw. zwischen GKV/MDK und DRV, anknüpfend an die Erfahrungen in den diesbezüglichen Projekten Petra und Paula
- Dabei Nutzung bestehender Regelwerke und Netze, Vermeidung von neuen Regelwerken und Doppelstrukturen
- Erarbeitung von Maßnahmen zur Belebung der gemeinsamen Empfehlungen „frühzeitige Bedarfserkennung“ und „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“
- Organisation des Austauschs von Informationen über das Kooperationsprojekt zwischen Bayer-BKK Leverkusen und DRV Rheinland

### **6.5.2. Initiierung und Austausch von Forschungsprojekten zur Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation**

- Trägerübergreifende Forschung
- Vergleichende Forschung
- Koordinierung des Austauschs über Forschungsergebnisse und über Vorgehensweisen bei deren Umsetzung
- Modellprojekt zur Übertragung der übergreifenden Erfahrungen der DGUV im Rehaprozess auf andere Träger

### **6.5.3. Verbesserung der Information der Bürger über Rehabilitation**

- Entwicklung einer trägerübergreifenden Darstellung des Nutzens von Leistungen zur Teilhabe
- Fortgesetzte Stärkung der gemeinsamen Servicestellen

### 6.6. Aktuell in der Erprobung befindliche Instrumente der DRV zur frühzeitigen Erkennung von spezifischem Bedarf bezüglich beruflicher Teilhabe

Als ein erfolgversprechender Ansatzpunkt für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation wurde im Rahmen der Projektarbeit die möglichst frühzeitige Erkennung von Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben identifiziert. Hier wurde als ein erster Schritt in Richtung einer möglichen intensiveren Aufbereitung dieses Themenfeldes ein Austausch über den derzeitigen Stand der Praxis und Wissenschaft bei den Rehabilitationsträgern durchgeführt.

Dabei wurden aus dem Bereich der DRV detaillierte Aktivitäten zur Entwicklung evaluierter Kriterienkataloge für die Erkennung von Bedarf an berufsbezogenen Leistungen zur Teilhabe benannt. Zu den einschlägigen Forschungsvorhaben hat es bereits eine Reihe von Publikationen gegeben:

- Bürger W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation*, Jg. 48, S. 211-221.
- Bürger, W. & Deck, R. (2008). Bedarf an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der orthopädischen, kardiologischen, psychosomatischen und onkologischen Rehabilitation – Ergebnisse von Erhebungen mit dem Screening-Fragebogen SIBAR. 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bremen, 03.-05.03.2008. *DRV-Schriften*, Band 77, S. 217-219.
- Bürger, W., Deck, R. & Fuhrmann, I. (2006). SIBAR – Ein Fragebogen zur Erfassung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der Medizinischen Rehabilitation. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium in Bayreuth, 03.-05.03.2008. 13.-15.03.2006 *DRV-Schriften*, Band 64, S. 42-43.
- Streibelt, M. und Bethge, M. (2009): Return to work? Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der medizinischen Rehabilitation. Lengerich u.a.: Pabst
- Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). *Rehabilitation* Jg. 48, S. 135-144
- Streibelt, M., Gerwin, H., Hansmeier, T., Thren, K., Müller-Fahrnow, W. (2007): SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation. Analysen zur konkurrenten und prognostischen Validität. *Rehabilitation*, 46, 266-275

## KAPITEL 6

---

### **6.7. Vorschläge zur Optimierung ausgewählter Gemeinsamer Empfehlungen mit dem Ziel einer Reduzierung von Schnittstellenproblemen und der Verbesserung der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf.**

(Die nachfolgenden Vorschläge wurden in die 15. Sitzung des BAR-Ausschusses „Gemeinsame Empfehlungen“ am 25. Juni 2009 eingebracht.)

#### **6.7.1. Vorbemerkung/Hintergrund:**

Auf dem trägerübergreifenden Workshop am 10./11.02.2009 in Erkner zum Thema „Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ haben die dort versammelten Experten als Ergebnis gemeinsamer Diskussion u.a. eine Fülle von Handlungsfeldern benannt, die der BAR-Projektgruppe „Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit“ zur vertieften Bearbeitung anempfohlen wurden, da hier möglicherweise Optimierungspotential mit Blick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit vorhanden sei. (vgl. Ergebnisbericht des Workshops in Erkner, zu Beziehen bei der BAR-Geschäftsstelle)

Aus diesen Handlungsfeldern hat die Projektgruppe in der Sitzung am 04.03.2009 eine Prioritätenliste vorrangig zu bearbeitender Themen erstellt. (vgl. Ergebnisniederschrift der Sitzung, insbesondere TOP 6). In den beiden Themenfeldern

- „Verbesserung von Schnittstellen“ und
- „Optimierung der frühzeitigen Bedarfserkennung“

ist jeweils als Teilaufgabe eine Analyse der einschlägigen gemeinsamen Empfehlungen (im Folgenden: GE) beschlossen worden. Ziel soll es sein, Möglichkeiten zu identifizieren, die GE dahingehend anzupassen, dass sie noch stärker u.a. zu einer beschleunigten und zielgenaueren Erbringung von Leistungen zur Teilhabe beitragen können. Die zunächst von der BAR zu entwickelnden Optimierungsvorschläge sollen im Rahmen der Projektgruppe diskutiert und sodann dem BAR-Ausschuss „Gemeinsame Empfehlungen“ vorgelegt werden.

Zu untersuchen waren nach dem Auftrag der Projektgruppe für beide o.g. Handlungsfelder die GE „Information und Kooperation“. Für das Handlungsfeld „Verbesserung der frühzeitigen Erkennung von Rehabedarf“ sollte die GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“ geprüft werden. Im Handlungsfeld „Verbesserung von Schnittstellen“ wurde die Analyse der GE „Teilhabeplan“ beschlossen. Die BAR schlägt vor, wegen der thematischen Nähe zu den genannten GE im letztgenannten Handlungsfeld zudem die GE „Begutachtung“ und „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Die Analyse hat bis zum jetzigen Zeitpunkt eine Reihe von möglichen Ansätzen zur Optimierung ergeben, die hiermit der Projektgruppe zur vertiefenden Erörterung vorgelegt werden. Die gemeinsamen Empfehlungen können unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) abgerufen werden.

Zusätzlich zu den Gemeinsamen Empfehlungen bestehen einschlägige Vereinbarungen auf bilateraler Ebene zwischen den Rehabilitationsträgern. Soweit die BAR nicht als Plattform für den Abschluss solcher Vereinbarungen genutzt werden soll, ist es für die praktische Umsetzung der gemeinsamen Empfehlungen doch erforderlich, durch entsprechende Regelungen in den Gemeinsamen Empfehlungen die Verbindung zu diesen bilateralen Vereinbarungen deutlich zu machen.

### 6.7.2. Allgemeine Hinweise zu den GE

Die Analyse hat ergeben, dass manche strukturellen und wiederkehrenden Elemente der gemeinsamen Empfehlungen Ansatzpunkte für Optimierung bieten. Diese werden daher in diesem Teil zunächst zusammengefasst und begründet, und in der folgenden Einzelanalyse der GE dann jeweils ohne weitere Begründung erwähnt.

#### 6.7.2.1 Optimierung der Anwendung der GE in der täglichen Praxis

Nicht nur im Rahmen des trägerübergreifenden Workshops und in der Projektgruppensitzung am 04.03.2009 ist mehrfach geäußert worden, dass bereits die Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung an sich in der Praxis nur teilweise erreicht werde. Dies wird auch durch die in den Jahresberichten der BAR zusammengefassten Rückmeldungen der Träger bestätigt. (vgl. zuletzt den Jahresbericht 2008 zu den Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den gemeinsamen Empfehlungen.)

##### 6.7.2.1.1 Denkbare Optimierungsmöglichkeit: Klarere Trennung zwischen den für die Vereinbarungspartner/Rehabilitationsträger verbindlichen Vereinbarungen und reinen Empfehlungen für die anderen Akteure im Bereich „Rehabilitation“

Nach Ansicht der BAR könnte ein möglicher Grund für die noch lückenhafte Anwendung der GE in der täglichen Praxis darin liegen, dass die GE für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger oft dahingehend unklar sind, dass sich ein unmittelbarer Handlungsauftrag aus den Empfehlungen nicht immer direkt ableiten lässt. So enthalten die GE häufig Passagen, die sich in Darstellungen von beim Rehabilitationsprozess zu beachtenden Inhalten und ggf. Zielen erschöpfen, ohne die Vereinbarungspartner zu konkreten Schritten aufzufordern. Soweit Handlungsaufträge formuliert sind, sind diese nicht selten zu abstrakt, um für die tägliche Praxis handlungsleitend zu wirken. Dem könnte nach Ansicht der BAR u.a. durch klarere Formulierungen und nähere Erläuterungen abgeholfen werden.

Neben der unklaren Auftragsformulierung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger ist auch die konkrete Bedeutung für die anderen in den GE angesprochenen Akteure der Rehabilitation nicht transparent. So werden Akteure angesprochen, deren Handeln auch auf anderen Wegen zumindest mittelbar durch die Rehabilitationsträger gesteuert werden kann (z.B. behandelnde Ärzte über die Bundesmantelverträge/EBM, Richtlinien des G-BA etc.; Mitarbeiter/innen von Leistungserbringern über Qualitätsanforderungen, Rahmenempfehlungen etc.). Hier bleibt das Verhältnis der GE zu den sonstigen Steuerungsinstrumenten häufig unklar.

Darüber hinaus enthalten die untersuchten GE Passagen, die vom reinen Wortlaut her bei herkömmlicher juristischer Auslegung einen Auftrag an gänzlich außerhalb der Regelungskompetenz der Rehabilitationsträger befindliche Akteure enthalten (z.B. Betriebs- und Werksärzte).

Die so entstehende Gemengelage aus

- unklaren Aufträgen an die Vereinbarungspartner/Rehabilitationsträger,
- unklarem Verhältnis zwischen GE und anderen Steuerungsmitteln hinsichtlich außerhalb der Rehabilitationsträger stehender Akteure und
- auftragsähnlichen Formulierungen an außerhalb der Regelungskompetenz der Rehabilitationsträger stehende Akteure

trägt nach hier vertretener Auffassung dazu bei, dass die GE in der täglichen Praxis noch nicht umfassend Anwendung finden.

### **6.7.2.1.2 Denkbare Optimierungsmöglichkeit: Erläuterungen zu den GE mit Auflistung von good-practice-Beispielen bzw. Beispielen, mit welchen Schritten die konkreten Vereinbarungen umgesetzt wurden.**

Auch klarere Auftragsformulierungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger müssen zunächst auf einem gewissen Abstraktionsniveau bleiben, das für die Anwendung in der Praxis immer noch hinderlich sein kann. Dem lässt sich nach Ansicht der BAR eventuell damit begegnen, dass die GE mit Erläuterungen versehen werden, die u.a. good-practice-Beispiele für die jeweiligen Regelungen, die zur Umsetzung der GE getroffenen Vereinbarungen etc. enthalten. Insgesamt sollten nach Ansicht der BAR die GE jedoch einen geringeren Abstraktionsgrad aufweisen.

### **6.7.2.2 Datenschutzproblematik**

Eine immer wieder auch im Rahmen der Projektgruppe erörterte Hürde für die Überwindung von Schnittstellen stellt der Datenschutz dar. Die Bedeutung dieses Themas zeigt sich auch bei der Analyse der Gemeinsamen Empfehlungen. Die Umsetzung vieler in den GE getroffener Regelungen hängt von der Einwilligung des Rehabilitanden in die Weitergabe seiner Daten ab. Teilweise beschränken sich die Regelungen der GE auf formelhafte Hinweise zur Einhaltung des Datenschutzes. Teilweise haben sich die Regelungen auch aufgrund zwischenzeitlicher Entwicklungen bei der Handhabung des Datenschutzes überholt. Erforderlich ist in dieser Hinsicht sicherlich eine generelle Klärung der diesbezüglichen Rechtslage, die letztlich auf der politischen Ebene erfolgen muss. Nach Ansicht der BAR wäre es aber zur besseren Handhabbarkeit der Thematik bei der Umsetzung der GE bereits jetzt hilfreich, wenn die Regelungen der GE jeweils auf Ihre datenschutzrechtliche Bedeutung überprüft und an den einschlägigen Stellen mit noch deutlicheren Hinweisen auf die Bedeutung der Einwilligung des Rehabilitanden versehen würden.

### **6.7.2.3 Mehr Verbindlichkeit und bessere Umsetzung durch klarere Fristen und ggf. Sanktionen**

Eine bessere Umsetzung der GE könnte nach hier vertretener Meinung dadurch erzielt werden, dass neben der klareren Formulierung der konkreten Handlungsaufträge auch ein klarerer Zeitrahmen für ihre Erfüllung vorgegeben wird. Daran fehlt es häufig. Besonders deutlich wird das an der am Ende jeder GE zu findenden Klausel zur Überprüfung der GE. Teilweise wird aus den Trägerbereichen zudem vorgeschlagen, dass eine verbesserte Umsetzung ggf. durch Sanktionen für die Nichtumsetzung befördert werden könnte (vgl. Jahresbericht 2008 zu den Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den gemeinsamen Empfehlungen). Im Einzelfall könnte dies auch aus hiesiger Sicht sinnvoll sein.

## **6.7.3. Anmerkungen zu den einzelnen GE**

### **6.7.3.1 GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“**

In der einleitenden Präambel zur GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“ sollte deutlicher hervorgehoben werden, dass von dieser lediglich das Verhältnis zwischen Rehabilitationsträger und rehabilitationsbedürftigem Menschen betroffen ist. Hinsichtlich der Vernetzung und gegenseitigen Information der Rehabilitationsträger sollte ein Hinweis auf die übrigen GE, insbesondere die GE „Information und Kooperation“ und „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ erfolgen.

### § 1

#### Abs. 2

Es sollte ein Austausch zwischen den einzelnen Rehabilitationsträgern i.S.e. good-practice – Sammlung erfolgen. Gegenstand sollte sein, mit welchen Medien Informationen den rehabilitationsbedürftige Mensch mit entsprechenden Hilfeangeboten zur Unterstützung des Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe optimal erreichen können und wie diese Medien konkret ausgestaltet sind.

### § 2

#### Abs. 2

Im Wege eines Informationsaustauschs wäre zu klären, inwieweit die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe bei den jeweiligen Rehabilitationsträgern EDV-unterstützt ins Case-Management eingeflossen sind (z.B. Weller-Tabelle bei der DGUV, PAULA bei den Krankenkassen). Darüber hinaus sollte geklärt werden, in welchem Umfang neben dem originär durch den jeweiligen Rehabilitationsträger zu tragenden Rehabedarf weitergehender Bedarf auf Leistungen zur Teilhabe geprüft wird (z.B. Prüfung eines möglichen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der AU-Fallbegutachtung durch den MDK). Im Sinne einer good-practice-Sammlung könnten der GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“ entsprechende Erläuterungen zu § 2 Abs. 2 beigefügt werden.

Gleichzeitig sollte § 2 Abs. 2 um folgenden Satz 1 ergänzt werden: „Die Rehabilitationsträger stellen sicher, dass entsprechende Verfahren zur frühzeitigen Identifizierung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe konzipiert, weiterentwickelt und angewandt werden.“

### § 4

#### Abs. 1, Satz 1

Es sollte ein Austausch i.S.e. good-practice-Sammlung darüber erfolgen, mit welchen Elementen der Öffentlichkeitsarbeit der rehabilitationsbedürftige Mensch optimal erreicht werden kann.

#### Abs. 2, Satz 1

Es wird eine Klärung empfohlen, inwieweit die vorgenommenen Klassifizierungen in das Case-Management der jeweiligen Rehabilitationsträger eingeflossen sind und insoweit zu einer frühzeitigen Bedarfserkennung beigetragen haben oder ob hier Optimierungs- und Anpassungsbedarf besteht.

#### Abs. 4, Satz 2 sowie Abs. 5, Satz 1

Es wird empfohlen zu prüfen, in welcher Form und in welcher Intensität die genannten besonderen Personengruppen über die Leistungen zur Teilhabe informiert werden und ob hier ggf. Optimierungs- und Anpassungsbedarf besteht. So könnte z.B. ein Vormund oder Betreuer mit der „Bestellung“ über die entsprechenden Leistungen informiert werden.

### § 5

Wie in allen untersuchten gemeinsamen Empfehlungen könnte auch hier nach Auffassung der BAR ein regelmäßiges Überprüfungsintervall, bspw. von 2 Jahren, vereinbart werden. Für die Verhandlung der zu ändernden Passagen könnte nach Ansicht der BAR ebenfalls ein fester Zeitrahmen vorgegeben werden.

Insgesamt könnte eine mögliche Überarbeitung der GE „Frühzeitige Bedarfserkennung“ mit der Bearbeitung des u.a. im Rahmen des Expertenworkshops in Erkner (vgl. Kapitel 3.2.2 und 6.5) identifizierten Optimierungsansatz „Verbesserung der Information der Bürger über Rehabilitation“ verbunden werden.

### **6.7.3.2 GE „Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation“**

#### **§ 2**

##### **Abs. 1:**

Hier ist von einer Verpflichtung der Träger die Rede, ohne dass ein Zeitrahmen zur Erfüllung der Verpflichtung vorgegeben wird.

Des Weiteren wird eingefordert, verbindliche Formen der Einbindung der genannten Akteure mit den einschlägigen Organisationen zu entwickeln. Es könnte hilfreich sein, in einer Erläuterung zu diesem § auf Beispiele guter Praxis sowie bereits abgeschlossene Vereinbarungen, wie z.B. die Vereinbarung der BA mit der Bundesärztekammer, die Vereinbarung der DRV BW mit dem VDBW sowie die Vereinbarung der DGUV mit der BÄK zu verweisen.

##### **Abs. 2**

Vgl. Abs. 1

##### **Abs. 3**

Für die Umsetzung in der Praxis könnte eine Erläuterung mit Beispielen guter Praxis für „entsprechende Instrumentarien“ förderlich sein.

##### **Abs. 4**

In Satz 2 wird „der zuständige Rehabilitationsträger“ erwähnt. Zur Verdeutlichung wird vorgeschlagen, die Formulierung in „der nach § 14 SGB IX zuständige Rehabilitationsträger“ zu ändern.

#### **§ 3**

Auch bei § 3 erscheint nach hier vertretener Auffassung Erläuterungen mit Hinweisen auf Beispiele guter Praxis (wie z.B. Projekte der Art von „Web-Reha“ etc.) der praktischen Umsetzung förderlich.

Im 2. Spiegelpunkt bleibt unklar, bei wem die Werks- und Betriebsärzte die Einleitungen von Leistungen zur Teilhabe anregen sollen.

Der 3. Spiegelpunkt könnte nach hier vertretener Auffassung einen expliziten Hinweis auf die im Zusammenhang mit der dort vorgeschlagenen Weitergabe gesundheitlicher Informationen an die Rehabilitationsträger, u.a. durch Ärzte, bestehenden datenschutzrechtlichen Hürden beinhalten.

#### **§ 4**

Der Titel könnte nach Ansicht der BAR der Diktion des SGB IX angepasst werden („Leistungen“ statt „Maßnahmen“ zur Teilhabe).

Insgesamt spiegelt die Aufteilung der einzelnen §§ das gegliederte System wider. Die einzelnen Regelungen könnten noch deutlicher als jetzt die jeweils erforderliche Kooperation mit den anderen Trägern betonen.

### **Abs. 1, 1. Unterabsatz, Satz 1:**

Die Einbindung anderer Träger bleibt unklar. Ein Hinweis auf die GE „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“, „Teilhabeplan“ und „Begutachtung“ sowie Verbindungslinien zur GE „frühzeitige Bedarfserkennung“ könnten zur Verdeutlichung benannt werden.

Unklar ist auch, ob bzw. in welchen Fällen nur der behandelnde Arzt oder nur der Betriebsarzt oder beide Ärzte beteiligt werden sollen.

### **Abs. 1, 1. Unterabsatz, Satz 2:**

Hier ist nicht ganz klar, ob mit der Formulierung „und“ gemeint ist, dass die Antragsfrist des § 14 SGB IX erst nach Vorliegen des ärztlichen Befundberichts beginnen soll. Das könnte mit Blick auf die klare Regelung des § 14 problematisch sein.

### **Abs. 1, 3. Unterabsatz, Satz 1**

Der besseren Klarheit wegen könnten auch hier Erläuterungen mit good-practice-Beispielen für „geeignete Verfahren“ hilfreich sein. Zudem wäre ein ausdrücklicher Hinweis auf die insoweit bestehende datenschutzrechtliche Thematik beim Kontakt zwischen Rehabilitationseinrichtung zu den benannten Ärzten zur Verdeutlichung nach hier vertretener Auffassung der Klarheit dienlich.

### **Abs. 1, 3. Unterabsatz, Satz 2**

Zur Verdeutlichung könnte die Formulierung ergänzt werden in:

„Für die Prüfung eines weitergehenden Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ggf. die Einleitung von geeigneten Leistungen stehen die Beratungsdienste der Leistungsträger *in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses, insbesondere* bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung zur Verfügung.“

### **Abs. 2**

Hier könnten für die Erläuterungen mit entsprechenden Praxisbeispielen hilfreich sein. In Satz 4 ist nicht eindeutig, welche Art von Leistungen hier gemeint ist. Eine Klarstellung wird vorgeschlagen. Ebenfalls erscheint ein Hinweis auf die datenschutzrechtliche Thematik bei der Kontaktaufnahme zwischen Haus- und Betriebsarzt sinnvoll.

### **Abs. 3, 3. Unterabsatz**

Erläuterungen mit Beispielen guter Praxis und entsprechende Absprachen, z.B. die Vereinbarung der DRV Baden-Württemberg mit dem VDBW könnten der Umsetzung förderlich sein.

### **Abs. 3, 4. Unterabsatz**

Auch hier könnten Erläuterungen mit Praxisbeispielen der Umsetzung förderlich sein, insbesondere hinsichtlich der Einrichtungen, die diagnosetaugliche Vorfeldmaßnahmen zulassen.

### **Abs. 3, 5. Unterabsatz**

Hier erscheint unklar, inwieweit die Vereinbarungspartner/Rehabilitationsträger eine Regelung mit unmittelbarer Wirkung für die Rehabilitationseinrichtungen treffen wollen und inwiefern dies in GE überhaupt rechtlich möglich ist. Zur Verbesserung der praktischen Umsetzung schlägt die BAR vor, die Frage vertieft zu prüfen und ggf. konkrete Umsetzungsmöglichkeiten zu regeln (z.B. Vereinbarungen mit den Einrichtungen / QS-Anforderungen etc.)

### **Abs. 4**

Es wird ergänzend eine Regelung zur Verdeutlichung der Möglichkeiten des Informationsaustauschs vorgeschlagen.

### **Abs. 5**

Unklar ist, welcher Zeitrahmen mit „unverzüglich“ gemeint ist. Ein erläuternder Hinweis auf die Vereinbarung zwischen BA und Bundesärztekammer wird angeregt.

### **Abs. 6**

Es wird vorgeschlagen, in der Formulierung den § 102 SGB IX aufzunehmen. Da seitens der Integrationsämter in ihren jährlichen Rückmeldungen teilweise eine mangelnde Umsetzung in der Praxis berichtet wird, wird vorgeschlagen, ein konkretes Verfahren der Zusammenarbeit zu beschreiben.

## **§ 5**

### **Abs. 1**

Nicht zuletzt das durch das BMAS geförderte Projekt „gesunde Arbeit“ deutet darauf hin, dass der nach dieser Regelung sicher zu stellende Austausch mit den Betrieben nicht überall sicher gestellt ist. Es wird vorgeschlagen, Erläuterungen mit Beispielen guter Praxis zu ergänzen sowie ggf. konkrete Mechanismen zur Sicherstellung des Kontakts zu beschreiben.

Die Rückmeldungen der Träger zu der jährlichen Abfrage der BAR zu den Erfahrungen mit den gemeinsamen Empfehlungen lassen darauf schließen, dass hier bereits eine Fülle von Aktivitäten durchgeführt wurde und wird.

Die Rolle der gemeinsamen Servicestellen sollte dabei besonders betont werden unter Hinweis auf die entsprechende Rahmenvereinbarung.

Zudem wird angeregt, den letzten Satz zu ergänzen: „Vertraulichkeit und niedrighschwelliger Zugang sind *gleichermaßen* zu gewährleisten.“

### **Abs. 2, 1. Unterabsatz**

Bezüglich des Begriffs „Sicherstellung“ vgl. die Anregungen zu Abs. 1. Zur Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses erscheint eine Regelung angebracht, nach der sich die Rehabilitationsträger kontinuierlich über erfolgreiche Maßnahmen der „Bürgerinformation“ austauschen.

### **Abs. 2, 2. Unterabsatz, Satz 1**

Erläuternde Hinweise mit beispielhaften Informationsmaterialien werden angeregt.

### **Abs. 2, 2. Unterabsatz, Satz 2**

Bei den Beispielen zu nutzender regionaler Strukturen wird ergänzend die Benennung von Industrie- und Handelskammern vorgeschlagen.

### **Abs. 3**

Hier könnte ein Hinweis auf die mögliche Funktion der gemeinsamen Servicestelle als Ansprechpartner für Betriebe ergänzt werden. Unklar ist, welche Zugangswege hinsichtlich KMU eröffnet werden sollen, die üblicherweise nicht selbständig Beratung anfordern.

## KAPITEL 6

Ein erläuternder Hinweis auf das BEM-Projekt der DRV Bund als good-practice-Beispiel erscheint angebracht.

### **Abs. 4:**

Es ist unklar, inwieweit hier Regelungen getroffen oder nur Empfehlungen ausgesprochen werden sollen und an wen sich diese richten. In jedem Fall ist nach hier vertretener Meinung ein Hinweis auf die gesetzliche Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX angebracht.

### **Abs. 6:**

Bezüglich „Sicherstellung“ vgl. die Anregungen zu Abs. 1. Im letzten Satz scheint eine Regelung getroffen zu werden, die den Betriebsarzt in die Pflicht nimmt. Zur Klarstellung wird vorgeschlagen, folgende Formulierung zu verwenden:

„Sie (die Rehabilitationsträger) wirken darauf hin, dass der/die Betriebsarzt/-ärztin dazu die bestehenden betrieblichen Organisationsstrukturen wie betriebliche Rehabilitationsteams, Gesundheitsbeauftragte oder Ombudsleute einbindet.“

### **Abs. 7, 2. Unterabsatz:**

Nach Ansicht der BAR könnte ein Zeitrahmen für die Entwicklung von einschlägigen Strukturen vorgegeben werden.

Es werden ergänzende Erläuterungen vorgeschlagen, die auf good-practice für solche Strukturen hinweisen.

## **§ 7**

Wie in allen untersuchten gemeinsamen Empfehlungen könnte auch hier nach Auffassung der BAR ein regelmäßiges Überprüfungsintervall, bspw. von 2 Jahren, vereinbart werden. Für die Verhandlung der zu ändernden Passagen könnte nach Ansicht der BAR ebenfalls ein fester Zeitrahmen vorgegeben werden.

### **6.7.3.3 GE „Teilhabeplan“**

#### **§ 3 Abs. 1**

Nach Ansicht der BAR könnte die bessere Umsetzung der GE befördert werden, wenn konkretisiert würde, was unter „unverzüglich“ zu verstehen ist bzw. ein konkreter Zeitrahmen benannt würde.

#### **Abs. 2**

Dieser für die Erstellung des Teilhabeplans entscheidende Absatz ist nach Auffassung der BAR nicht hinreichend deutlich/verbindlich formuliert. Beispielsweise zeigen die Rückmeldungen aus den Trägerbereichen, dass u.a. die Verwendung unterschiedlicher Formulare die Wirksamkeit des Teilhabeplans behindert.

Unklar ist auch, was die Konsequenz ist, wenn ein Teilhabeplan nicht erstellt wird. Die BAR schlägt zudem vor, im 2. Unterabsatz das Wort „können“ durch eine verbindlichere Formulierung zu ersetzen.

### § 4

Vgl. die Anmerkungen zu § 3 Abs. 1 und 2

### § 5

#### Abs. 1

Hier wird vorgeschlagen auf die Nützlichkeit der Einbindung auch der betrieblichen Ebene und insoweit auf die GE „Information und Kooperation“ hinzuweisen

#### Abs. 3

Die Regelung, Ärzte und weitere Sachverständige nur auf Wunsch des Rehabilitanden einzubeziehen, steht in gewissem Widerspruch zu der in den GE „Information und Kooperation“ und „frühzeitige Bedarfserkennung“ beschriebenen umfassenden Kooperation mit solchen Akteuren.

#### Abs. 4

Zur Klarstellung und somit besseren Anwendung in der Praxis könnte ein Hinweis auf die datenschutzrechtliche Thematik angebracht sein. Zudem ist nicht deutlich, was unter „angemessener“ Berücksichtigung zu verstehen ist. Auch hier bestehen Unebenheiten im Verhältnis zu den vorgenannten GE.

### § 6

#### Abs. 1

Hier könnte nach hiesiger Auffassung die Rolle der Servicestellen bzw. der zur Umsetzung ihrer Aufgaben geknüpften „back-office-Netzwerke“ (vgl. Rahmenvereinbarung Servicestellen) betont werden, indem man diese als vorrangige Plattform für den entsprechenden Austausch festschreibt.

#### Abs. 2, Satz 1

Die Formulierung in Satz 1 erweckt den Eindruck, als würden verbindliche Regelungen für Akteure getroffen, die nicht unmittelbar der im Rahmen der gemeinsamen Empfehlungen ausübbarer Regelungskompetenz der Rehabilitationsträger unterliegen. Dies kann zu Unklarheiten führen. Entsprechend schlägt die BAR vor, hier eine Klarstellung vorzunehmen, die mit einem klaren Auftrag an die Rehabilitationsträger verbunden ist, z.B.

„Die Beteiligten nach Absatz 1 teilen ihre Vorstellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe unverzüglich dem verantwortlichen Rehabilitationsträger mit. Die Rehabilitationsträger stellen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Steuerungsmitteln, insbesondere durch Anpassung entsprechender Richtlinien und Vereinbarungen mit einschlägigen Organisationen zudem bis ... sicher, dass die Beteiligten nach § 5 Abs. 3 und 4 ihre Vorstellungen ebenfalls unverzüglich mitzuteilen haben.“

#### Abs. 2 Satz 4

Hier könnte zur besseren Umsetzung beitragen, wenn die rechtlichen Möglichkeiten, die ein Antragsteller hat, konkreter benannt würden. Ebenfalls wäre denkbar, einen Sanktionsmechanismus zu erwägen.

#### Abs. 3

Es fehlt nach hiesiger Meinung ein konkreter Zeitrahmen, innerhalb dessen der nach § 3 Abs. 2 verantwortliche Rehabilitationsträger den Teilhabeplan allen an seiner Erstellung Beteiligten

## KAPITEL 6

zur Verfügung stellt. Zudem erscheint es im Hinblick auf die in § 2 Abs. 1 benannten Inhalte des Teilhabepplans sinnvoll, die datenschutzrechtliche Thematik und die im anhängenden Vordruck gefundene Lösung (Einwilligung des Versicherten in die Weitergabe) und ggf. alternative Vorgehensweisen zu benennen.

### **Abs. 4**

Das Verhältnis zu der in Abs. 1 ohnehin festgeschriebenen Beteiligung der BA könnte ggf. klarer herausgestellt werden.

### **Abs. 5**

In Satz 1 ist unklar, wer konkret für den Prozess der Abstimmung des Teilhabepplans mit den benannten anderen Planungsinstrumenten aus den Bereichen Sozialhilfe und Kinder- und Jugendhilfe verantwortlich ist. Für die verbesserte Anwendung wäre aus hiesiger Sicht zudem sinnvoll, erläuternde Hinweise mit den zur Durchführung der Abstimmung zum „übergreifenden Teilhabepplan“ getroffenen Verfahrensabsprachen zu ergänzen, soweit solche Absprachen bereits getroffen wurden. Dieser Punkt ist insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion zur Reform der Eingliederungshilfe nach Meinung der BAR von besonderer Bedeutung.

### **§ 7**

Unklar ist, was unter „rechtzeitig“ zu verstehen ist. Hier wird die Benennung einer konkreten Frist vorgeschlagen. Dasselbe gilt für die Unterrichtung der anderen beteiligten Rehabilitationsträger über den Fortgang des Teilhabeverfahrens.

### **§ 9**

Es wird die Benennung eines regelmäßigen Zeitintervalls zur Überprüfung der GE und der ggf. durchzuführenden Neuverhandlungen vorgeschlagen.

### **Anhang: Vordruck der BfA für einen Teilhabepplan**

Der Anhang könnte der aktuellen Firmierung der DRV Bund Rechnung tragen. Unter 11 könnte aus datenschutzrechtlicher Sicht der Einwand vorgebracht werden, dass der nach § 4a Abs. 3 Bundesdatenschutzgesetz erforderliche ausdrückliche Hinweis auf die mitsamt dem Teilhabepplan erhobenen/genutzten Daten besonderer Art nicht enthalten ist.

Von Seiten der Rehabilitationsträger wurde zudem im letzten Jahresbericht 2008 zu den Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den gemeinsamen Empfehlungen angeregt, den Vordruck zu kürzen und Checklisten für Fallkonferenzen zu ergänzen. (vgl. Jahresbericht 2008 zu den Erfahrungen der Rehabilitationsträger mit den gemeinsamen Empfehlungen)

### **6.7.3.4 Weitere Empfehlung**

Des Weiteren wird empfohlen, die Gemeinsamen Empfehlungen „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“ und „Begutachtung“ auf Optimierungspotential zu untersuchen

### 6.8. Verfahren zur frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarf und/oder zur frühzeitigen Vernetzung der jeweiligen Trägerbereiche und ggf. Dritter

**Tabelle 2: Übersicht/Kategorien von Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzung im Rehaprozess**

<b>Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzungsverfahren unter Einbeziehung von Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren</b>	<b>Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzungsverfahren unter vorwiegender Einbeziehung von Rehabilitationsträger und Leistungserbringer</b>	<b>Sonstige Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzungsverfahren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ „fit for work“</li> <li>■ JobReha</li> <li>■ Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement (MBI)</li> <li>■ RehaAssessment</li> <li>■ Verzahnung von medizinischer Reha und beruflicher Reintegration</li> <li>■ Web-Reha</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Frühreha-Projekt Airbus</li> <li>■ Fallgruppenspezifische Orientierung medizinischer Reha-Maßnahmen unter Berücksichtigung berufsbezogener Einflussfaktoren (MBO)</li> <li>■ Projekte zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Reha (MBOR)</li> <li>■ „RehaBau“</li> <li>■ RehaBeruf</li> <li>■ RehaJob/BGSW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diverse Projekte zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)</li> <li>■ Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe</li> <li>■ Netzwerk „Betrieb und Rehabilitation“</li> <li>■ Work Ability Index in Rehabilitation und Wiedereingliederung (WAI)</li> </ul>

**Tabelle 3: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der Vernetzung unter Einbeziehung von Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren**

Verfahren	Träger	Verfahrensinhalte	Verfahrensziele
„fit for work“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BARMER</li> <li>- ARGE-BFW</li> </ul>	<p>Sicherstellung eines besseren Kommunikationsflusses unter den Beteiligten um auch ein reibungsloseres Ineinandergreifen der einzelnen Wiedereingliederungsschritte zu gewährleisten. Kranke oder von Behinderung bedrohte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bekommen im Rahmen des Projekts „fit for work“ eine umfassende Beratung durch hochqualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsförderungswerke. Die einzelnen Eingliederungsschritte sind dabei eng miteinander verzahnt.</p>	<p>ktivere Einbindung der Arbeitgeber durch den Case-Manager, wenn es zum Beispiel um alternative Einsatzmöglichkeiten von kranken oder behinderten Beschäftigten geht.</p>

Die Tabelle wird auf den folgenden Seiten fortgesetzt.

Verfahren	Träger	Verfahrensinhalte	Verfahrensziele
JobReha	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRV Braunschweig</li> <li>- Deutsche Postbeamtenkrankenkasse</li> <li>- BKK Bundesverband</li> </ul>	<p>Bei der JobReha handelt es sich um ein Verfahren, das bei der Rehabilitation muskuloskelettaler Beschwerden auf eine besonders enge Zusammenarbeit zwischen Betriebs- und Werkstätten, Krankenkasse und Rehabilitationseinrichtungen setzt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Erkrankungen des Bewegungsapparats zweier Großunternehmen in der Region Braunschweig-Hannover erhalten im Rahmen der JobReha nicht nur eine vereinfachte Zugangsweise zu rehabilitativen Maßnahmen durch ein verbessertes Schnittstellenmanagement, sondern auch eine auf den Arbeitsplatz abgestimmte Therapie mit gezielter betrieblicher Wiedereingliederung.</p> <p>Als Teildarstellung des Projekts werden die Effekte eines veränderten Schnittstellenmanagements anhand der zeitlichen und qualitativen Änderungen im Informationsfluss bei der Kommunikation zwischen Betriebs- und Werkstätten und Rehabilitationsärzten untersucht.</p>	<p>Verbesserter Informationsfluss an der Schnittstelle Betrieb und Rehabilitation hinsichtlich der Wiedereingliederung von Mitarbeiter/innen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates in den Arbeitsprozess.</p>

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
<p>Medizinisch-berufliches Integrationsmanagement (MBI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DEGEMED</li> <li>- BFW Brandenburg</li> <li>- DRV Bund</li> <li>- DRV Berlin-Brandenburg</li> <li>- AOK Brandenburg</li> <li>- ZAR Berlin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewinnung existierender medizinischer Dienstleistungseinrichtungen (insbesondere: ambulante oder stationäre Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation, Medizinische Versorgungszentren, poliklinische Zentren) zum Aufbau von MBI-CareCenters (möglich auch Gemeinsame Servicestellen)</li> <li>▪ Ansprache und Information der Unternehmen in der Region (auch Verbände)</li> <li>▪ Etablierung der MBI-Verfahrensweise (Assessment, Beratung, Fallführung) und ihre Anpassung an die konkreten Bedingungen beteiligter Einrichtungen zur Optimierung der sektorenübergreifenden Verzahnung/Kooperation</li> <li>▪ Festsetzung von (schnittstellenübergreifenden) Qualitätsstandards und Evaluierungskriterien (in Form von „Integrierten Behandlungspfaden [IBP]“)</li> </ul>	<p>Auf- und Ausbau eines Netzes von CareCenters für MBI in der Region Berlin-Brandenburg, insbesondere als aktive Realisierungshilfe für klein- und mittelständische Unternehmen der Region bei der medizinisch-beruflichen Wiedereingliederung von durch chronische Erkrankung oder Behinderung bedrohte oder betroffene Beschäftigte/Erwerbslose. Ziele des MBI sind insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit für gesundheitlich gefährdete Arbeitnehmer/Erwerbslose</li> <li>• die flächendeckende Bereitstellung von Realisierungshilfen für hinsichtlich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements strukturell überforderte, kleine und mittelgroße Unternehmen (KMU)</li> <li>• eine verbesserte, generell assessmentbasierte Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation zur Realisierung beschleunigter Verfahren mit Nutzen für die Betroffenen und Betriebe (synchronisiert und abgestimmt)</li> </ul>

Verfahren	Träger	Verfahrensinhalte	Verfahrensziele
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etablierung eines telemedizinischen Dienstes für Betroffene und Betriebe, Erprobung rehaspezifischer, telemedizinischer Instrumente zur Kontrolle häuslichen Trainings und Fallsupervision in Abstimmung mit den behandelnden Einrichtungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelungen für die Bereitstellung gemeinsamer Patientenbudgets (§ 17 SGB IX) durch die beteiligten Geldgeber (Kranken-/Unfall-/Rentenversicherungen, Arbeitgeber, Bundesagentur für Arbeit, Integrationsämter, Betroffene)</li> <li>▪ Wissenschaftliche Begleitung und Generierung einer Anschubfinanzierung.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die bessere gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen bei Berufsförderungswerken und Facheinrichtungen der medizinischen Rehabilitation</li> <li>• die Erweiterung des Zielbereiches betrieblicher (Re-)Integration auf die Gruppe der Erwerbslosen (Arbeitslose, Arbeitssuchende, Arbeitsfähige) und damit, neben der Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit durch Arbeitsplatzhaltung und -anpassung, grundsätzlich auch der Erwerb oder die Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit in enger Zusammenarbeit mit den Betrieben</li> <li>• nachhaltige Prävention von Ausgliederungen in einer mittelständisch geprägten Wirtschaftsregion mit Modellcharakter für andere Regionen (neues Produkt)</li> <li>• ein Beitrag zur Verhinderung von Fachkräftemangel.</li> </ul>

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
RehaAssessment	Bundesagentur für Arbeit	RehaAssessment ist ein spezielles Beurteilungssystem, das Fragen zum individuellen Leistungs- und Belastungspotenzial beantwortet. Es besteht aus verschiedenen individuell auf den Rehabilitanden zugeschnittenen Modulen, u.a. aus Eignungsuntersuchungen, Beratungsgesprächen, Reha-Vorbereitungslehrgängen, Bewerbungstrainings und Coachings, und wird bundesweit in den Berufsförderungswerken angewendet.	<p>Ziel ist es, persönliche Neigungen und vorhandene Fähigkeiten des Rehabilitanden mit den Anforderungen eines Arbeitsplatzes oder Berufes zu verknüpfen.</p> <p>Darüber hinaus soll ein erfolgreiches Reha-Verfahren,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• so früh wie möglich beginnen</li> <li>• können,</li> <li>• eine zeitliche Verzahnung der einzelnen Reha-Phasen sicherstellen,</li> <li>• die unterschiedlichen Akteure durch ein gemeinsames Ziel (verbinden), die Fähigkeiten des Einzgliedermnden in den Mittelpunkt stellen.</li> </ul>
Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflicher Reintegration	<p>Projekt I:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DRV Oberbayern</li> <li>- Audi</li> <li>- BKK Audi</li> <li>- Klinikgruppe Enzensberg</li> </ul> <p>Projekt II:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DRV Thüringen</li> <li>- Adam-Opel AG</li> <li>- BKK Opel</li> <li>- m&amp;i-Fachklinik Bad Liebenstein</li> </ul>	Bessere Verzahnung der medizinischen Rehabilitation mit anderen Sektoren des Gesundheitssystems durch Kooperation von Rehabilitationskliniken und Betrieben	<p>Projekt I und Projekt II:          Prüfung der Frage, ob die berufliche Wiedereingliederung eines Rehabilitanden durch eine systematische Kooperation zwischen Rehabilitationsarzt und Betriebsarzt verbessert werden kann.</p> <p>Ergebnis Projekt I:          Die systematische Kooperation zwischen Rehabilitationsklinik und Betrieb erhöht die Chance für den Beschäftigten, seinen Arbeitsplatz zu erhalten. Eine so gesteuerte Reintegration von Mitarbeitern an den Arbeitsplatz ist in der Gesamtbilanz positiv für den Betrieb zu bewerten. Es zeigt sich deutlich, dass die Schnittstellenproblematik positiv verändert wird und Kosteneinsparungen im System möglich sind, ohne dass dem Betroffenen notwendige Leistungen versagt werden müssen.</p>

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
Web-Reha	Kooperation von Werks- und Betriebsärzten mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland; ähnliche Projekte werden im Bereich anderer Regionalträger der DRV durchgeführt	Etablierung einer Kommunikation und Kooperation zwischen den Akteuren, die es erlaubt die betriebsärztlichen Kompetenzen optimal einzubringen in ein Versorgungsnetzwerk mit kurzen und schnellen Wegen, hohem Bezug zu den konkreten Arbeitsplatzanforderungen und enger fachübergreifender Abstimmung.	<p>Enge Zusammenarbeit der Beteiligten bei der</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung des Reha Bedarfs,</li> <li>• inhaltlichen Ausgestaltung der Leistung,</li> <li>• Ergebnisübermittlung und</li> <li>• (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsprozess.</li> </ul> <p>Die arbeitsplatzspezifische Rehabilitation unterstützt die dauerhafte (Wieder-) Eingliederung in das Erwerbsleben.</p>

**Tabelle 4: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der Vernetzung unter vorwiegender Einbeziehung von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern**

Verfahren	Träger	Verfahrensinhalte	Verfahrensziele
Frührehabilitationsprojekt Airbus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Institut für Arbeitsmedizin der Uni Lübeck</li> <li>- Airbus Deutschland GmbH</li> </ul>	Interventionsstudie zu den Effekten einer speziell arbeitsplatzbezogenen, ambulanten, früh einsetzenden Rehabilitation bei Beschäftigten in der Flugzeugindustrie mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.	

Die Tabelle wird auf den folgenden Seiten fortgesetzt.

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
<p>- Fallgruppen-spezifische Orientierung medizinischer Reha-Maßnahmen unter Berücksichtigung berufsbezogener Einflussfaktoren (MBO)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRV Bund</li> <li>- DRV Westfalen</li> <li>- DRV Bayern Süd</li> <li>- Bavaria-Klinik Freyung</li> <li>- Institut für Rehabilitationen wissenschaften der Humboldt-Uni Berlin</li> <li>- Institut für Arbeitswissenschaften der TU Darmstadt</li> </ul>	<p>Im Rahmen der Weiterentwicklung der orthopädischen Rehabilitation der Rentenversicherungs-träger ein konsequent berufsorientierter Ansatz zur medizinischen Rehabilitation von Erkrankungen des Bewegungsapparates entwickelt. In Zusammenarbeit mit der DRV Westfalen und der DRV Bund wurden strukturelle und therapeutische Probleme berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedarfsorientierung,</li> <li>• Schnittstellenproblematik,</li> <li>• mangelnde Flexibilität der Leistungsangebote</li> <li>• Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, sowie Defizite bei</li> <li>• Qualitätssicherung und</li> <li>• wissenschaftlicher Weiterentwicklung</li> </ul>	<p>Durch spezifisch entwickelte therapeutische Maßnahmen soll der Handlungsrahmen der medizinischen Rehabilitation definiert und die negativen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit minimiert oder beseitigt werden.</p> <p>Die Studie versucht folgende Fragestellungen zu beantworten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welche Diskrepanzen zwischen beruflichen Anforderungen und dem Fähigkeitsprofil des Patienten sind relevant?</li> <li>• Welche biomechanischen und psycho-sozialen Therapiebausteine sind geeignet auf diese Diskrepanzen Einfluss zu nehmen?</li> </ul> <p>Bei vielen Patienten ist eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit nicht kausale Folge einer Krankheit mit daraus resultierend krankheitsbedingten Behinderungen, sondern das Ergebnis einer psycho-sozialen Rückzugsbewegung, die von verschiedenen Einflussfaktoren gefördert wird. (Plassmann, Färber 1995) Welche - insbesondere auch psycho-soziale - Faktoren lassen sich identifizieren?</p>

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
<p>Projekte zur beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation (MBOR)</p> <p>„RehaBau“</p>	<p>Diverse, z.B. DRV Bund, Klinikverbände etc.</p> <p>- BG Bau BV Hamburg - DRV Nord - Rheumaklinik Bad Bramstedt</p>	<p>Die medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) dient als Bestandteil der medizinischen Rehabilitation einer Integration des Rehabilitanden in das Erwerbsleben. Hierfür bezieht die medizinische Rehabilitation in allen Phasen berufliche Aspekte ein.</p> <p>Mit dem Programm RehaBau soll mittels vier Komponenten eine präventive Rehabilitation erwerbsfähiger Bauarbeiter erreicht werden:</p> <p>a) Auswahl von Bauarbeitern mit Rehabilitationsbedarf und umfassende Voruntersuchung; b) Begleitung des Verfahrens zwischen Betriebsarzt, Reha-Träger, Klinik und Hausarzt; c) Zusammenarbeit mit der Reha-Klinik zur Vermittlung der berufstypischen Belastungen und zur Verstärkung des aktiv trainierenden Inhalts der Rehabilitation; d) Ergonomisches Trainings- und Unterweisungsprogramm in der Rehabilitationsklinik.</p>	<p>Über Screening- und Assessmentverfahren werden geeignete Aktivitäten, u.a. in Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Betrieben, BFW zum Erhalt von vorhandenen Arbeitsverhältnissen identifiziert. Hierzu ist ein gestuftes berufsorientiertes Therapieangebot welches während der medizinischen Rehabilitation in Rehabilitationskliniken – ausgerichtet mit einem BO-Basisangebot oder als BO-Zentrum – ansetzt, vorgesehen.</p> <p>Untersuchung der Effekte einer speziell arbeitsplatzbezogenen, stationären Rehabilitation bei Bauarbeitern.</p>
<p>RehaBeruf Berufsspezifische Rehabilitation für Handwerks-berufe</p>	<p>- BG Bau BV Hamburg - BGf Consulting GmbH - Institut für Arbeitsmedizin der Uni Lübeck</p>	<p>Kernpunkte der Programme sind die Einbeziehung ergonomischer Erfordernisse in die Trainingstherapie sowie ein besonderes ergonomisches Übungs- und Unterweisungsprogramm.</p>	

<b>Verfahren</b>	<b>Träger</b>	<b>Verfahrensinhalte</b>	<b>Verfahrensziele</b>
RehaJob – im Rahmen der BGSW (berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung)	entfällt	In der BGSW wird unter stationären Bedingungen nach einem ärztlichen Behandlungsplan unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlic <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankengymnastik,</li> <li>• physikalischer Therapie,</li> <li>• Sprach-, Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie</li> <li>• anderer geeigneter Hilfen</li> </ul> der eingetretene Gesundheitszustand verbessert. Der Versicherte wird bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte unterstützt.	Gegenstand des Konzeptes RehaJob ist es, innerhalb von BGSW-Maßnahmen ein breites Spektrum unterschiedlicher Berufsfelder für Arbeits- und Belastungsproben anzubieten. Dabei führt der Versicherte seine berufliche Tätigkeit in den Lehrwerkstätten der Handwerkskammer stundenweise durch. Während der BGSW kann so bereits ein laufendes Monitoring der Fortschritte hin zur Arbeitsfähigkeit stattfinden. Ziel ist, durch den früheren Beginn der arbeitsbezogenen Maßnahmen die Rehabilitation insgesamt zu verkürzen.

**Tabelle 5: Sonstige Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzung**

Verfahren	Träger	Verfahrensinhalte	Verfahrensziele
<p>Projekte zum (BEM)</p> <p>Netzwerk „Betrieb und Rehabilitation“</p>	<p>Rehabilitationsträger, Leistungserbringer, Unternehmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betriebsärzte, VDBW</li> <li>- Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit</li> <li>- Reha-Kliniken</li> <li>- ambulante Rehaeinrichtungen</li> <li>- BFW Hamburg</li> <li>- IKK-Nord</li> <li>- soziale Dienste</li> </ul>	<p>Gemeinsamer Inhalt: Optimierung der Vernetzung zwischen den Akteuren und der Erkennung von Rehabbedarf</p> <p>Entwicklung gemeinsamer Reha-Entwicklungs-konzepte, Aufbau betrieblicher Assessmentssysteme, Organisation interdisziplinärer Workshops.</p>	<p>Aufbau eines Kompetenznetzwerkes um stationäre, ambulante und betriebliche Rehabilitation enger miteinander zu verknüpfen.</p> <p><a href="http://www.netzwerk-betrieb-reha.de">www.netzwerk-betrieb-reha.de</a></p>
<p>Betreuungskonzept der Kölner Verkehrsbetriebe (KVB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kölner Verkehrsbetriebe</li> <li>- BG BAHNEN</li> </ul>	<p>In Abstimmung und Zusammenarbeit mit der BG BAHNEN wurde bei den Kölner Verkehrsbetrieben zusammen mit dem Institut für psychologische Unfallnachsorge Köln ein Konzept zur Betreuung von Mitarbeitern nach außergewöhnlichen Unfallereignissen erarbeitet. Dieses beinhaltet Maßnahmen der betrieblichen Betreuung sowie weitergehende ärztliche und psychologische Betreuungsmaßnahmen.</p>	
<p>WAI in Rehabilitation und Wiedereingliederung</p>	<p>Bergische Universität Wuppertal im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin</p>	<p>Der Work Ability Index (WAI) ist ein Instrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Es handelt sich um ein Fragebogeninstrument, das entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z.B. Betriebsärzten/innen bei der betrieblichen Untersuchung, ausgefüllt wird.</p>	<p>Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Weitere Anwendungsgebiete sind die Betriebsepidemiologie und wissenschaftliche Studien.</p>

## KAPITEL 6

### 6.9. Übersicht über ungeklärte Schnittstellenprobleme in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit

Die nachfolgende Tabelle 2 enthält in Ergänzung von Kapitel 3.2.4.2 des Berichts eine Übersicht über Schnittstellenprobleme, die im Projektverlauf keiner näheren Konkretisierung bzw. Lösung zugeführt werden konnten. Dabei werden die Probleme so wiedergegeben, wie sie aus Sicht der jeweils betroffenen Trägerbereiche mitgeteilt wurden. Die Spalten sind gegliedert nach den Trägerbereichen, aus denen Probleme gemeldet wurde. Die Zeilen geben an, in Verhältnis zu welchem Trägerbereich jeweils die benannten Probleme bestehen. Eine Prüfung auf quantitative Bedeutung / Relevanz wurde hier nicht durchgeführt, ebenso wenig wurden Einschätzungen des jeweils anderen Trägers berücksichtigt. Die Ergebnisse entsprechender im Projektverlauf durchgeführter Konkretisierungen sollen in die Arbeit der trägerübergreifenden Arbeitsgruppe (vgl. 6.10) einfließen.

**Tabelle 6: Übersicht über ungeklärte Schnittstellenprobleme**

Träger/ Akteur	Krankenversicherung	Rentenversicherung	Bundesagentur für Arbeit (BA) <sup>35</sup>	UV <sup>36</sup>	Integrationsfachdienste (IFD)
<b>Schnittstellen mit Allgemein im Verhältnis zu anderen Trägern</b>	Lange Laufzeiten von Antragstellung bis zur Bewilligung und bis zum Beginn einer LTA, keine Info an die GKV	Problem der bewussten Ablehnung und Weiterleitung nach § 14 SGB IX			Beschränkte Finanzierung für der Unterstützten Beschäftigung ähnliche Leistungen
	Keine Umschulungen nur Zusatzqualifikation für ältere Arbeitnehmer	Umsetzung von Erstattungsansprüchen insbesondere für Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 14 SGB IX			Beauftragung des IFD, beim Übergang med. Reha/berufliche Reha
					Fehlende bzw. verzögerte Übermittlung von ärztlichen Gutachten
<b>Rentenversicherung</b>	Später Zugang von Entlassungsberichten				
	Kaum Empfehlungen für Eingliederungsleistungen				
	Mangelnde Umsetzung, sofern Hinweise auf LTA-Bedarf vorhanden				
	Unklarheit über Stand des Kontaktes der RV mit dem Rehabilitanden				
<b>Krankenversicherung</b>	MDK soll Bedarf an LTA vermehrt prüfen				

## KAPITEL 6

Träger/ Akteur	Krankenversiche- rung	Rentenversicherung	Bundes- agen- tur für Arbeit (BA) <sup>35</sup>	UV <sup>36</sup>	Integrationsfach- dienste (IFD)
<b>Schnitt- stellen mit</b>					
<b>Bundes- agentur für Arbeit</b>	Lange Laufzeiten zwi- schen Antragstellung und Beratungsgespräch/ Eignungstest sowie Lei- stungsbeginn				Kein Zugriff auf alle bei der BA gemeldeten Stellen bzw. Daten- austausch zwischen BA und IFD
	BA wartet Aussteuerung aus dem Krankengeld ab, bevor sie aktiv wird				Intransparenz, nicht vergleichbare Festset- zung von Eingliede- rungszuschüssen
					Förderzusagen der BA werden teilweise im Vermittlungsprozess wieder geändert
<b>Unfallversi- cherung</b>		frühere Info durch UV über LTA-Bedarf er- wünscht			

### 6.10. Eckpunktepapier für die Zusammenarbeit in einer trägerübergreifenden Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ zur Klärung offener trägerseitiger Fragen bei der Zusammenarbeit in der Rehabilitation

#### Trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“

- zur Klärung offener trägerseitiger Fragen bei der Zusammenarbeit in der Rehabilitation -

Eckpunktepapier für die Zusammenarbeit (Stand: 27.10.2009)

#### I.

Die Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ soll die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger im Rehabilitationsprozess fördern. Ziel ist insbesondere Schnittstellenprobleme zu identifizieren und hierfür mögliche Lösungsansätze aufzuzeigen.

Grundlage dafür sollen konkrete Problemsachverhalte bilden, an denen übergreifende Fragestellungen verdeutlicht werden können.

<sup>35</sup> Die auf Seiten der BA im Verhältnis zu anderen Trägern bestehenden Schnittstellenprobleme konnten im Verlauf des Projektes entweder unmittelbar gelöst werden oder sie wurden soweit konkretisiert, dass unter Aufzeigen von Lösungsansätzen eine zeitnahe Weiterleitung an die trägerübergreifende Arbeitsgruppe „Schnittstellen in der Rehabilitation“ erfolgen kann.

<sup>36</sup> Im Bereich der UV besteht aufgrund der dortigen Besonderheiten nur eine geringe Anzahl von Schnittstellenproblemen. Soweit derartige aus Sicht der UV benannt wurden, konnten sie im Verlauf der Projektphase geklärt werden.

### II.

Mitglieder der Arbeitsgruppe sind je ein benannter Vertreter der Leistungsträger. Die Leitung der Arbeitsgruppe und die Moderation ihrer Sitzungen obliegt der Geschäftsstelle der BAR.

### III.

Vor dem Hintergrund ihres Auftrags tagt die Arbeitsgruppe nach Bedarf. Sie greift die aufgetretenen Fragen/Themenfelder auf und gibt Hilfestellungen zur Klärung bestehender Fragen.

Die Arbeitsgruppe befasst sich nicht mit Einzelfällen, sondern ausschließlich mit Sachverhalten und Fragestellungen, die wiederholt auftreten und von übergeordneter Bedeutung in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Rehabilitationsprozess sind. Davon können beispielsweise rechtliche Fragen, die ggf. durch Zusammenarbeit gelöst werden können (z.B. im Nachgang zu neuer Rechtsprechung oder Gesetzgebung); zudem Fallgestaltungen, in denen die Häufigkeit der Problemsachverhalte auf ein strukturelles Problem in der Organisation der Zusammenarbeit schließen lässt, betroffen sein.

Die in der Arbeitsgruppe zu beratenden Problemlagen/übergreifenden Fragen werden dieser über die Geschäftsstelle der BAR durch den benannten Vertreter des jeweiligen Mitglieds der BAR zugeleitet. Dabei ist darzulegen, dass es sich um eine wiederholt auftretende Problematik mit übergeordneter Bedeutung handelt. Gleichzeitig sind die bisher erfolgten Maßnahmen und mögliche Alternativen zur Problemlösung aufzuzeigen.

### IV.

Die Arbeitsgruppe analysiert die an sie herangetragenen Probleme und Fragestellungen, konkretisiert diese bei Bedarf und fasst sie ggf. mit ähnlichen Sachverhalten zusammen. Dabei erfolgt eine Einschätzung der Häufigkeit der benannten Probleme/übergreifenden Fragestellungen, der Praxisrelevanz, des Handlungserfordernisses und eine Analyse der zu Grunde liegenden rechtlichen und verwaltungspraktischen Ursachen.

Die Arbeitsgruppe nimmt eine erste Bewertung der aufgegriffenen Problematiken/übergreifenden Fragen vor. Diese Bewertung kann auch eine einvernehmliche Empfehlung zur Lösung der aufgezogenen Fragen beinhalten. Die Empfehlungen sind aus sich heraus nicht bindend.

Die Arbeitsgruppe prüft, ob ihr vorgelegte Sachverhalte und aufgeworfene Fragen in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Gremiums (Ausschuss, Arbeitsgruppe, Abstimmungsrunde etc.) der Rehabilitationsträger fallen und leitet diese ggf. entsprechend weiter. Im Falle der Weiterleitung wird sie sich in angemessenen Zeitabständen informieren, ob und ggf. welche Ergebnisse in den jeweiligen Gremien erzielt wurden.

Soweit kein anderes Gremium für die Lösung der aufgeworfenen Problemsachverhalte/Fragestellungen zuständig ist, kann die Arbeitsgruppe ihre Empfehlungen unmittelbar an die jeweils beteiligten Rehabilitationsträger herantragen.

### V.

Die Arbeitsgruppe wird zunächst im Rahmen einer Pilotphase tätig. Die Pilotphase soll vier Sitzungen und einen Zeitraum von ca. 1 ½ Jahren umfassen. Einbezogen in die Arbeit der Arbeitsgrup-

pe und in die Pilotphase sind sowohl Fragestellungen der medizinischen Rehabilitation als auch der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Nach Abschluss der Pilotphase und in Abhängigkeit von den Ergebnissen wird über die endgültige Etablierung der Arbeitsgruppe beraten.

### 6.11. Ergebnisse des Austauschs über Vermittlungsprozesse

#### 6.11.1. Übersicht über die Vermittlungsprozesse in den einzelnen Trägerbereichen

##### **BA:**

Die Vermittlung von Rehabilitanden folgt grundsätzlich den allgemeinen Vermittlungsabläufen in der BA, unter besonderer Berücksichtigung der Situation im Einzelfall. Zuständig innerhalb der BA ist ein eigenes Reha-Team. Für Rehabilitanden, die eine durch die BA getragene Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen/erhalten haben, besteht ein besonderes „Absolventenmanagement“, das unter Einbeziehung auch der Leistungserbringer den besonderen Bedarfslagen der einzelnen Rehabilitanden Rechnung trägt. Bedeutsame Kernelemente des Absolventenmanagements sind unter anderem die frühzeitige Kontaktaufnahme (i.d.R. drei Monate vor Maßnahmenende) zwischen Rehabilitationsberater und Vermittler/Fallmanager der BA oder der ARGE zur Einleitung des Vermittlungsprozesses sowie Erstellung eines Bewerberprofils (vgl. auch den Überblick in Anhang 6.13).

Hauptherausforderung aus Sicht der BA ist die Vermittlung von Rehabilitanden, deren Rehabilitation grundsätzlich in den Verantwortungsbereich anderer Träger fällt, bzw. die entsprechende Abstimmung einzelner Vermittlungsschritte. Dabei ist insbesondere die transparente Klärung der Zuständigkeit und der Zeitraum für die Konkretisierung von allgemeinen Zusagen für Vermittlungsleistungen (z.B. Eingliederungszuschuss) durch andere Träger optimierungsbedürftig.

##### **DRV:**

Die DRV beschäftigt Rehaberater, die neben einer allgemeinen Steuerung des Rehaprozesses gemeinsam mit dem Rehabilitanden auch ein besonderes Augenmerk auf seine Vermittlung legen. Dabei wird bei Bedarf sowohl ein Austausch mit der jeweils zuständigen Agentur für Arbeit gesucht, als auch die Unterstützung durch die Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben koordiniert. Formal ergeht nach Antragstellung innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX zunächst ein Bescheid „dem Grunde nach“, in dem der Rentenversicherungsträger seine Zuständigkeit für die Rehabilitation des Antragstellers erklärt und den grundsätzlichen Rehabedarf feststellt. Eine Konkretisierung erfolgt in Abhängigkeit von den Erfordernissen des Einzelfalls in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden. Koordinationsbedarf ergibt sich abhängig von den jeweils beteiligten Akteuren, der Unterstützung der konkreten Vermittlung durch die Leistungserbringer und der konkreten Abstimmung der Vermittlungsprozesse mit der BA. Letztgenannte Anforderung wurde durch die gesetzlichen Änderungen im SGB III zum 01.01.2009 noch verstärkt<sup>35</sup>. Danach zählen die vermittlungsunterstützenden Leistungen nach den §§ 45 und 46 SGB III nunmehr zu den allgemeinen Leistungen nach § 100 Nr. 1 SGB III und unterliegen somit für die BA dem Leistungsverbot nach § 22 Abs. 2 SGB III. Die Vermittlung, einschließlich Vermittlungsberatung, sowie die Erstellung von Bewerber- oder Kundenprofilen bleibt jedoch originäre Aufgabe der BA.

<sup>37</sup> Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, Bundesgesetzblatt Teil I 2008 Nr. 64 2v. 9.12.2008, S. 2917.

### **DGUV:**

Im System der DGUV sind „Berufshelfer“, je nach BG auch als „Rehamanager“ bezeichnet, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess beteiligt und steuern diesen in Zusammenarbeit mit dem D-Arzt. Einzelheiten sind je nach Unfallversicherungsträger unterschiedlich ausgestaltet. Die Rehamanager haben substantielle Entscheidungsspielräume. Sie gehen sehr zeitnah zum Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherten zu und haben bei der Ausgestaltung und Steuerung des Rehabilitationsprozesses teilweise auch die Möglichkeit, selbst über die Übernahme von Kosten für einzelne erforderliche Leistungen zu entscheiden. So kommt es auch nicht erst zu einer Ausgliederung der Versicherten, die ja grundsätzlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Im Rahmen des Rehamanagements wird der Kontakt zum Arbeitgeber gesucht und, sofern dies erforderlich ist, gemeinsam mit ihm nach Weiterbeschäftigungsmöglichkeiten im Betrieb gesucht. Durch den technischen Aufsichtsdienst bestehen hier gute Kenntnisse der Arbeitsbedingungen und der technischen Möglichkeiten einer behinderungsgerechten Anpassung, so dass in den allermeisten Fällen ein Verbleiben im Betrieb möglich ist. Soweit trotz aller Bemühungen ein Verbleib im Betrieb nicht möglich ist, verfügen die UV-Träger durch ihre guten Kontakte in ihre Mitgliedsbetriebe, durch den technischen Aufsichtsdienst, aber auch durch die Berufshelfer, über Möglichkeiten zur Wiedereingliederung von Rehabilitanden.

In den Landesverbänden Nord-Ost und Süd-West wurden Berufshelfer eingestellt, die sich ausschließlich um die Vermittlung von Rehabilitanden der Mitgliedsverwaltungen kümmern sollten. Aufgrund der guten Ergebnisse wurde auf der Ebene der DGUV beschlossen, das Verfahren unter der Bezeichnung „job.bg“ bundesweit einzuführen. Es ersetzt nicht die eingangs geschilderten Bemühungen der einzelnen UV-Träger, sondern ergänzt diese zum Wohle der Versicherten. Job.bg setzt neben besonderen Maßnahmen der Vermittlungsvorbereitung (spezielle Bewerbungstrainings und ggf. Assessments) und der Stellensuche unter Zugriff auf ein besonderes Internetportal vor allem auf die intensive Betreuung der Rehabilitanden. Eine Besonderheit ist der günstige Betreuungsschlüssel. Spezifische Probleme in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit sind aufgrund der besonderen Struktur der DGUV („alles aus einer Hand“) nicht bekannt (Einzelheiten vgl. Anhang 6.14).

### **Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften:**

Hier sind die Vermittlungsprozesse grundsätzlich ähnlich wie in der DGUV strukturiert. Aufgrund der Besonderheit der Versichertenstruktur spielt jedoch die Vermittlung in den allgemeinen Arbeitsmarkt eine vergleichsweise geringe Rolle, da es häufig in erster Linie darum geht, die Versicherten wieder in der Landwirtschaft zu verankern.

### **BIH/IFD:**

Die in der Strukturverantwortung der Integrationsämter stehenden Integrationsfachdienste (IFD) strukturieren ihren Vermittlungsprozess nach dem Qualitätsmanagementsystems KASSYS. Herausforderungen in der Arbeit der IFD liegen unter anderem in den Bedarfslagen der Rehabilitanden an sich, die einen besonderen Fokus bereits auf der Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden erfordert, in der Einholung von Vermittlungsaufträgen, der Klärung von Fördermöglichkeiten und der Abstimmung mit den Vermittlungsbemühungen anderer Träger.

### 6.11.2. Übersicht über ausgewählte Vermittlungsprozesse im Leistungserbringerbereich

#### RehaStep

„RehaStep – In zwei Schritten zum Job“ ist ein spezielles Angebot der baden-württembergischen Berufsförderungswerke. Im Mittelpunkt steht die Eröffnung bzw. Wahrung der Arbeitsmarktchancen durch eine umfassende medizinische, psychosoziale und fachliche Begleitung. Dies erfolgt durch ambulante und wohnortnahe Angebote zur Orientierung auf die weitere Erwerbstätigkeit. RehaStep soll:

- behinderte Menschen bedarfsgerecht und damit dauerhaft in Arbeit integrieren,
- eine Orientierung auf die individuelle berufliche Integration bieten,
- die Behauptung am Arbeitsplatz sichern und
- schwierige Lebenssituationen im sozialen Umfeld bewältigen helfen.

Kernelement von RehaStep ist dabei ein umfangreiches Profiling zur Identifizierung realistischer beruflicher Perspektiven mit anschließendem Coaching. Diesem ersten Schritt folgt zunächst eine Grundlagenqualifizierung, der nach Möglichkeit eine Vertiefung im Rahmen von Praktika oder eines bereits begründeten Arbeitsverhältnisses – jedenfalls im konkreten betrieblichen Umfeld – folgt. Für alle Schritte sei ein Zeitraum von insgesamt 6-9 Monaten angesetzt.

#### RehaFutur/neues Rehamodell

Im Zusammenhang mit der vom BMAS initiierten Initiative „RehaFutur“ haben die Berufsförderungswerke ein neues Modell als Leitlinie für die künftige Ausrichtung und Gestaltung von den von ihnen angebotenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt. In inhaltlicher Hinsicht sollen sich die Leistungen dabei vornehmlich am Ziel der Integration orientieren. Teilelement dieses Zieles ist die vorgegebene Individualisierung der Leistungen. Damit ist das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse, Fähigkeiten und Kenntnisse ebenso erfasst wie der konkrete Abgleich mit den Belangen des Arbeitsmarktes und der Rehabilitation. Die Leistungen sollen zudem systematisch gemanaged werden (Reha- und Integrationsmanagement). Bezogen auf den Teilnehmer steht bei der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben das Ziel der Beschäftigungsfähigkeit im Mittelpunkt. Sie wird gefördert durch die Vermittlung sowohl von Fachkompetenz als auch von Handlungs- und Integrationskompetenz sowie Schlüsselkompetenzen und Gesundheitskompetenz<sup>36</sup>.

### 6.12. Prüfung von Optimierungspotentialen im Vermittlungsprozess

Um Optimierungsmöglichkeiten zu identifizieren, wurde neben einem allgemeinen Austausch über die Vermittlungsprozesse in den einzelnen Trägerbereichen insbesondere ein Fragenkatalog formuliert, der von den beteiligten Trägerbereichen soweit möglich beantwortet wurde.

#### **1. Wie wird sichergestellt, dass der Rehabilitand über sein Verhältnis zum Rehaträger und die Unterstützung durch diesen informiert ist? Welche aktiven und passiven Informationsmöglichkeiten bestehen diesbezüglich bzw. wie können diese verbessert werden?**

#### DRV:

Aufgrund eines Antrags auf LTA entscheidet die DRV Bund innerhalb der Fristen des § 14 SGB IX

<sup>38</sup> Einzelheiten unter <http://www.arge-bfw.de/rehafutur/>.

darüber, ob die Voraussetzung für LTA vorliegen. Ist erkennbar, dass komplexe Leistungen, u. a. berufliche Bildungsleistungen o.ä. erforderlich werden, geht der örtliche Rehaberater in der Regel innerhalb einer Woche zur Klärung von Einzelfragen auf den Rehabilitanden zu. Das Zeitfenster kann im Einzelfall bis zu 4 Wochen betragen. Nach einem Erstgespräch, in dem der Rehabilitand sämtliche Kontaktdaten des Rehaberaters erhält, werden zur Abklärung der konkreten Möglichkeiten zur Wiedereingliederung ggf. Berufsförderungsmaßnahmen und Arbeitserprobungen durchgeführt, z.B. in Berufsförderungswerken. Somit sei eine kontinuierliche Kommunikation zwischen Rehabilitand und Rentenversicherung sichergestellt.

Auch im Regionalträgerbereich erhält der Antragsteller einen Grundbescheid innerhalb von zwei Wochen, in dem u. a. die Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers erklärt und ein grundsätzlicher Reha-Bedarf anerkannt wird. Eine Konkretisierung des Reha-Bedarfs erfolgt in Abstimmung mit dem Antragsteller i. d. R. zeitnah.

### **DGUV bzw. UV:**

Versicherte mit Anspruch auf Teilhabeleistungen werden im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung grundsätzlich im Rahmen des oben geschilderten Rehamanagements betreut. Informationsdefizite dürften hier nicht vorkommen.

### **2. Ist eine aktive Ansprache und Information des sich in einer Maßnahme befindenden Rehabilitanden durch den Rehaträger vor Ende der Maßnahme möglich?**

#### **DRV:**

Ja, seitens der DRV werden ca. drei Monate vor Ende einer Bildungsmaßnahme Informationsschreiben an die Versicherten mit der Aufforderung versandt, sich auch zwecks Arbeitsvermittlung an die zuständige Arbeitsagentur oder an den zuständigen Grundsicherungsträger zu wenden. Ferner wird die DRV nach Abschluss der Maßnahme durch die Bildungsträger über das Ergebnis der Bildungsmaßnahme (z.B. erfolgreiche dauerhafte leidensgerechte berufliche Wiedereingliederung) informiert.

### **DGUV bzw. UV:**

Die aktive Ansprache und Information ist im Rahmen des eingangs geschilderten Verfahrens des Rehamanagements nicht nur möglich, sondern integraler Bestandteil des Prozesses.

### **3. Wie kann eine möglichst frühzeitige Information der BA über ein anstehendes Maßnahmenende, gleich ob durch Rehabilitanden, Dienstleister oder den Rehaträger selbst, erleichtert werden?**

#### **DRV:**

Rehabilitanden, die sich nach Aufforderung durch die DRV drei Monate vor Ende der Bildungsleistung an die Arbeitsagentur/den Grundsicherungsträger wenden, sollten dort einen Termin beim Vermittler vereinbaren. Nach den Erfahrungen der DRV liegt diesbezüglich die Hauptschwierigkeit in der Kommunikation zwischen dem Rehabilitanden und der BA. Zu einer Möglichkeit der verstärkten Einbindung des Rehabilitanden vgl. Kapitel 2.2.4.4.

### **4. Wie kann entsprechend die Kommunikation mit dem AU-Fallmanagement der Krankenkassen optimiert werden?**

Hier wurde in keinem Trägerbereich Bedarf gesehen.

### **5. An wen können sich BA-Mitarbeiter wenden, um die konkreten Unterstützungsmöglichkeiten des zuständigen Rehaträgers zu erfahren?**

#### **DRV:**

Die Kontaktdaten der Berater der Deutschen Rentenversicherung Bund können dem Internet entnommen werden. Im Regionalträgerbereich sind die Kontaktdaten des zuständigen Rehafachberaters in aller Regel auf den Bescheiden der DRV aufgedruckt. Die wechselseitige Erreichbarkeit der Akteure der DRV (Rehafachberater) und der BA (Vermittler) wird als optimierungsfähig angesehen.

### **6. Wie kann erreicht werden, dass Bescheide über die Zuständigkeit dem Grunde nach schneller nach Maßnahmenende erlassen und dass konkrete Unterstützungsmöglichkeiten den Arbeitsvermittlern zeitnah mitgeteilt werden?**

#### **DRV:**

Die Zuständigkeit ist mit dem Grundbescheid geklärt und bleibt grundsätzlich bestehen. Nach Abschluss einer Maßnahme ist daher kein weiterer Grundbescheid erforderlich. Falls sich im Vermittlungsprozess der BA die Vermittlung an einen konkreten Arbeitsplatz abzeichnet, besteht für den zuständigen Vermittler die Möglichkeit, sich direkt an die DRV zu wenden. Ein direkter Ansprechpartner ist auf dem Bescheid des Versicherten genannt. Die DRV entscheidet dann zeitnah unter Abwägung der konkreten Umstände (u. a. Leistungsvermögen des Versicherten, regionaler Arbeitsmarkt etc.) über die Höhe des Eingliederungszuschusses.

### **7. Welche Vermittlungsprozesse bei privaten Vermittlern sind erfolgversprechend, was kann man von ihnen lernen?**

#### **DRV:**

Die Inanspruchnahme privater Arbeitsvermittler ist eine Einzelfallentscheidung. Insgesamt liegt deshalb keine ausreichende Informationsbasis vor, um diese Frage zu beantworten.

#### **DGUV bzw. UV:**

In der Vergangenheit haben die einzelnen UV-Träger in unterschiedlicher Art mit privaten Arbeitsvermittlern zusammengearbeitet. Die Ergebnisse waren sehr unterschiedlich. Gute Ergebnisse wurden vor allem dort erreicht, wo qualifiziertes Personal sich in hohem Maße persönlich für die Rehabilitanden engagierte. Die positiven Aspekte sind teilweise in das Konzept von job.bg übernommen worden.

### **8. Welche Gründe gibt es für die nach Träger und Region unterschiedliche Beauftragung von IFDen? Wo werden diesbezüglich Verbesserungspotentiale gesehen?**

#### **DRV:**

Die Beauftragung von IFDen werde durch die DRV nach Lage des Einzelfalls entschieden. Dabei spielten u. a. Krankheitsbild, Lebensalter und berufliche Gesamtsituation eine Rolle. Die Integrationsfachdienste würden auch an den Vermittlungszahlen gemessen. Regionale Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit und Qualität sowie Angebote alternativer Dienstleister spielen ebenfalls eine Rolle.

## KAPITEL 6

---

Die DRV sieht zurzeit im Bereich IFD keinen grundsätzlichen Verbesserungsbedarf, Strukturelle Schwierigkeiten gibt es aus Sicht der DRV nicht; soweit Probleme in Einzelfällen bekannt werden, werden sie auf regionaler Ebene gelöst.

Im Übrigen wird auf einen zweimal jährlich tagenden Koordinierungsausschuss verwiesen, in dem neben der DRV auch die BA, die BIH und die Integrationsfachdienste vertreten sind. Dieser Ausschuss wurde zwischenzeitlich als good-practice-Beispiel für die trägerübergreifende Zusammenarbeit benannt (vgl. auch Anhang 6.17.2).

### **DGUV bzw. UV:**

Aus der Sicht der ges. UV gibt es keine generellen Probleme in der Zusammenarbeit mit den IFD. Aufgrund der bereits geschilderten umfassenden Verantwortung der UV-Träger für die Wiedereingliederung ihrer Versicherten kann es sein, dass die zahlenmäßige Inanspruchnahme geringer ist als von anderen Trägern.

## 6.13. Abbildung 13: Überblick über das Absolventenmanagement der BA

### Realisierung der Schnittstelle Vermittlung in der BA

Einzubeziehen sind Teilnehmer (TN) an Hauptmaßnahmen:

**Kontaktaufnahme mit TN spätestens 3 Mo\* vor Maßnahmeende, um Vermittlungsaktivitäten zu initiieren:**

- Bewerberprofil erstellen
- Profiling und Daten aktualisieren
- Weiterer Produkteinsatz/ weiteres Vorgehen reflektieren
- Einbindung der Integrationsbemühungen des Trägers
- Abgestimmte Übergabe der Betreuung von Berater an Vermittler

**Folgekontakt spätestens zu Beginn der Arbeitslosigkeit und Forcieren der Vermittlungsaktivitäten:**

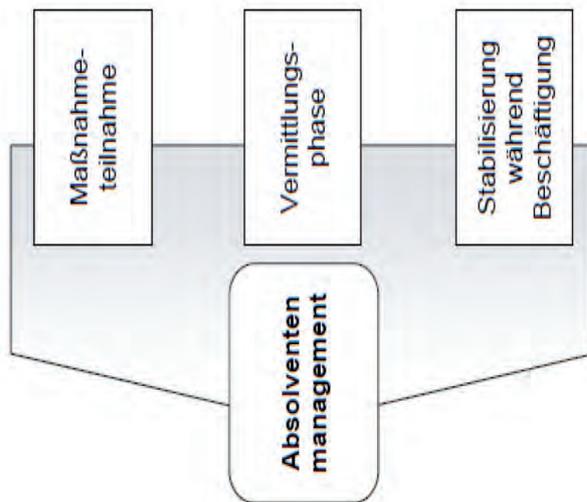
- Überprüfung Profiling, Bewerberprofil
- Durchführung Vermittlung inklusive Kundenkontakte
- Prüfung Produkteinsatz (z.B. Vermittlung durch Dritte)
- Einbindung Arbeitgeberservice

**Kontaktaufnahme zum AG durch AG-Vermittler spätestens 4 Wo nach Beschäftigungsbeginn:**

- Beratungsgespräch anbieten
- **Erster Kontakt Berater zum Bewerber spät. 3 Mo nach Beginn:**
- Weitere Betreuung anbieten

**Nach 6 Mo Abschluss Reha-Verfahren prüfen**

\* Bei Maßnahmen, die kürzer als 6 Monate sind, spätestens nach 4 Wochen!



## KAPITEL 6

### 6.14. Übersicht über erste Erfahrungen mit dem Instrument „job.bg“

(Folienvortrag von Kay Schuhmacher, VBG)

(Folie 1)



- **Grundsätzliches**  
job.bg Heidelberg ist derzeit mit einem Arbeitsvermittler und zwei Teilzeitschreibkräften besetzt.
- **Statistische Daten**

Bilanz der job.bg Heidelberg

Stand: 31.12.2007 (31.08.2008)

Übertrag aus dem Vorjahr	57 (59)
Neumeldungen 2007	76 (38)
zu vermittelnde Versicherte 2007	132 (97)
durch job.bg in Dauerarbeit vermittelt	20 (13)
Arbeitsaufnahme in Dauerarbeit nach Beratung	27 (10)
Einleitung von Probearbeitsverhältnissen durch job.bg	24 (16)
Vermittlung in die Selbstständigkeit durch job.bg	-
Gesamtzahl der eingegliederten Versicherten	71 (39)

(Folie 2)



- Die Eingliederungs-Quote betrug in 2007 53,7 %.
- Pro Monat konnten im Durchschnitt 5,9 Versicherte (71 : 12 = 5,9) beruflich eingegliedert werden. Nicht selten handelte es sich dabei um Langzeitarbeitslose, ältere sowie aus sonstigen Gründen schwer vermittelbare Versicherte.
- Das Vermittlungsalter lag zwischen 24 und 49 Jahren, im Durchschnitt betrug es 39,3 Jahre.
- Zwischen Meldung durch den Unfallversicherungsträger bei job.bg und Einstellungszusage vergingen durchschnittlich 415 Tage. Dabei bestand eine Arbeitslosigkeit von durchschnittlich 847 Tagen oder 2,35 Jahren.
- Die Fallkostenpauschale betrug 827,32 € p.a./Versicherten.
- Keine Wahl im Sinne einer Auswahl von Versicherten.
- Erfahrungsgemäß sind 20 v.H. der gemeldeten Fälle nicht vermittelbar (Krankheit, Rente ect.).

(Folie 3)

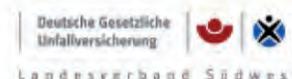
## Arbeitsprofil



- Individuelle persönliche Betreuung von Arbeitssuchenden
- Erstellung eines Bewerberprofils
- Zusammenstellung und Aufbereitung der Bewerbungsunterlagen
- Individuelle bundesweite Jobsuche
- Aufbau von Vermittlungsnetzwerken
- Unterstützung und ggf. persönliche Begleitung bei Vorstellungsgesprächen
- Vorbereitende Gespräche beim Arbeitgeber
- Motivation
- Engmaschige aktuelle Berichterstattung
- Bewertung der Vermittlungsaussicht

(Folie 4)

## Arbeitsprofil



- Was leisten wir nicht:
  - Übernahme der eigenen berufshelferischen Aufgaben
  - Abklärung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Einschaltung von „job.bg“ und die Nutzung von „Metasearch“.
  - Versicherungsrechtliche Entscheidungen.
  - Klärung von Zuständigkeitsfragen.
  - Abschließende Entscheidung über Teilhabeleistungen an den Arbeitssuchenden.
  - Abschließende Entscheidung über Teilhabeleistungen an Arbeitgeber.
  - Entscheidung über Aufnahme oder Beendigung der Tätigkeit von „job.bg“ im Einzelfall.

(Folie 5)



### Arbeitsprofil



- **Aber:**
  - In allen Fragen der Teilhabe am Arbeitsleben stehen wir als Ansprechpartner zur Verfügung und helfen gerne.

(Folie 6)



### Arbeitsprofil



- Dokumentation  
Der zuständige Berufshelfer - Rehamanager erhält von uns per E-Mail eine Information über die Anzahl der gefundenen passenden Stellen des Versicherten, sofern von uns ein Arbeitgeberkontakt hergestellt und der Kurzlebenslauf übersandt wurde.
- Einstellungsinteresse  
Besteht konkretes Einstellungsinteresse für den Versicherten, teilen wir dies den zuständigen Berufshelfern – Rehamanagern sowie dem Versicherten unverzüglich mit und leiten die Bewerbung ein.

(Folie 7)



## Arbeitsprofil



### • Förderung

#### Sollten zur Aufnahme des Arbeitsverhältnisses

- ❖ finanzielle Förderungen (Eingliederungshilfen, Probearbeitsverhältnisse)
- ❖ technische Hilfsmittel
- ❖ oder andere zur Einarbeitung erforderlichen Hilfsmittel

erforderlich sein, besprechen wir dies mit der zuständigen Berufsgenossenschaft.

***Die Entscheidung hierüber trifft ausschließlich die zuständige Berufsgenossenschaft !!***

(Folie 8)



## Arbeitsprofil



### ▪ Ziel

#### Geeignete Bewerber

- ❖ Umschüler
  - ❖ Bewerber mit noch einsetzbaren Qualifikationen/Erfahrungen
  - ❖ Bezieher von Minderverdienstaussgleich (§ 3 BKV)
  - ❖ Bezieher von Verletztengeld (§ 46 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB VII)
- möglichst schnell mit Arbeitgebern in Kontakt zu bringen.

(Folie 9)

## „Metasearch“



### Arbeitsort

- Hinsichtlich des gewünschten Arbeitsortes können für jeden Versicherten verschiedene Orte mit einer Umkreissuche zwischen 10 und 100 km eingegeben werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, alle oder einzelne Bundesländer zusätzlich einzugeben. So kann z. B. für einen Bewerber, der in Stuttgart wohnt, aber auch in Saarbrücken tätig werden möchte, an beiden Orten gleichzeitig gesucht werden.

### Stelle

- Sofern eine oder mehrere passende Stellen für den Versicherten gefunden werden, erhält der jeweilige Arbeitgeber einen anonymen Kurzlebenslauf und eine Bewerbung des Versicherten per E-Mail oder Post mit
  - Qualifikation(en)
  - Berufserfahrung
  - Positive Besonderheiten
  - Information über die Fahrerlaubnisklasse(n)
  - Geschlecht



## „Metasearch“

- Vorteile:
- Einsparung von Bewerbungskosten
- Bewerbungsunterstützung für Bewerber ohne eigenen Internetanschluss
- Regionale, individuelle und schnelle Arbeitsmarktanalyse mit passgenauer Stellenrecherche
- Zentraler Ansprechpartner für Arbeitgeber
- Schneller Kontakt zu Arbeitgebern mit Weckung von Einstellungsinteresse für unsere Versicherten

### 6.15. Analyse zum Datenschutz in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation

#### 6.15.1. Abfrage datenschutzrechtlicher Probleme unter den Mitgliedern

Eine Abfrage unter den Mitgliedern der BAR sowie in der Projektgruppe ergab folgendes Bild datenschutzrechtlicher Probleme:

##### **BA:**

Im Hinblick auf Datenschutzhürden steht im Wesentlichen die Frage im Raum, in welchem Umfang und in welcher Qualität ein Austausch von Gutachten zwischen medizinischen Fachdiensten der Rehabilitationsträger möglich ist. Hier gibt es immer wieder Irritationen. Die Standards sollten nochmals geprüft und evtl. über ein einheitliches Gutachtenschema transportiert werden - ggf. bietet sich dazu eine Fortschreibung der „Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 1 iVm. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX für die Durchführung von Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen (Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“) vom 22. März 2004“ an.

##### **DGUV:**

Der DGUV sind keine gravierenden oder sich häufenden Datenschutzprobleme bekannt. Dies wird insbesondere auf die besonderen Strukturen der DGUV („alles aus einer Hand“) zurückgeführt, angesichts derer nur wenige Schnittstellen zu anderen Trägern und Akteuren der Rehabilitation bestehen.

##### **DRV:**

Die Deutsche Rentenversicherung weist darauf hin, dass eine aus Sicht anderer Träger möglicherweise grundsätzlich sinnvolle Weitergabe von Daten des ggf. arbeitsunfähigen oder arbeitslosen Rehabilitanden an diese möglicherweise datenschutzrechtlichen Hürden begegnen könne. Auch die Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung Teilhabepan wird als in datenschutzrechtlicher Hinsicht problematisch beschrieben.

##### **LSV-SpV:**

Nach Angaben aus dem Bereich der LSV funktioniert die Kooperation mit den Rehaeinrichtungen der DRV nicht immer reibungslos. Im Zusammenhang wurde die Änderung des § 205 SGB VII erwähnt, der gemeinsame Datenverarbeitung aller Zweige der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ermöglicht.

##### **BIH / Integrationsamt:**

Nach Auskunft der BIH ist der Zugang zu Rehaentlassungsberichten immer wieder erschwert. Ggf. zu erteilende Schweigepflichtsentbindungserklärungen müssen sehr konkret sein, was ggf. zu mehrfachem Aufwand führen kann, wenn verschiedene Berichte/Daten abgefragt werden.

##### **Diverse Träger der Kriegsopferfürsorge:**

Aus diesen Bereichen wurden aufgrund ihrer besonderen Stellung keine Probleme benannt.

##### **GKV:**

Es bestehen Probleme bei der Weitergabe von Rehaentlassungsberichten durch die Re-

haeinrichtungen an die Träger der GKV. Dies bezieht sich auch auf die bislang übliche Übermittlung der ersten Seite von Rehaentlassungsberichten. Für den Bereich der GKV ist diese Weiterleitung zwischenzeitlich durch die Neufassung der Reharichtlinien des GBA nicht mehr länger ausdrücklich vorgeschrieben. Besonders problematisch ist dies für die GKV bei arbeitsunfähig entlassenen Rehabilitanden.

Zudem wird berichtet, dass nach entsprechender Intervention des Bundesdatenschutzbeauftragten eine erweiterte Erhebung von potentiell für die Beurteilung bzw. die Feststellung des Teilhabebedarfs erforderlichen Daten, z.B. Risikofaktor Rauchen, durch die GKV in einem Selbstauskunftsbogen bzw. im Versichertenantrag auf Rehabilitationsleistungen gegenwärtig nicht zulässig sei. Nur im begründeten Einzelfall sei dies erlaubt. Weiterhin werden auch hier datenschutzrechtliche Hindernisse bei der Anwendung der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ benannt.

### 6.15.2. Überblick über die Rechtslage

Die von den Trägern gemeldeten datenschutzrechtlichen Probleme in der Rehabilitation sind im Ergebnis eine Folge aus der bestehenden Rechtslage.

Schon das allgemeine Datenschutzrecht enthält nach § 4 Abs. 1 BDSG ein Verbot der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von persönlichen Daten ohne gesetzliche Grundlage oder Einwilligung des Betroffenen. Mit Blick auf eine die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erlaubende Rechtsvorschrift ist dabei zu beachten, dass diese nur insoweit zulässig ist, als der Umgang mit Daten in der ermächtigenden Norm bzw. der Einwilligung konkret beschrieben ist. Auslegungen dahingehend, dass eine in einer Norm oder Einwilligung einer Stelle zugewiesene Aufgabe grundsätzlich zur Erhebung aller eventuell für diese Aufgabe hilfreichen Informationen berechtige, sind mit dem Gebot der Datensparsamkeit (§§ 3a BDSG, 78b SGB X) nicht zu vereinbaren. Der spezielle Sozialdatenschutz der §§ 67-85a SGB X schränkt die Erhebungs-, Verarbeitungs-, und Nutzungsbefugnisse der Rehabilitationsträger weiter ein. Demnach sind nur solche Erhebungen, Verarbeitungen und Nutzungen zulässig, die im SGB erlaubt oder durch eine Einwilligung gedeckt sind. Auch hier gilt das Verbot des Schlusses von der Aufgabe auf die entsprechende Befugnis zum Umgang mit Daten.

Die Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger (vgl. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)) haben keinen Einfluss auf die datenschutzrechtliche Lage. Da sie als Vereinbarung der Rehabilitationsträger keine Rechtsnormen und somit auch keine Erlaubnisvorschriften im Sinne des Datenschutzrechts darstellen, kann auf diesem Wege keine Verkürzung von rechtlich geschützten Positionen des Rehabilitanden erfolgen. So hat es das BSG ausdrücklich für die auf BAR-Ebene geschlossene Rahmenvereinbarung „Rehabilitationssport und Funktionstraining“ entschieden und dabei auch auf die Gemeinsamen Empfehlungen Bezug genommen (vgl. Urteil vom 17. Juni 2008, Az.: B 1 KR 31/07 R). Also kann der gesetzlich festgelegte Datenschutzrahmen auf diesem Weg nicht geändert werden, auch wenn die Gemeinsamen Empfehlungen in ihren jeweiligen Regelungsbereichen Absprachen zum Austausch von Daten enthalten.

### 6.15.3. Bewertung

Vor dem skizzierten rechtlichen Hintergrund überraschen die von den Rehabilitationsträgern mitgeteilten datenschutzrechtlichen Hürden bei der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation nicht. Denn die bestehenden Regelungen des (Sozial)Datenschutzes sind nicht auf die Besonderheiten der engen Zusammenarbeit aller Akteure der Rehabilitation, insbesondere der Rehabilitationsträger, zugeschnitten. Die insoweit insbesondere einschlägigen Regelungen der §§ 67 – 85a SGB X waren bereits in Kraft, als das SGB IX erlassen wurde. Die enge Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger erfordert zur Erreichung des Ziels einer möglichst schnellen und umfassenden Rehabilitation den zweckentsprechenden Umgang mit den notwendigen teilweise höchstpersönlichen Informationen. Nach gegenwärtiger Rechtslage können die sich so in der

täglichen Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger und anderer Akteure der Rehabilitation ergebenden Informationsbedarfe durch einseitiges Handeln der Träger oder der anderen Akteure nicht zulässigerweise bedient werden. Die rein rechtlich bestehende Möglichkeit, die entsprechenden Informationen durch verstärkte Nutzung der Einwilligung des Rehabilitanden zu erreichen, findet in der Praxis ihre Grenzen. Entsprechend schwierig gestaltet sich die Umsetzung der Gemeinsamen Empfehlungen, beispielsweise der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“.

Dies steht im Widerspruch zu im Rahmen trägerübergreifenden Erfahrungsaustauschs gewonnenen Erkenntnissen der Projektgruppe „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“, dass eine verbreiterte Informationsbasis auch die frühzeitige Bedarfserkennung und somit eine insgesamt verkürzte und inhaltlich besser verzahnte Rehabilitation ermöglichen kann.

Nach Erfahrungen aus der Praxis erteilen Rehabilitanden angesichts eines bisweilen hochkomplexen Systems der Rehabilitation ihre Einwilligung häufig nicht, da sie Datenmissbrauch fürchten. Die jüngsten Datenschutzskandale berücksichtigend, ist diese Vorsicht anzuerkennen und kann auch durch Aufklärung nur eingeschränkt überwunden werden. Soweit in dieser Gesamtsituation in der Praxis Lösungen gefunden werden, handelt es sich um sehr spezifische, in der Regel nicht übertragbare Einzelfallgestaltungen.

### **6.16. Austausch über erfolgreiche Maßnahmen der einzelnen Rehabilitationsträger zur Verbesserung von Laufzeiten im jeweiligen Rehabilitationsprozess**

Die Rehabilitationsträger haben folgende für ihren jeweiligen Bereich erfolgreiche Maßnahmen zur Laufzeitenverbesserung mitgeteilt:

#### **6.16.1. Maßnahmen zur Verbesserung/good-practice von Laufzeiten im Bereich der BA**

##### **6.16.1.1 Qualitätssicherungskonzept**

Aus dem Bereich der BA wurden Maßnahmen zur Laufzeitenverbesserung als Bestandteil des Qualitätssicherungskonzeptes berichtet. Als Auszug aus diesem lassen sich insbesondere folgende die interne Qualitätssicherung betreffende Teilbereiche des Qualitätssicherungskonzepts als Maßnahmen zur Laufzeitenverbesserung beschreiben:

„...“

1. Handlungsprogramme Reha / SB
2. Agenturkonzepte
3. Geschäftsprozessmodell
4. Service Level Agreements
5. Standards der fachlichen Führung
6. Operative Steuerung und Controlling

...“

##### **6.16.1.2 Handlungsprogramme Reha / SB**

Mit der Einführung der Handlungsprogramme Reha / SB (HP Reha / SB) wurden die Dienstleistungsangebote und internen Abläufe der BA systematisiert und gestrafft. Durch einheitliche Standards ist der Beratungs- und Vermittlungsprozess für alle Beteiligten transparenter, verbindlicher und nachvollziehbarer. Sie bilden auch die Basis der Standards für fachliche Führung und zentrale Qualitätskontrollen.

Fünf Kernelemente werden durch die HP Reha/ SB aufgegriffen:

- Kundensteuerung
- Zugangssteuerung
- Berufsorientierung und Berufliche Beratung
- Arbeitnehmerorientierung
- Arbeitgeberorientierung

### 6.16.1.3 Agenturkonzepte

Durch agenturinterne Konzepte (Ressourcenkonzept zur Berufsorientierung und Beruflichen Beratung, Schnittstellenkonzept, Kundenkontaktkonzept, Absolventen-Management, Arbeitgeberstrategiepapier) werden Mindeststandards im Hinblick auf Struktur und regionale Aspekte aufgegriffen, vorhandene Ressourcen werden für eine optimale Aufgabenerledigung geplant.

### 6.16.1.4 Geschäftsprozessmodell

Wesentliche Verfahrensschritte sind in einem Geschäftsprozess modelliert und für alle Mitarbeiter nachvollziehbar dokumentiert und für jeden Mitarbeiter im Intranet abrufbar.

### 6.16.1.5 Service Level Agreements

Service Level Agreements regeln beispielsweise die Zusammenarbeit mit den Fachdiensten.

### 6.16.1.6 Standards der fachlichen Führung

Regelmäßige Leistungszirkel und Teambesprechungen sorgen für den Informationsaustausch sowie die Reflexion der Aufgabenerledigung, u.a. auch anhand von Kennzahlen, zwischen Mitarbeitern und Führungskräften für eine gemeinsame Zielausrichtung.

Führungskräfte werden bei der fachlichen Führung durch Checklisten mit Hinweisen für systematische Prozessanalysen dokumentierter Bearbeitungsvorgänge unterstützt.

Zur Qualitätssicherung hospitieren Führungskräfte in regelmäßigen Abständen bei allen Beratungs- und Vermittlungskräften in Beratungsgesprächen und geben ein individuelles Feedback.

Für die Überwachung gesetzlicher Verfahrenszeiten nach §14 SGB IX stehen elektronische Auswertungslisten, sogenannte DORA-Listen (Datenbasis operative Auswertungen), zur Verfügung.

### 6.16.1.7 Operative Steuerung und Controlling

Die operative Steuerung wird durch ein systematisches Controlling unterstützt.

Für das strategische Geschäftsfeld VI (Berufliche Rehabilitation) stehen für das geschäftspolitische Ziel „Teilhabe am Arbeitsleben“ neben Indikatoren der Zielerreichung („rehaspezifischer Integrationsgrad“ und „bisherige Dauer der faktischen Arbeitslosigkeit“) diverse Steuerungs- und Analysekennzahlen zur Verfügung.

Darüber hinaus fließen Ergebnisse systematisierter sogenannter qualitativer Stichproben (vergleichbar aufgebaut wie Prozessanalysen, die durch standardisierte Prüfgruppen ausgewertet werden) in den Qualitätsindex jeder AA (Agentur für Arbeit) ein.

Diese Informationen stehen im Intranet im Führungsinformationssystem (FIS-Cockpit) Führungskräften wie auch den Mitarbeitern zur Verfügung.

Im Rahmen der Führungsunterstützung der RD (Regionaldirektion) erfolgt darüber hinaus ein Benchmarking zwischen AA, die vergleichbare Strukturen aufweisen.

### **6.16.1.8 Weitere Maßnahmen der Laufzeitenverbesserung:**

Darüber hinaus wurde aus dem Bereich der BA über das individuelle Instrument des Nachhaltige-gesprächs mit dem für den jeweiligen Prozessabschnitt Verantwortlichen berichtet, das ebenfalls der Laufzeitenverbesserung dient.

Als erfolgreiches Instrument der Verbesserung von Laufzeiten wurde zudem berichtet, dass teilweise die Vergütung ärztlicher Sachverständiger in Abhängigkeit von der für die Erstellung eines Gutachtens benötigten Zeit gestaltet wird.

### **6.16.2. Maßnahmen zur Verbesserung/good-practice von Laufzeiten im Bereich der UV**

#### **6.16.2.1 Maßnahmen der DGUV**

##### **6.16.2.1.1 Reha-Management**

Das Reha-Management der Unfallversicherung dient der Beschleunigung und Optimierung der gesamten Rehabilitation. Der Reha-Manager entscheidet kontinuierlich „aus einer Hand“ über alle Leistungen aus den drei Gebieten der Teilhabe sowie Pflege- und finanziellen Entschädigungsleistungen und „managed“ den gesamten Integrationsprozess. Er führt mit dem Versicherten, den Ärzten und ggf. dem Arbeitgeber persönliche Gespräche, schließt mit ihnen Zielvereinbarungen, legt den Maßnahmenkatalog und den Zeitplan (Reha-Plan) fest. Er setzt diesen aktiv um, schreibt ihn kontinuierlich fort und begleitet und überwacht ihn. Die Methodik des Reha-Managements ist zentraler Lerninhalt innerhalb des Bachelor-Studiengangs der DGUV (siehe Schaubild zum Bachelor-Studiengang der DGUV „Know how für das Case Management“ nach Petri et.al.).

##### **6.16.2.1.2 Persönliche Betreuung**

Der Berufshelfer/Reha-Manager steht im gesamten Rehabilitationsprozess im persönlichen Kontakt mit dem Versicherten. Er gewinnt dadurch aus erster Hand einen Eindruck über die Motivation und die Compliance des Versicherten, sorgt für Verfahrenstransparenz im Umgang mit dem Versicherten und bindet diesen dadurch aktiv in den Rehabilitationsprozess mit ein. Hierdurch wird ein Dialog zwischen dem Versicherten und dem Berufshelfer/Reha-Manager in Gang gesetzt, der helfen kann, zeitnah auf Störungen in den Reha-Prozessen zu reagieren.

##### **6.16.2.1.3 Einsatz von Expertensystemen**

Expertensysteme wie die Weller-Tabelle (EDV-basiert), VBG-Reha-Standards o.ä. zeigen auf, in welcher Zeit und mittels welcher Maßnahmen eine Rehabilitation typischerweise verläuft.

##### **6.16.2.1.4 BG-liches Heilverfahren**

Im Bereich der DGUV behandeln von Anfang an besonders qualifizierte Ärzte und sonstige Leistungserbringer (z.B. Durchgangsarzt-Verfahren, Verletzungsartenverfahren).

##### **6.16.2.1.5 Klinische Behandlungspfade**

Klinische Behandlungspfade zeigen den Leistungserbringern und den UV-Trägern Standards für die Steuerung der Rehabilitationsverfahren auf.

##### **6.16.2.1.6 Beratungsärzte**

Zur optimalen und schnittstellenarmen Reha-Planung können sich die Berufshelfer/Reha-Manager

bei sogenannten Beratungsärzten, welche turnusmäßig in die Verwaltungen der UV kommen, medizinische Beratung einholen.

### **6.16.2.1.7 Profiling des Versicherten**

Die UV-Träger führen frühzeitig mit modularer Unterstützung externer Dienstleister sogenannte „Profiling“ mit Versicherten durch, um gemeinsam und einvernehmlich herauszuarbeiten, welche Maßnahmen erfolgversprechend sein könnten, aber auch, ob der Versicherte ausreichend zur erfolgreichen Mitwirkung an den Maßnahmen motiviert ist. Auf der Grundlage der gemeinsam mit dem Versicherten erarbeiteten Ergebnisse wird der Teilhabeplan fortgeschrieben und umgesetzt, etwaige Defizite bei der Motivation werden offen thematisiert. Die hohe Akzeptanz dieser einvernehmlich herbeigeführten Entscheidung beim Versicherten minimiert Verzögerungen bei den nachfolgenden Maßnahmen.

### **6.16.2.1.8 Zielvereinbarungen**

Sowohl interne (als Führungsinstrument beim UV-Träger) als auch externe (z.B. mit Versicherten) Zielvereinbarungen führen eindeutig zu besseren Rehabilitationsergebnissen.

### **6.16.2.1.9 Netzwerkbildung**

Die UV-Träger haben Netzwerke mit besonders qualifizierten Leistungserbringern, um bestimmte Reha-Leistungen in konzentrierter Form erbringen zu lassen. Hierdurch kann der hohe Aufwand für die erforderlichen Absprachen im Einzelfall minimiert werden. Prozessstandards können gemeinsam definiert und etwaige systematische Verfahrensmängel schnell identifiziert und abgestellt werden. Regelmäßiger persönlicher Kontakt zwischen dem Berufshelfer/Reha-Manager und dem Ansprechpartner des Leistungserbringers ermöglichen es, die Ergebnisse der durchgeführten Reha-Verfahren zu bilanzieren, z.B. in jährlichen Reviews und aus diesen Erkenntnissen für zukünftige Fälle zu lernen, z.B. für eine Prozessbeschleunigung.

### **6.16.2.1.10 job.bg**

Die Vermittlung über job.bg wird zusätzlich zu den eigenen Vermittlungsaktivitäten der einzelnen UV-Träger genutzt.

### **6.16.2.1.11 Benchmarking der UV-Träger**

Auf der Ebene der DGUV führen die UV-Träger Benchmarking durch. Hier werden Verfahren und Laufzeiten der Rehabilitation identifiziert und untereinander verglichen.

### **6.16.2.1.12 Datawarehouse**

Durch den Einsatz von Datawarehouse-Anwendungen können und werden sowohl Statistiken als auch Einzelfallbetrachtungen hinsichtlich Menge, Laufzeiten, Leistungen etc. erhoben und analysiert.

### **6.16.2.1.13 Qualitätssicherung**

Die UV-Träger haben Qualitätssicherungsverfahren mit der Zielsetzung einer definierten Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität installiert.

### 6.16.2.1.14 Debriefing

Die im Rahmen des Reha-Managements gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse werden bei einigen UV-Trägern im Rahmen eines standardisierten Debriefingverfahrens systematisch ausgewertet, um für zukünftige Fälle genutzt werden zu können.

### 6.16.2.2 Maßnahmen aus dem Bereich der LSV

Aus dem Bereich des LSV-SpV wurde über ein im Aufbau befindliches Benchmarkverfahren berichtet:

„Innerhalb der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) ist ein Benchmark-Verfahren vor geraumer Zeit initiiert worden, das alle Bereiche der LSV, so auch die berufsgenossenschaftlichen Prozesse, einbezieht. Das Verfahren beruht auf einem sehr komplexen Grundsystem, das sich z.Zt. zwar noch in der Feinabstimmung befindet, künftig jedoch valide Daten und Ergebnisse liefern wird. Ziel des internen Benchmarks ist es, die (Umsetzung der) Geschäftsprozesse an dem besten Ergebnis auszurichten und entsprechend anzupassen. Die Verbesserung von Prozesslaufzeiten ist dabei ebenso ein Aspekt, wie die Optimierung der Produkt-/Ergebnisqualität.“

### 6.16.2.3 Maßnahmen zur Verbesserung/good-practice von Laufzeiten im Bereich IFD

#### 6.16.2.3.1 KASSYS

Von den IFDn wurde berichtet, dass bereits die Einführung des umfangreichen Qualitätssicherungssystems KASSYS durch die einheitliche Steuerung und bessere Transparenz und Vorgabe von einzelnen Prozessen für die Mitarbeiter zu einer Verbesserung von Laufzeiten geführt habe. Das – umfangreiche – KASSYS-System wurde in der Unterarbeitsgruppe „Schnittstellen und Beschleunigung“, Einzelheiten zum Vermittlungsprozess in der Unterarbeitsgruppe „Vermittlungsprozess“ vorgestellt. Für weitere Einzelheiten wird verwiesen auf [www.kassys.org](http://www.kassys.org).

Von Seiten der BIH wurden die Bereiche „qualifizierte Beratung“ und „niedrigschwelliger Zugang“ zur Betreuung hervorgehoben und wie folgt beschrieben:

#### 6.16.2.3.2 Qualifizierte Beratung

Integrationsfachdienste werden im Einzelfall tätig, wenn sie von einem Leistungsträger mit der Beratung und/oder Betreuung eines behinderten oder schwerbehinderten Menschen beauftragt werden oder wenn sie von einem behinderten oder schwerbehinderten Menschen direkt aufgesucht werden. In dieser ersten Phase unter der Bezeichnung „Qualifizierte Beratung“ werden die Zuständigkeit des IFD, das Anliegen des Klienten, die Ziele, die zu veranlassenden Maßnahmen, die zu beteiligenden Dritten sowie der Kostenträger für eine längere oder intensivere Betreuung geklärt. In vielen Fällen reicht die Qualifizierte Beratung auch aus, um die anlassgebenden Probleme zu lösen oder ausreichend zu lindern.

Die Nutzung dieses Instrumentes war bisher in den Ländern z.B. hinsichtlich der möglichen Dauer dieser Phase sehr unterschiedlich. Daher und um eine Effektivierung zu bewirken, hat die BIH im Frühjahr 2009 beschlossen (und in den Diensten umgesetzt), die Phase der „Qualifizierten Beratung“ auf die zu Beginn des Prozesses erforderlichen Klärungen und auf eine Höchstdauer von 2 Monaten zu beschränken. Spätestens dann muss der IFD die Beratung abschließen (was allein schon zur Beschleunigung und Verkürzung führen kann) oder beim zuständigen Leistungsträger eine Beauftragung für eine intensivere oder längerfristige Betreuung beantragen.

### 6.16.2.3.3 Niederschwelliger Zugang zur Betreuung durch den IFD:

Neben der Beratung ist auch die Betreuung niedrigschwellig zugänglich: Der Klient sucht den IFD auf, ohne vorher mit dem Integrationsamt per Antrag den Zugang abklären zu müssen. Der entsprechende Antrag wird anschließend unbürokratisch per Monatsexport der KLIFD-Daten an das Integrationsamt durch die sog. Mitteilung zur Betreuungsaufnahme (MBA) gestellt. Das Integrationsamt beantwortet diesen Antrag durch Bestätigung, durch Nicht-Intervention innerhalb eines festgelegten Zeitraums oder durch Absage. Das Verfahren verkürzt den Zugang und damit die Laufzeiten erheblich.

### 6.17. Übersicht über Beispiele guter Praxis in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit in der Rehabilitation

#### 6.17.1. AHB-Verfahren

Sowohl von Seiten der DRV als auch von Seiten der GKV mehrfach betont wurde die Zusammenarbeit im Rahmen des seit Jahren etablierten AHB-(Anschlussheilbehandlung)-Verfahrens<sup>37</sup>. Dieses Verfahren dient der zeitnahen Aufnahme eines in seiner Erwerbsfähigkeit zumindest gefährdeten Versicherten in eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung nach einer durch die GKV durchgeführten Krankenhausbehandlung für definierte Indikationen<sup>38</sup>. Nach übereinstimmenden Angaben der beteiligten Rehabilitationsträger sei eine zeitnahe Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt flächendeckend sichergestellt. Intern seien in den jeweiligen Trägerbereichen entsprechende Prozesse zur Gewährleistung einer zügigen Zusammenarbeit hinterlegt.

#### 6.17.2. Direktverlegungsverfahren mit der DRV Bund im Bereich der Langzeitentwöhnungen für Abhängigkeitskranke

Aus dem Bereich der GKV und der DRV Bund wurde positiv über die Praxis des mit der DRV Bund vereinbarten Direktverlegungsverfahrens im Bereich der Langzeitentwöhnungen für Abhängigkeitserkrankte berichtet. Gegenstand dieses Verfahrens ist es - analog zum AHB Verfahren - den nahtlosen Übergang zwischen Akutbehandlung der GKV und Entwöhnungseinrichtungen der DRV sicherzustellen. Es wird die Möglichkeit eröffnet, die Aufnahme in eine Entwöhnungseinrichtung direkt aus der Entgiftungsbehandlung heraus zu beantragen, ohne die Vermittlung einer Suchtberatungsstelle oder den ansonsten für die Aufnahme in eine solche Einrichtung erforderlichen Sozialbericht, dessen Einholung mitunter einen nicht unerheblichen Zeitraum beansprucht.

#### 6.17.3. Zusammenarbeit auf Landesebene in den spezifischen Bereichen Onkologie und Abhängigkeitserkrankungen

In den Bundesländern bestehen für die Bereiche der Krebsnachsorge und diesbezüglichen Rehabilitation sowie teilweise im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger, die zu einer zielgenauen und beschleunigten Leistungserbringung beitragen (z.B. in Hessen die Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker im Lande Hessen – AGSU -).

39 Vgl. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn\\_88968/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_\\_sozialmedizin\\_\\_forschung/01\\_\\_sozialmedizin/glossar\\_\\_sozmed/A/anschlussrehabilitation.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_88968/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/01__sozialmedizin/glossar__sozmed/A/anschlussrehabilitation.html).

40 Vgl. auch die Indikationsliste der DRV unter [http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn\\_86048/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01\\_\\_sozialmedizin\\_\\_forschung/01\\_\\_sozialmedizin/aerzteinfos\\_\\_reha/Anschlussrehabilitation\\_\\_AHB.html](http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_86048/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/01__sozialmedizin/aerzteinfos__reha/Anschlussrehabilitation__AHB.html).

### **6.17.4. Vereinbarung zur „familienorientierten Rehabilitation“**

Aus dem Bereich der GKV wurden als gutes Beispiel der trägerübergreifenden Zusammenarbeit zudem die Klärungen im Bereich der familienorientierten Rehabilitation benannt. Die Verhandlungen über eine entsprechende Vereinbarung zwischen der DRV und der GKV seien konstruktiv.

### **6.17.5. Koordinierungsausschüsse nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“**

Nach Angaben der Integrationsfachdienste funktioniert die Zusammenarbeit in den nach § 6 der Gemeinsamen Empfehlung „Integrationsfachdienste“ auf Landes- und auf der regionalen Ebene eingerichteten Koordinierungsausschüssen gut. Ein besonders wichtiger Aspekt dabei sei es, dass sich die vor Ort maßgeblichen Akteure durch die regelmäßigen Treffen besser kennen lernten, was zu einer Verkürzung der ohne persönliche Bekanntschaft mitunter länger dauernden erforderlichen Abstimmungsprozesse führe.

### **6.17.6. Beratertage Reha**

In 3 Bundesländern (Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) finden nach Angaben der BA (wieder) gemeinsame Beratertage Reha statt, die die Zusammenarbeit fördern sollen und offensichtlich bei allen Beteiligten auf sehr positive Resonanz gestoßen sind.

### **6.17.7. Berufswegekonzferenzen**

Im Bereich des Übergangs zwischen Schule und Beruf finden nach Auskunft der BA in Baden-Württemberg landesweit Berufswegekonzferenzen unter Beteiligung der Schulen, Jugendämter, Integrationsämter und der BA statt. Hier werden für Schüler an Förderschulen konkrete Einzelfallbesprechungen und Berufswegplanungen durchgeführt.

## PROJEKTGRUPPE

### *Mitglieder der BAR-Projektgruppe:*

Dr. Peter Beule, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Münster  
Edelinde Eusterholz, Verband der Ersatzkassen (vdek) e.V., Berlin  
Barbara Gellrich, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Dr. Hans-Günter Haaf, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Doris Habekost, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin  
Barbara Hüllen, BKK Bundesverband, Essen  
Michael Kucklack, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel  
Dr. Ute Polak, AOK-Bundesverband, Berlin  
Thekla Schlör, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg  
Reinhild Waldeyer-Jeebe, AOK-Bundesverband, Berlin

### *Mitwirkende:*

Oliver Assmus, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Sabine Erbstöber, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Dominik Heydweiller, Verwaltungsberufsgenossenschaft (VBG), Berlin  
Prof. Günter Rothe, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Sankt Augustin  
Kay Schumacher, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) Landesverband Südwest, Mainz  
Klaus-Dieter Springer, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Dr. Marco Streibelt, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin  
Yvonne Streit, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg  
Markus Weise, Deutsche Rentenversicherung Bund, Hessen  
Norbert Wosnitzka, Landschaftsverband Rheinland (LVR), Köln

### *Verantwortliche Projektkoordinatoren/Berichtsautoren:*

Irggard Backes, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main  
Erich Lenk, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main  
Marcus Schian, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V., Frankfurt am Main

### Weiterführende Literatur (Auswahl):

Aidelsburger, Pamela/ Wasem, Jürgen (2004): Abwägung von Effizienz und Gerechtigkeit in der Ressourcenallokation von Rehabilitationsleistungen. In: Das Gesundheitswesen Jg. 66, Heft 8/9

Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke (ARGE BFW) (2000): Gute Chancen durch Rehabilitation. In: Die Rehabilitation Jg. 39, Heft 6, S. 377-379

Arling, V./ Lüdtkke, J./ Spijkers, W. (2007): Faktoren zur Wiedereingliederung von Rehabilitanden in den allgemeinen Arbeitsmarkt. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Gesund älter werden - mit Prävention und Rehabilitation vom 26. bis 28. März in Berlin. Tagungsband, S. 302-304

Beiderwieden, Kay (2001): Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: MittAB Jg. 34, Heft 2, S. 182-206

Beiderwieden, Kay (2003): Verringert berufsbezogene Rehabilitation die Wiedereingliederungswahrscheinlichkeit? In: Die Rehabilitation Jg. 42, S. 180-191

Beiderwieden, Kay (2005): Trotz schwieriger Rahmenbedingungen: 62 % der Absolventinnen und Absolventen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke bundesweit wiedereingegliedert - Ergebnisse der Zwei-Jahres-Nachbefragung 2003. In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR; Hrsg.): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitationsforschung in Deutschland - Stand und Perspektiven -, vom 28. Februar bis 2. März in Hannover. Tagungsband, S. 236-240

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: Rehabilitation und Arbeitswelt – Herausforderungen und Strategien - vom 13. bis 15. März in Bayreuth. Tagungsband, S. 90-92

Bestmann, A./ Grünbeck, P. (2007): Erfolge beruflicher Bildungsmaßnahmen im Einrichtungvergleich - Teilnehmerperspektive und Routinedaten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Gesund älter werden - mit Prävention und Rehabilitation vom 26. bis 28. März in Berlin. Tagungsband, S. 297-299

Beule, Peter/ Deusch, Berthold/ Schartmann, Dieter (2008): Drei Jahre Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste - 2005 bis 2007. Zwischenbilanz und Ausblick. Karlsruhe: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Bihr, D. / Fuchs, H. / Krauskopf, D. / Ritz, H. G. (Hrsg.) (2006): SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch. St. Augustin, Asgard Verlag

Blaschke, Dieter/ Plath, Hans-Eberhard (2000): Möglichkeiten und Grenzen des Erkenntnisgewinns durch Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik. In: MittAB Jg. 33, Heft 3, S. 462-482

Blumberger, W./Ettl, H./ Arnoldner, B. (1995): Volkswirtschaftliche Effizienz von Beruflichen Rehabilitationsleistungen des BBRZ Linz. Eine Kosten-Nutzen-Analyse. IBE-Projektberichte. Linz

## LITERATURVERZEICHNIS

Blumberger, Walter (2004): Wirkungen, Kosten und Nutzen der beruflichen Rehabilitation. In: Berufliche Rehabilitation Jg. 18, Heft 5, S. 205-223

Blumberger, Walter/ Kalmár, Monika et al. (2004): Rehabilitation im BBRZ: Eine Wirkungsanalyse. Endbericht. Wien: Synthesis-Forschung; [http://bbrz.at/cps/rde/xchg/bbrz/hs\\_DEU\\_HTML.xsl/1180\\_DEU\\_HTML.htm](http://bbrz.at/cps/rde/xchg/bbrz/hs_DEU_HTML.xsl/1180_DEU_HTML.htm) (Zugriff am 1.10.2009)

Blumenthal, W. / Schliehe, F. (Hrsg.) (2009): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V. Heidelberg, Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.

Brader, Doris/ Faßmann, Hendrik/ Lewerenz, Julia/ Steger, Renate/ Wübbecke, Christina (2004): Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) - Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Forschungsbericht. Nürnberg; [www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m1\\_2005.pdf](http://www.ifes.uni-erlangen.de/pub/pdf/m1_2005.pdf) (Zugriff am 10.11.2008)

Bührlen, B./Gerdes, N./Jäckel, W.-H. (2005): Entwicklung und psychometrische Testung eines Patientenfragebogens für die medizinische Rehabilitation (IRES-3). In: Die Rehabilitation Jg. 44, S. 63-74

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH, Hrsg.) (2008): Drei Jahre Strukturverantwortung für die Integrationsfachdienste - 2005 bis 2007. Zwischenbilanz und Ausblick. Karlsruhe: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH)

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.) (2009): Optimierung von Wirkung und Wirtschaftlichkeit bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Tagungsband des trägerübergreifenden Expertenworkshops am 10./11.02.2009 in Erkner. Frankfurt, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

Buschmann-Steinhage, R. / Zollmann, P. (2008), Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. In: Suchttherapie Jg. 9, S. 63-69

Dau, D. H. / Düwell, F.-J. / Haines, H. (Hrsg.) (2008): Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar, 2. Auflage. Baden-Baden, Nomos

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

Doose, Stefan (2004): Qualität auf lange Sicht - Zur Nachhaltigkeit der von Integrationsfachdiensten vermittelten Arbeitsverhältnisse. In: impulse Nr. 29, S. 3-7

DRV Bund / Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2009) „Forschung in der Rehabilitation“, download unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Sozialmedizin und Forschung > Reha-Wissenschaften > Förderschwerpunkte (Zugriff am 13.11.2009).

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

## LITERATURVERZEICHNIS

Erbstößer, Sabine/ Klosterhuis, Here/ Lindow, Berthold (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. In: RVaktuell Nr.10, S. 362-366

Ernst, K.F. / Adlhoch, U. / Seel, H. (Hrsg.) (2008) Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Kommentar. Loseblatt. Stuttgart, Kohlhammer

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

Eser, Karl-Heinz/ Rößle, Stefan/ Gilg, Iris et. al. (2007): Zur prognostischen Validität der Eignungsanalyse in der rehaspezifischen Berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme - BvB - des Berufsbildungswerkes Dürrlauingen. In: Berufliche Rehabilitation Jg. 21, Heft 4, S. 238-259

Faßmann, H./ Schmidt, Th./ Staab, E. (2006): „Integrative Berufliche Rehabilitation für Personen mit Aphasie (IBRA)“ Stand und Ergebnisse eines Modellprojekts. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien - vom 13. bis 15. März in Bayreuth. Tagungsband, S. 94-96

Faßmann, Hendrik/ Lenk, E./ Maier-Lenz, R. -J./ Steger, R. (2005): Chancen und Erfolge der Ausbildung von behinderten Jugendlichen in Betrieb und Berufsschule: Ergebnisse des BAR-Modellprojekts „REGIONALE NETZWERKE zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE)“. In: Die Rehabilitation Jg. 44, Heft 2, S. 107-112

Froese, E. (Hrsg.) (2009): Reha-Management. Das Konzept der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft. Stuttgart, Gentner-Verlag.

Fuchs, H. (2009): Vernetzung und Integration im Gesundheitswesen am Beispiel der medizinischen Rehabilitation. St. Augustin, Asgard Verlag

Gerdes et. al (2009): Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001–2008. In: Die Rehabilitation Jg. 48, 2009, S. 190-201

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: Rehabilitation und Arbeitswelt - Herausforderungen und Strategien - vom 13. bis 15.März in Bayreuth. Tagungsband, S. 88-90

Haaf, H.G. (2005): Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation. Die Rehabilitation Jg. 44, S. 259-276

Hansmeier, Thomas/ Müller-Fahrnow, Werner/ Radoschewski, Michael/ Vogt, K./ Lang, P. (2002): Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Bericht - Projekt A2. Berlin, Humboldt Universität, Institut für Rehabilitationswissenschaften

## LITERATURVERZEICHNIS

Hauck, K. / Noftz, W. / Masuch, P. (Hrsg.) (2009): Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – Kommentar. Loseblatt. Berlin, Erich Schmidt Verlag

Jansen, I./ Kleon, S./ Spijkers, W. (2008): Qualitätskontrolle des Rehabilitations- und Praktikumsverlaufs durch den Einsatz von standardisierten Instrumenten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung. 3.-5. März in Bremen. Tagungsband, S. 257-259

Kayser, E. et. al. (2002). Schnittstellenproblematik am Beispiel der integrierten Beruflichen Belastungserprobung (BE). Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Jg. 58, S. 101-106.

Kaßelmann, Olaf/ Rüttgers, Nina (2005): Abschlussbericht Projekt Integration - acht Jahre danach. Verbleib- und Verlaufsstudie der von Integrationsfachdiensten in Westfalen-Lippe von 1994 bis 1997 auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelten schwerbehinderten Menschen mit Lernschwierigkeiten. Münster, Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Integrationsamt

Kittel, Jörg/ Karoff, Martin (2008): Lässt sich die Teilhabe am Arbeitsleben durch eine berufsorientierte kardiologische Rehabilitation verbessern? Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie. In: Die Rehabilitation Jg. 47, Heft 1, S. 14-22

Klosterhuis, H. et al. (2002): Erfolgreiche Rehabilitation braucht Nachsorge und Selbsthilfe – ihr Stellenwert in der Rehabilitation der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. In: DAG SHG (Hrsg.), Selbsthilfegruppenjahrbuch 2002, S. 90-100

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, S. 15-22.

Koch, Uwe/ Lehmann, C./ Morfeld, Matthias (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. In: Die Rehabilitation Jg. 46, Heft 3, S. 127-144

Köhn, S./ Streibelt, M./ Müller-Fahrnow, W. (2008): Berufliche Wiedereingliederung von Menschen mit einer Schwerbehinderung - Eine Verbleibstudie. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung. 3.-5. März in Bremen. Tagungsband, S. 252-254

Köster, Torsten/ Fehr, M./ Slesina, Wolfgang (2007): Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken. Ein Prognosemodell. In: Die Rehabilitation Jg. 46, Heft 5, S. 258-265

Krauth, C. et. al. (2005), Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften. In: Die Rehabilitation Jg. 44, S. 297-306

Kreuzpointner, L (2009): Vorhersage des Umschulungserfolgs durch die Berufseignungsdiagnostik. In: Die Rehabilitation Jg. 48, S. 102-110

## LITERATURVERZEICHNIS

- Lindow, B./ Mitschele, A./ Erbstößer, S. (2007): Wie beurteilen Rehabilitanden ihre berufliche Bildungsmaßnahme? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 16. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Gesund älter werden - mit Prävention und Rehabilitation vom 26. bis 28. März in Berlin. Tagungsband, S. 286-287
- Mühling, Tanja (2000): Die berufliche Integration von Schwerbehinderten: Ein integratives Erklärungsmodell und empirische Befunde. Würzburg, Deutscher Wissenschafts-Verlag
- Petermann (Hrsg.) (2005) Barrieren, Kosten und Optimierung in der medizinischen Rehabilitation. Regensburg, S. Roderer Verlag
- Plath, Hans-Eberhard (2000): Erfolgsbeobachtung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht des IAB. S. 255-262 in: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation im Wandel: Kongressbericht. 3. Bundeskongress für Rehabilitation, 21.-23. April 1999. Frankfurt
- Plath, Hans-Eberhard/ Blaschke, Dieter (1999): Probleme der Erfolgsfeststellung in der beruflichen Rehabilitation. In: MittAB Jg. 32, Heft 1, S. 61-69
- Plath, Hans-Eberhard/ Blaschke, Dieter (2002): Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In: Kleinhenz, G. (Hrsg.): IAB-Kompodium 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.
- 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
- Rennert, D./ Köster, T./ Slesina, W. (2008): Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung von Rehabilitanden in Anpassungsqualifizierungsmaßnahmen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung. 3.-5. März in Bremen. Tagungsband, 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](http://www.bmas.de/portal/34582/2009_08_05_rehafutur_bericht.html), (Zugriff am 13.11.2009)
- Schian, Hans-Martin (Proj.Ltr.); Gagel, Alexander (Proj.Ltr.); Landau, Kurt (Proj.Ltr.); Laschet, Ulrich (Proj.Ltr.) (2004): Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung. Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (Hrsg.), Köln; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), Bonn
- Schliehe, F., Haaf, H.-G. (1996): Zur Effektivität und Effizienz der medizinischen Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung Jg. 51, S. 666-689

## LITERATURVERZEICHNIS

- Schmidt, Christof (2007): Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. iqpr-Forschungsbericht Nr. 5/2007, iqpr, Köln, [http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/FB\\_5\\_2007.pdf](http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/FB_5_2007.pdf)
- Schmidt, Christoph/ Froböse, I./ Schian, Hans-Martin (2006): Berufliche Rehabilitation in Bewegung: Herausforderungen und Perspektiven. In: Die Rehabilitation Jg. 45, Heft 4, S. 194-202
- Schröder, H. et. al. (2009) Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben, [http://www.bmas.de/coremedia/generator/34352/f392\\_\\_forschungsbericht.html](http://www.bmas.de/coremedia/generator/34352/f392__forschungsbericht.html) (Zugriff am 13.11.2009)
- Schröder, Helmut/ Steinwede, Jacob (2004): Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. BeitrAB 285. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit
- Seiberth, P. / Winterstein, H. (1973): Rehabilitation von Querschnittsgelähmten in Bayern. Stuttgart, Georg Thieme Verlag
- Sell, Stefan (2005): Von der Brutto- zur Nettorechnung und von der Kosten- zur Investitionsbetrachtung. Der volkswirtschaftliche Nutzen beruflicher Rehabilitation und die Rolle der Berufsförderungswerke. Kurzexpertise für das BFW Vallendar. Remagen: Institut für Bildungs- und Sozialmanagement der FH Koblenz
- Seyd, W. (1999): Die berufliche Rehabilitation - Erfolge und Perspektiven. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.): Rehabilitation 1999 - Fachtagung zur beruflichen Rehabilitation der BfA. Berlin 1. und 2. Juni 1999, Berlin, S. 42 - 65
- Simitis, Spiros (Hrsg.) (2006): Bundesdatenschutzgesetz. Baden-Baden, Nomos Kommentar, 6., neu bearbeitete Auflage
- Slesina, W. (2008): Soziologische Aspekte der medizinischen Rehabilitation. In: Das Gesundheitswesen Jg. 70, S.329-338
- Slesina, W./ Rennert, D. (2009): Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitation. Regensburg, S. Roderer Verlag.
- Slesina, Wolfgang/ Köster, Torsten/ Fehr, Manuela/ Neupert, Bianka/ Patzelt, Christiane/ Rennert, Dirk (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
- Steffanowski, A./ Nübling, R./ Schmidt, J./ Kriz, D./ Wittmann, W.W. (2008): Individualisierte Ergebnisevaluation in der psychosomatischen Rehabilitation durch Kombination von Status- und Veränderungsinformationen. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung. 3.-5. März in Bremen. Tagungsband, S. 70-73
- Steiner, Karin/ Egger-Subotitsch, Andrea/ Weber, Maria (2006): Individuelle Lebenslagen von RehabilitandInnen. Erfolgsaspekte der sozialen und beruflichen Rehabilitation. AMS Arbeitsmarktstrukturberichte. Wien

## LITERATURVERZEICHNIS

Streibelt, Marco (2007): Aktivität und Teilhabe. Wirksamkeit berufsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: Forschung, Innovation und Effizienz im Gesundheitswesen. Lengerich: Pabst Science Publishers

Streibelt, M. (2009): Validität und Reliabilität eines Screening-Instruments zur Erkennung besonderer beruflicher Problemlagen bei chronischen Krankheiten (SIMBO-C). In: Die Rehabilitation Jg. 48, S. 135-144

Streibelt, M. (2008): Ökonomische Evaluation einer medizinisch-beruflich orientierten Maßnahme bei Patienten mit muskuloskeletalen Erkrankungen – Eine Kosten-Nutzen-Analyse aus Rentenversicherungsperspektive. In: Die Rehabilitation Jg. 47, S. 150- 157.

Tesmer, I./ Radoschewski, F.M./ Erbstößer, S./ Müller-Fahrnow, W. (2008): Hat die Art beruflicher Bildungsmaßnahmen einen Einfluss auf die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben? In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium: Evidenzbasierte Rehabilitation - zwischen Standardisierung und Individualisierung. 3.-5. März in Bremen. Tagungsband, S. 259-261

Ulrich, V. (2006): Bedeutung von Wirtschaftlichkeits- und Wirksamkeitsnachweisen für die Gesundheitsökonomie, in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Effizienz und Effektivität in der Rehabilitation. Reha-Forum der Deutschen Rentenversicherung Bund 2006, Berlin

Wasem et. al. (2006): Von der Gesundheitsökonomie zur Reha-Ökonomie. In: Krauth/Petermann (Hrsg.), Gesundheitsökonomie und Reha-Ökonomie. Regensburg, S. Roderer Verlag, S. 21-35.

Welti, F. / Lachwitz, K./ Schellhorn, W. (Hrsg.) (2006): Handkommentar zum SGB IX, 2. Auflage. Neuwied, Luchterhand

Welti, F. (2008): Koordination in der medizinischen Rehabilitation: Anforderungen an Berufsgruppen und Institutionen. In: Die Rehabilitation Jg. 47, S. 236-242

Wegner, Eva (2001): Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse: Berufliche Rehabilitation zwischen Effizienz und Sozialverträglichkeit. In: Die Rehabilitation Jg. 40, Heft 3, S. 131-137

Wollmerstedt, N. et. al. (2004): Reliabilitäts-, Validitäts- und Änderungssensitivitätsprüfung des Funktionsfragebogens Bewegungsapparat (SMFA – D) in der stationären Rehabilitation von Patienten mit konservativ behandelter Coxarthrose. In: Die Rehabilitation Jg. 43, S. 233-240

Zwingmann, C. (2003): Zielorientierte Ergebnismessung (ZOE) mit dem IRES-Patientenfragebogen: Eine kritische Zwischenbilanz. In: Die Rehabilitation Jg. 42, S. 226-235

## ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Rehagesamtprozess	21
Abbildung 2: Rehaprozesse GKV	22
Abbildung 3 Rehaprozesse DRV I	23
Abbildung 4: Rehaprozesse DRV II	24
Abbildung 5: Rehaprozesse BA	25
Abbildung 6: Vermittlungsprozesse IFD	26
Abbildung 7: Rehaprozesse DGUV	27
Abbildung 8: Laufzeiten BA	40
Abbildung 9: Laufzeiten DGUV	41
Abbildung 10: Berufliche Wiedereingliederung Reha (Reha-Ende in 2004), DRV	71
Abbildung 11: Berufliche Wiedereingliederung Reha, DGUV	72
Abbildung 12: Wiedereingliederungskennlinie Reha, DGUV	73
Abbildung 13: Überblick über das Absolventenmanagement der BA	113

## TABELLEN

Tabelle 1: Kriterien/Indikatoren für das Ziel „berufliche (Re)Integration	68
Tabelle 2: Übersicht/Kategorien von Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzung im Rehabprozess	92
Tabelle 3: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der Vernetzung unter Einbeziehung von Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und weiteren Akteuren	93
Tabelle 4: Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und der Vernetzung unter vorwiegender Einbeziehung von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern	99
Tabelle 5: Sonstige Verfahren zur frühzeitigen Bedarfserkennung und Vernetzung	103
Tabelle 6: Übersicht über ungeklärte Schnittstellenprobleme	104

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V. ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.