Berufliche Rehabilitation im Urteil der Rehabilitanden – gemeinsame Befragung von Renten- und Unfallversicherung

Janett Zander, Sybille Rister-Mende, Berthold Lindow, Peter Kehl, Here Klosterhuis

Unter dem Begriff Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) – auch: berufliche Rehabilitation – ist eine Vielzahl von Leistungen subsumiert. In den letzten Jahren hat sich nicht nur die Inanspruchnahme generell, sondern auch die Häufigkeit einzelner Leistungsarten im gesamten LTA-Spektrum verändert. Das stellt die Rentenversicherung (RV) vor die Herausforderung, geeignete Instrumente und Verfahren zur Qualitätssicherung (QS) bei LTA zu entwickeln. Schon bei der Entwicklung des Berliner Fragebogens zur Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen waren weitere Reha-Träger eingebunden. Mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist es jetzt erstmalig gelungen, auf vertraglicher Basis die Teilnehmerbefragung auf Rehabilitanden eines weiteren Reha-Trägers auszuweiten.

1. Einleitung

LTA können von unterschiedlichen Reha-Trägern erbracht werden. Dabei verfolgen alle das Ziel, Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben, möglichst dauerhaft am Arbeitsleben teilhaben zu lassen. Welcher Reha-Träger die einzelnen Teilhabeleistungen erbringt, ergibt sich aus den trägerspezifischen Leistungsgesetzen. Damit die Leistungserbringung definierten Qualitätsanforderungen entspricht, initiierte die RV ein bundesweites Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Rehabilitation und weitet es kontinuierlich auf andere Versorgungssegmente der Reha aus. In der beruflichen Rehabilitation der RV gibt es in der Reha-Qualitätssicherung u. a. eine Teilnehmerbefragung mit dem Berliner Fragebogen. Alle Teilnehmer einer beruflichen Bildungsleistung werden sechs Monate nach Abschluss ihrer Leistung per Post befragt. Der Berliner Fragebogen wird nach Abschluss eines Vertrages seit 2011 auch von der DGUV für ihre Versicherten nach Beendigung beruflicher Bildungsleistungen eingesetzt. Jetzt liegen erstmalig Auswertungen für die Teilnehmer beider Reha-Träger vor.

[1] Hansmeier (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Hillert, Müller-Fahrnow, Radoschewski (Hrsg.): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Köln, S. 198.

[2] Glombik (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Rentenversicherung. RV 11, S. 201–205.

[3] Habekost, Krause (2010): Grundpositionen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. DGUV Forum 9, S. 35–39.

[4] Dahm (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch den Unfallversicherungsträger. Unter besonderer Berücksichtigung der Unterstützten Beschäftigung gemäß § 35 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit § 38a SGB IX. Kompass 11/12, S. 26–27.

[5] Benz (2005): Der Anspruch Behinderter auf berufliche Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) nach dem SGB. WzS 7–8. S. 193–204.

2. LTA

Wenn ein Versicherter seinen Beruf bzw. seine letzte Tätigkeit aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung nicht mehr ausüben kann, wird vom Reha-Träger zuerst geprüft, ob Leistungen, wie z. B. eine medizinische Rehabilitation, die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen können. Ist das nicht der Fall, wird für den Rehabilitanden eine geeignete LTA ausgewählt. Berufliche Reha-Leistungen können im Bedarfsfall auch im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation in einer Reha-Einrichtung erbracht werden[1, 2]. Die Rehabilitanden der Reha-Träger (Gesetzliche Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit – BA –, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Träger der gesetzlichen RV – RV-Träger – u. a.) unterscheiden sich hinsichtlich ihrer versicherungsrechtlichen und persönlichen Zugangsvoraussetzungen[3, 4, 5]. Für die RV-Träger ist die Erbringung der Teilhabeleistungen im § 9 ff. Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) geregelt, für die Unfallversicherung im § 26 ff. Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII). Nach einem Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit oder auch bei einer drohenden Berufskrankheit sichert die Unfallversicherung bestehende Beschäftigungsverhältnisse vorrangig mit Leistungen zur medizinischen Reha und, wenn die nicht ausreichend sind, mit LTA. Die RV hingegen rehabilitiert ihre Versicherten, bei denen eine Erwerbsminderung aufgrund von Krankheitsfolgen oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen eingetreten ist bzw. droht. Alle Reha-Leistungen der RV sind Sozialleistungen, die auf Antrag gewährt werden.

Nach § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) werden in der beruflichen Reha unterschiedliche Leistungen angeboten, z. B. Berufsvorbereitung, individuelle Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung, berufliche Anpassung und Weiterbildung. Bei der Auswahl der Leistungen für den Rehabilitanden werden im Vorfeld Eignung, Neigung,

die bisherige Tätigkeit sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. LTA können durch die Reha-Träger selbst oder durch die Inanspruchnahme von geeigneten Rehabilitationsdiensten und -einrichtungen erbracht werden[6]. Das Ziel einer Leistungsverzahnung bei der Koordination der Leistungen sowie der Kooperation der Reha-Träger wird dabei durch eine von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitete Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan" unterstützt[7, 8]. Anders als in der medizinischen Rehabilitation weist die berufliche Reha-Landschaft nicht nur eine sehr heterogene Leistungsstruktur auf, sondern neben der betrieblichen Bildung auch eine große Vielfalt an Einrichtungen, die LTA erbringen. Der Unterschied zwischen den beruflichen Reha-Einrichtungen liegt nicht in einem ungleichen Bildungsangebot, sondern sie verfolgen das Ziel, behinderte Menschen entsprechend ihren speziellen Bedürfnissen erfolgreich beruflich zu qualifizieren. Das gelingt ihnen, indem für diese Zielgruppe besondere Hilfen bereitgestellt werden. Grundsätzlich wird im § 35 SGB IX zwischen Einrichtungen der beruflichen Reha und den sonstigen Einrichtungen zur beruflichen Bildung unterschieden.

Dipl.-Pflege- und Gesundheitswiss. Janett Zander ist Mitarbeiterin im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.
Dipl.-Ing. Sybille Rister-Mende ist Mitarbeiterin im Bereich Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung.
Berthold Lindow ist Referatsleiter im Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.
Dr. Peter Kehl ist Geschäftsführer der Bezirksverwaltung Hannover der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe.
Dr. med. Dipl.-Sozialwiss. Here Klosterhuis ist Leiter des Bereiches Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der DeutschenRentenversicherung Bund.

2.1 LTA der RV

Die RV hat im Jahr 2011 ca. 804 Mio. Euro für LTA aufgewendet, davon fließt ein erheblicher Teil in den Bereich der beruflichen Bildung. Die beruflichen Reha-Leistungen der RV werden unter der Zielsetzung erbracht, ein Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Erwerbsleben möglichst nachhaltig zu verhindern bzw. sie wieder in das Erwerbsleben zu integrieren. Bei Betrachtung der Antrags- und Bewilligungsstatistik der RV ist ab dem Jahr 2002 bis zum Jahr 2010 ein Anstieg dieser Leistungen zu verzeichnen (vgl. Abb. 1)[9].

Das betrifft insbesondere die Zunahme der Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, bei denen das vorrangige Ziel der Verbleib des Versicherten an einem noch vorhandenen Arbeitsplatz ist. Die Leistungen bestehen z. B. in der Finanzierung von Arbeitsausrüstungen und technischen Hilfen, von Vermittlungen durch private Auftragnehmer oder Integrationsfachdienste, Mobilitätshilfen und Trainingsmaßnahmen. Lag die Zahl dieser Leistungen im Jahr 2005 noch bei 29 458, so waren es im Jahr 2011 bereits 57 276 – das bedeutet einen Zuwachs von 94 % in 6 Jahren. Die zeit- und kostenintensiven beruflichen Bildungsleistungen hingegen nehmen in diesem Zeitraum um rd. 1 % (2005: 30 560, 2011: 30 279 bewilligte Leistungen) ab. Diese Leistungen setzen sich – unterschieden nach Reha-Dauer und konzeptioneller Ausrichtung – aus den Qualifizierungsmaßnahmen (Teilausbildung), Aus- und Weiterbildung sowie den Integrationsmaßnahmen (Wiederholung beruflicher Grundlagen und Praktika) zusammen. Eine LTA besteht heutzutage häufig aus mehreren Teilleistungen, die insgesamt zum Ziel führen sollen. Werden die Anteile der einzelnen Leistungsarten am Gesamtspektrum LTA betrachtet, so ist der Anteil der Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes von 25 % im Jahr 2005 auf 41 % im Jahr 2011 gestiegen, der Anteil der Leistungen zur beruflichen Bildung ist in diesem Zeitraum von 27 % auf 22 % gesunken. Diese Veränderungen in der Leistungsstruktur verdeutlichen das Bestreben, vorrangig Mittel zur Erhaltung eines noch vorhandenen Arbeitsplatzes einzusetzen und nicht in Qualifizierungsmaßnahmen mit unbestimmter Wiedereingliederung zu investieren. Insgesamt gesehen sinkt im Jahr 2011 die Zahl der Anträge geringfügig. Generell liegen mögliche Gründe hierfür zum einen in der Abnahme der relevanten Jahrgänge im Alter der 40- bis 50-Jährigen, zum anderen in Veränderungen des Arbeitsmarktes, die vornehmlich von einer Zunahme der Teilzeitbeschäftigung geprägt sind. Der Rückgang der Anträge im Jahr 2011 hat sich in den Monaten Januar bis Juli 2012 nicht fortgesetzt.

2.2 LTA der DGUV

Die Unfallversicherung verfolgt die Zielsetzung, Unfallverletzten und Berufserkrankten die weitere Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Die Statistik der berufsfördernden Leistungen ab dem Jahr 2002 zeigt einen Rückgang bis zum Jahr 2007, seitdem ist

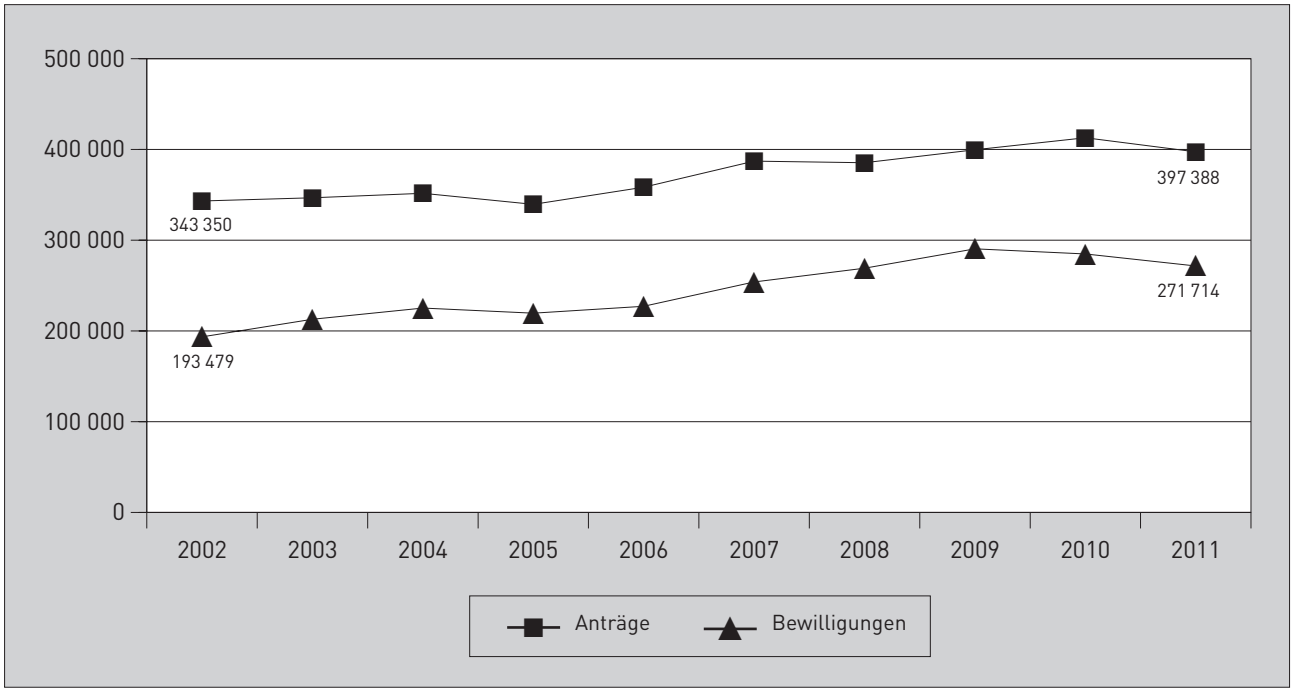
[6] Reimann (2012): Leistungen zur Teilhabe. In: Eichenhofer, Rische, Schmähl (Hrsg.): Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung SGB VI. 2. Aufl., Neuwied: S. 372 ff.

[7] Welti (2011): Rechtsfragen der Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe. Die Rehabilitation, Jg. 50, S. 7–10.

[8] BAR (2004): Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan" vom 16. 12. 2004. www.bar-frankfurt.de/Publikationen/Gemeinsame Empfehlungen. Zugriff: 17. 9. 2012.

[9] Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2012): Reha-Bericht, Update 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. S. 53 ff.

Abb. 1: LTA bei der RV – Anträge und Bewilligungen 2002 bis 2011



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Bewilligungen mit Vermittlungsbescheiden, Tab. 1.0.

die Zahl der durchgeführten Maßnahmen mit ca. 22 500 stabil (vgl. Abb. 2, S. 370). Hierin spiegelt sich u. a. das rückläufige Unfallgeschehen der vergangenen Jahre wider, aber auch ein gewisser Strategiewechsel der gesetzlichen Unfallversicherung, die immer stärker auf Prävention (z. B. bei Hauterkrankungen) und die Sicherung bestehender Beschäftigungsverhältnisse setzt. Im Jahr 2011 entfielen 16 274 Maßnahmen auf Unfallverletzte und 6 900 auf Berufserkrankte. Den mit 86 % größten Teil dieser berufsfördernden Leistungen erhalten die Versicherten der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 11 % entfielen auf die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand; hier insbesondere auf den Bereich der Schülerunfallversicherung.

Bei den Leistungen der Unfallversicherungsträger handelt es sich um eine Vielzahl von unterschiedlichen Maßnahmen, wie berufliche Ausbildungen oder berufliche Umschulungen. Finanziell unterstützt wird aber speziell auch die Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz im alten Betrieb, wenn aufgrund von Unfallfolgen oder einer Berufskrankheit der bisherige Beruf nicht mehr uneingeschränkt ausgeübt werden kann, im Betrieb jedoch ein anderer Arbeitsplatz, der den veränderten Fähigkeiten entspricht, zur Verfügung gestellt werden kann. Die Zahl der beruflichen Bildungsmaßnahmen ist insoweit rückläufig, als im Jahr 2010 knapp 1 700 entsprechende Maßnahmen abgeschlossen wurden, während im Jahr 2002 noch über 3 400 berufliche Bildungsmaßnahmen zum Abschluss kamen.

3. QS bei LTA

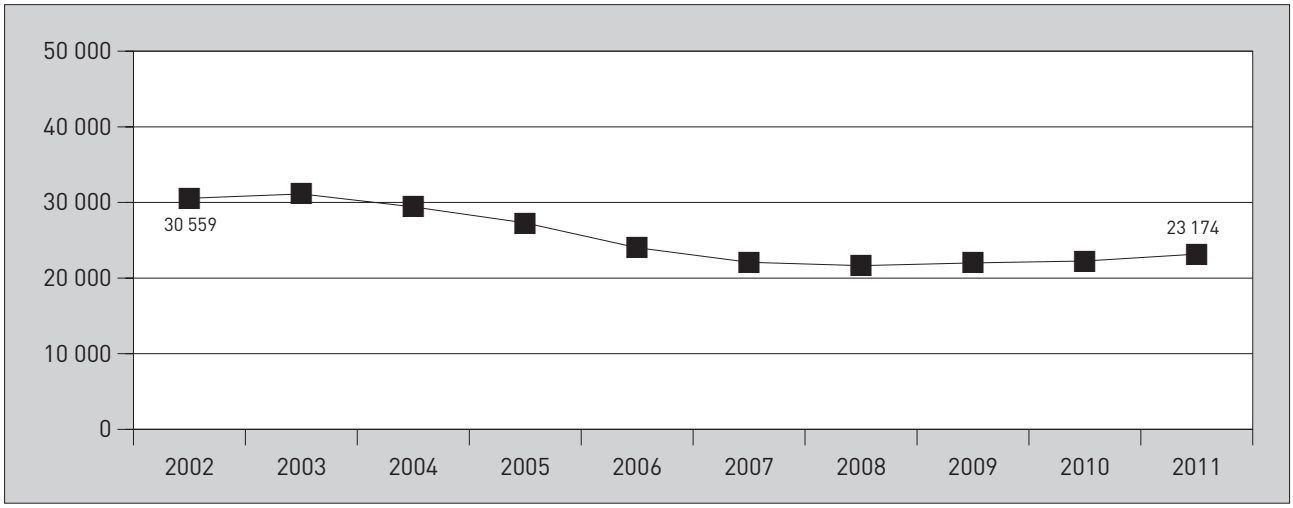
Seit knapp 20 Jahren hat die RV ein Qualitätssicherungsprogramm für die medizinische Reha entwickelt, schrittweise in die Routine überführt und gleichzeitig Instrumente und Verfahren kontinuierlich weiterentwickelt und andere Bereiche der Rehabilitation in die QS einbezogen[10]. Die QS für die berufliche Reha wurde im Abschlussbericht der Reha-Kommission Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) dargestellt. Dabei formulierte sie Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen RV[11]. Die aktuelle gesetzliche Grundlage bildet der § 20 SGB IX, der die Reha-Träger u. a. zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen sowie zur Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer verpflichtet. Im Rahmen der BAR wurde eine „Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX" erarbeitet, welche die Aktivitäten der Reha-Träger zu Qualitätsmanagement und -sicherung inhaltlich präzisiert[12]. Die „Gemeinsame Empfehlung Einrichtun-

[10] Klosterhuis, Baumgarten, Beckmann, Erbstößer, Lindow, Naumann, Widera, Zander (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, S. 356–367.

[11] VDR (1997) (Hrsg.): Abschlussbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger: Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV-Schriften 7, Sonderausg., Bad Homburg.

[12] BAR (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. 3. 2003. www.bar-frankfurt.de/Publikationen/Gemeinsame Empfehlungen, Zugriff: 17. 9. 2012.

Abb. 2: LTA bei der DGUV – Berufshilfeleistungen an Verletzte und Erkrankte 2002 bis 2011



Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung.

gen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35 SGB IX" wurde neben den Reha-Trägern auch von Vertretern der maßgebenden Leistungserbringer und Interessenvertretungen behinderter Menschen entwickelt[13]. Teil der Gemeinsamen Empfehlung ist das Kapitel zum Thema Qualitätssicherung, Ergebnisqualität und Rehabilitanden-Zufriedenheit.

Ausführungen zu Grundlagen und Aufgaben der beruflichen Reha sowie zur Reha-QS wurden im Jahr 2009 für die RV in einem Rahmenkonzept zur Teilhabe am Arbeitsleben veröffentlicht[14]. Bereits bestehende Instrumente und Verfahren zur Reha-QS sind mit den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben. Da das Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation sehr vielfältig ist, bezieht sich die Reha-QS der RV vorrangig auf die zeit- und kostenintensiven Bildungsleistungen. Im § 20 SGB IX wird auf die Verzahnung von externen QS-Ergebnissen mit dem internen Qualitätsmanagement der Reha-Einrichtungen hingewiesen. Die RV unterstützt die Qualitätsbemühungen auch durch einrichtungsbezogene Berichte zur Reha-QS, in denen jeweils die Ergebnisse der Reha-Einrichtung im Vergleich mit anderen Bildungseinrichtungen dargestellt werden[15, 16]. Die Ziele der Reha-QS liegen in einer am Rehabilitanden orientierten Verbesserung der rehabilitativen Versorgung, einer Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens in den Reha-Einrichtungen, einer verstärkten Ergebnisorientierung sowie einem engen Zusammenwirken mit dem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement[17].

Für die Dimension Strukturqualität liegen aufgrund der Heterogenität der beruflichen Bildungseinrichtungen unterschiedliche Informationen über Strukturmerkmale (Einrichtungskonzept, räumliche und personelle Ausstattung, Leistungsangebote etc.) der Einrichtungen vor. Es gibt noch keine einheitlichen Instrumente zur Erhebung der Strukturqualität. Hinweise auf die Strukturqualität und ihre Bewertung sind in der Reha-QS der RV sowohl in der zukünftigen Leistungsklassifikation für die berufliche Reha als auch in der Teilnehmerbefragung enthalten.

Für die QS ist vor allem die Ausgestaltung des Reha-Prozesses von Bedeutung. Zur Erhöhung der Transparenz ist eine Dokumentation der durchgeführten Leistungen aus Sicht der RV unabdingbar. Hierzu startete die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2010 ein wissenschaftliches Projekt zur „Entwicklung einer Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR)"[18, 19]. Künftig werden berufliche Reha-Einrichtungen und RV-Träger einen Einblick in das Leistungsgefüge einer beruflichen Bildungsmaßnahme sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich bestimmter Qualitätsmerkmale erhalten und damit das

[13] BAR (2003): Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" nach § 35 SGB IX vom 23. 2. 2012. www.bar-frankfurt/de/Publikationen/Gemeinsame Empfehlungen, Zugriff: 17. 9. 2012.

[14] Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin.

[15] Lindow, Radoschewski, Lay, Mohnberg, Zander (2011): Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – bewährte Instrumente und neue Fragestellungen, RVaktuell, Jg. 58, H. 5/6, S. 166–172.

[16] Zander, Lindow (2012): Workshop „Qualität der beruflichen Rehabilitation" – aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 59, H. 1, S. 34–35.

[17] Widera, Beckmann (2011): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In: Rick, Stachow (Hrsg.): Leitfaden Medizinische Rehabilitation. 1. Auflage, München, S. 37–45.

[18] Radoschewski, Klosterhuis, Lay, Lindow, Mohnberg, Zander (2012): Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 98, S. 237–239.

[19] Zander, Lay, Mohnberg (2012): Was sagen die Anwender zu einer neuen Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation? DRV-Schriften, Band 98, S. 239–241.

Leistungsgeschehen der Einrichtungen vergleichen und zu einem späteren Zeitpunkt auch bewerten können.

Ein zentraler Aspekt des Reha-Erfolgs ist die Wiedereingliederung des Rehabilitanden nach Beendigung einer beruflichen Bildungsleistung in das Erwerbsleben. Sowohl die Reha-Träger als auch die Leistungserbringer verwenden die berufliche (Re)Integration als wichtigen Indikator. Im Ergebnisbericht des BAR-Projekts „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit" ist dargestellt, welche Kriterien und Daten für die Beurteilung der beruflichen Integration den Reha-Trägern BA, Deutsche Rentenversicherung und DGUV bereits vorliegen bzw. möglicherweise künftig mit vertretbarem Aufwand erhoben werden sollen[20]. Dem gingen Bemühungen voraus, trägerübergreifend Auswertungsmethoden für Vergleiche zu vereinheitlichen[21]. Im Jahr 2011 versandte die Deutsche Rentenversicherung erstmals Auswertungen zum sozialmedizinischen Status der Absolventen nach der Reha an die Reha-Einrichtungen und RV-Träger. Dabei kann für alle Rehabilitanden der RV nachvollzogen werden, ob sie nach einer beruflichen Reha-Leistung wieder berufstätig sind. Der sozialmedizinische Status kann nur bedingt als Qualitätsindikator für die Einrichtungen gesehen werden, da eine Wiedereingliederung der Rehabilitanden auch von anderen Einflussfaktoren, wie z. B. der regionalen Arbeitsmarktlage, dem erfolgreichen Abschluss einer Maßnahme oder auch der Bildung und Sozialschicht, abhängig ist[22, 23]. Wünschenswert wären ähnliche Auswertungen zum Integrationserfolg nach beruflicher Rehabilitation von allen Reha-Trägern.

4. Teilnehmerbefragung als trägerübergreifendes Instrument der Reha-QS

Patientenorientierung spielt im Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle[24]. Sie wurde von der Reha-Kommission auch als ein wichtiges Element der beruflichen Rehabilitation hervorgehoben[25]. Die RV begann 2003 mit Hilfe wissenschaftlicher Unterstützung einen Fragebogen zur Teilnehmerzufriedenheit und zu den Ergebnissen beruflicher Bildungsleistungen (Berliner Fragebogen) zu entwickeln[26]. Zum Projektende lag ein Instrument vor, mit dem die berufliche Bildungsleistung bewertet und der Wiedereingliederungserfolg abgebildet werden konnte. Nach Einarbeitung der Vorschläge aus einem Experten-Workshop mit Vertretern der Berufsförderungswerke (BFW), der Berufsbildungswerke (BBW), der BA und eines freien Bildungsträgers konnte eine endgültige Fassung des Fragebogens verabschiedet werden[27]. In einer zweijährigen Pilotphase ab Juli 2006 wurde der Berliner Fragebogen für Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung eingesetzt. Die Rücklaufquote lag unter dem angestrebten Mindestrücklauf[28]. Zur Straffung des Fragebogens und Erhöhung des Rücklaufs wurde ein weiteres wissenschaftlich unterstütztes Projekt initiiert. Es wurden auch hier sowohl die BA als auch die DGUV einbezogen. Der überarbeitete Fragebogen wurde unter Einbeziehung von Rehabilitanden der Renten- und Unfallversicherung getestet[29].

Im Rahmen der Teilnehmerbefragung erhalten alle Absolventen einer beruflichen Bildungsleistung der RV sechs Monate nach Abschluss ihrer Leistung einen Fragebogen. Es werden bei dieser Teilnehmerbefragung alle Rehabilitanden befragt (Vollerhebung). Nach etwa sechs Wochen erfolgt eine einmalige Erinnerung der Versicherten, den Fragebogen ausgefüllt zurückzusenden. Einbezogen werden auch die Rehabilitanden, die die Maßnahme abgebrochen oder die Prüfung nicht bestanden haben. Mit dem Berliner Fragebogen wird u. a. die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Verlauf und dem Ergebnis ihrer beruflichen Bildungsleistung, aber auch die berufliche Integration erfragt. Das geschieht mit 31 Fragen bzw. 98 Items im Fragebogen, die neben struktur- und prozessorientierten Merkmalen auch Aspekte der Ergebnisqualität erfassen. In der Struktur des Fragebogens werden insgesamt neun Themenbereiche unterschieden, z. B. ein Fragenblock zur gesundheitlichen Situation und zum Verlauf des Praktikums.

Ergänzt werden die Angaben der Rehabilitanden durch die Routinedaten der RV, d. h., nach Vorliegen der Einverständniserklärung können soziodemographische Daten hinzugefügt werden. Einrichtungsbezogene Berichte werden nur erzeugt, wenn im

[20] BAR (2010): Perspektiven für die Optimierung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit in der Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte. Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR-Projektes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit". www.bar-frankfurt.de/Rehabilitation und Teilhabe/Qualität in der Rehabilitation/Effektivität und Effizienz, Zugriff: 21. 9. 2012.

[21] Bestmann, Erbstößer, Rothe, Zollmann, Rauch (2006): Rehabilitationsträgerübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. DRV-Schriften, Bd. 64, S. 90–91.

[22] Zollmann, Erbstößer (2010): Leistungen zur beruflichen Bildung – Prädiktoren der Wiedereingliederung auf Basis der RV-Routinedaten. DRV-Schriften, Bd. 88, S. 201–203.

[23] Erbstößer, Bestmann, Grünbeck, Zollmann (2006): Einflussfaktoren auf die Wiedereingliederung nach einer beruflichen Bildungsmaßnahme. DRV-Schriften, Bd. 64, S. 92–94.

[24] Schmacke (2012): Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. G+S 3, S. 59–63.

[25] VDR (1997) a. a. O.

[26] Thode, Klosterhuis, Hansmeier (2004): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie urteilen die Rehabilitanden? DAngVers 10, S. 462–471.

[27] Hansmeier, Radoschewski (2005): Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens. DAngVers, Jg. 52, H. 8, S. 371–379.

[28] Erbstößer, Klosterhuis, Lindow (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. RVaktuell, Jg. 54, H. 10, S. 362–366.

[29] Mohnberg, Radoschewski, Erbstößer (2009): „Was ich sonst noch sagen wollte!" – Eine Auswertung von Freitextangaben einer Befragung nach beruflicher Rehabilitation. DRV-Schriften, Bd. 83, S. 222–224.

Berichtszeitraum mindestens 20 Rehabilitanden versorgt wurden. Mit dem Verband der Befragungsergebnisse sollen die Reha-Einrichtungen und Reha-Träger über die Qualität der beruflichen Bildungsleistungen aus Teilnehmersicht informiert werden. Dabei werden – wie gesetzlich vorgeschrieben – Qualitätsanalysen mit vergleichbaren Einrichtungen vorgenommen. Für die Reha-Einrichtungen ist es wichtig, verbesserungswürdige Auffälligkeiten in das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einfließen zu lassen. Für die Reha-Träger besitzen diese Daten zur Planung und Steuerung einen hohen Stellenwert, sie können als Diskussionsgrundlage mit den beruflichen Reha-Einrichtungen dienen.

Mit der DGUV wurde Anfang des Jahres 2011 der Einsatz des Berliner Fragebogens auch für die Versicherten der Unfallversicherung vertraglich vereinbart. Eine solche Kooperation zweier Reha-Träger im Rahmen der Reha-QS gibt es damit erstmalig in dieser Form. Nach einer Auftaktveranstaltung im Oktober 2010 in Sankt Augustin startete die Teilnehmerbefragung ab Januar 2011 für UV-Rehabilitanden, die eine berufliche Bildungsleistung erhielten. Die Deutsche Rentenversicherung übernimmt einmal im Jahr gegen eine Kostenerstattung die Auswertung der Versichertenangaben aus dem Fragebogen mit den zusätzlichen Angaben aus der Routinestatistik und erzeugt für die DGUV einrichtungsbezogene, nach Reha-Träger und Einrichtungsarten differenzierte QS-Berichte.

5. Aktuelle Ergebnisse – wie urteilt der Rehabilitand?

Im 1. Halbjahr 2011 wurden von den RV-Trägern und der DGUV alle Teilnehmer einer beruflichen Bildungsmaßnahme (Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung oder Integrationsmaßnahme) per Post befragt, die sechs Monate zuvor ihre Leistung abgeschlossen hatten. In die Auswertung gingen die Angaben von 5 219 Teilnehmern (RV: 4 976 und DGUV: 243) ein. Für 5 123 der Teilnehmer (RV: 4 906 und DGUV: 217) liegen zusätzlich soziodemographische Angaben aus den Routinedaten vor. Die Auswertung der DGUV-Daten erfolgte erstmalig. Darum wurde für die Testauswertung ein Berichtszeitraum von nur einem halben Jahr gewählt.

Bei Betrachtung der Rehabilitandenmerkmale fällt auf, dass die DGUV-Teilnehmer durchschnittlich ca. 9 Jahre jünger sind als die RV-Rehabilitanden. Die Begründung hierfür liegt in den unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen: DGUV-Rehabilitanden erhalten überwiegend aufgrund eines Arbeitsunfalls (68 %) oder einer Berufskrankheit (32 %) LTA. Arbeitsunfälle treten akut ein, unabhängig vom Alter. Die RV-Rehabilitanden dagegen stellen einen Antrag zur beruflichen Rehabilitation, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen, z. B. in Form eines chronifizierten Leidens, oder Behinderung einen Verbleib im Erwerbsleben bedrohen. Hinsichtlich des Merkmals „Höchster Berufsabschluss“ ist die Verteilung in beiden Rehabilitandengruppen ähnlich: Etwa drei Viertel der Teilnehmer haben eine Lehre absolviert, etwa ein Viertel der Rehabilitanden besitzt einen Fachschulabschluss. 10 % der DGUV-Rehabilitanden haben (noch) keinen beruflichen Abschluss, bei den RV-Rehabilitanden sind es 7 % (vgl. Tabelle 1).

In der Beurteilung der Reha-Maßnahme durch die DGUV-Rehabilitanden (vgl. Abb. 3) wird deutlich, dass die Teilnehmer vor allem mit der Betreuung des Reha-Trägers sehr zufrieden sind. Ebenfalls als gut bewertet werden das Ergebnis der beruflichen Reha-Maßnahme und die Reha-Einrichtung. Weniger zufrieden sind dagegen die Teilnehmer mit der Unterstützung durch die Reha-Einrichtung nach der beruflichen Reha-Maßnahme. Die gleiche Rangfolge bildet sich für die Rehabilitanden der RV ab.

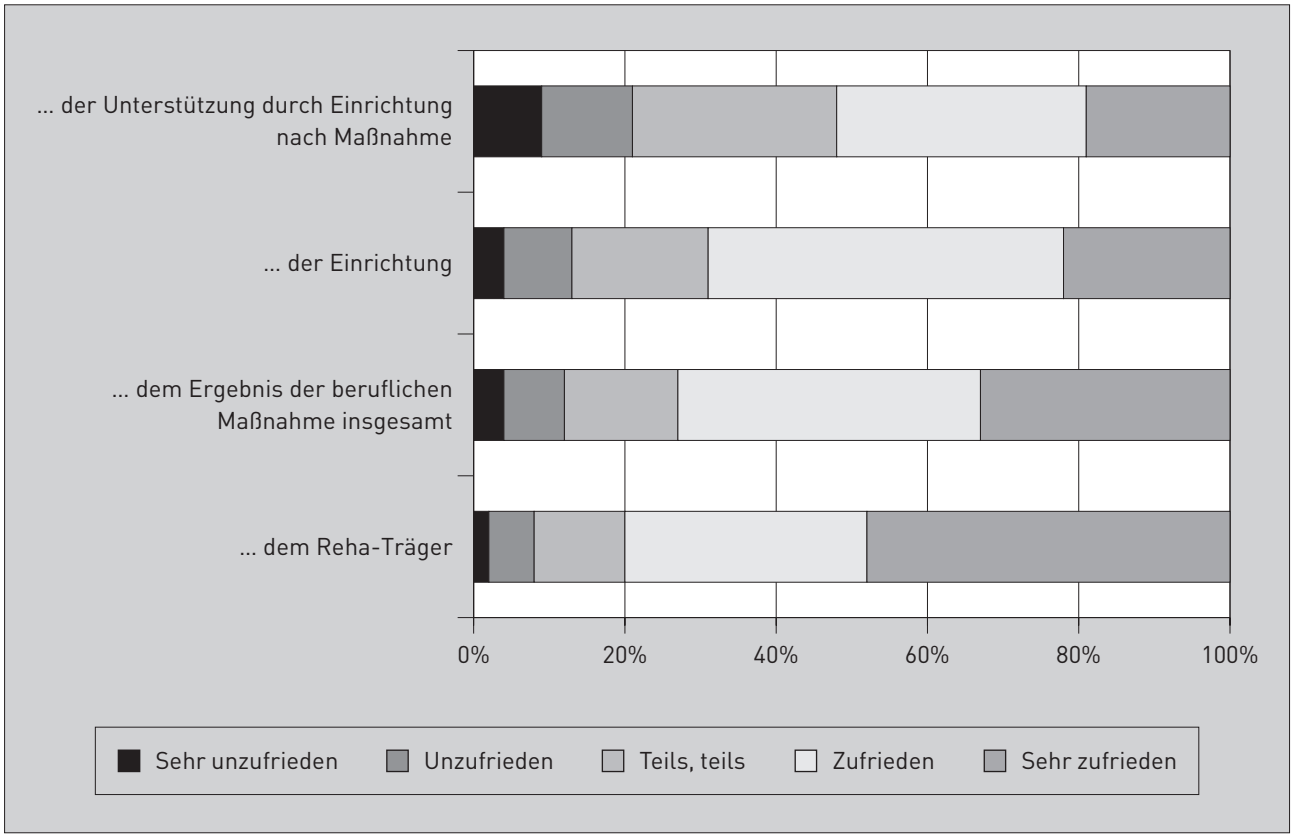
Der Fragebogen enthält u. a. Fragen zu den strukturellen Voraussetzungen, die von der Reha-Einrichtung vorgehalten werden sollten, um eine gute Reha-Maßnahme zu gewährleisten. Dabei wird speziell nach der Einschätzung der Teilnehmer zur personellen Besetzung, den räumlichen Bedingungen, der technischen Ausstattung, den Bedingungen für das Erlernen praktischer Fähigkeiten und dem organisatorischen Ablauf der beruflichen Rehabilitation gefragt. Am besten beurteilen die RV- und DGUV-Rehabilitanden die räumlichen Bedingungen (63 %), aber auch die technische Ausstattung der beruflichen Reha-Einrichtungen (63 %). Mehr als die Hälfte der Teilnehmer ist mit den organisatorischen Abläufen (56 %) und der personellen Ausstattung (55 %) zufrieden. Am kritischsten sehen die Rehabilitanden innerhalb dieses Fragenkomplexes die Bedingungen für das Erlernen praktischer Fähigkeiten. Ein relevanter Anteil der Teilnehmer hat sich weder explizit positiv noch negativ geäußert und dementsprechend die mittlere Antwortkategorie „teils/teils“ (23 % bis 24 % der Rehabilitanden) gewählt.

Die Unterstützung durch die Reha-Einrichtung nach einer beruflichen Bildungsleistung wird durch Fragen zur Integrationsvorbereitung spezifiziert. Hierbei werden die Teilnehmer u. a. nach der Vereinbarung und Durchführung individueller Maßnahmen zur Vorbereitung der Wiedereingliederung, dem Aufzeigen einer Reihe konkreter Beschäftigungsmöglichkeiten während der Reha, der Vermittlung wichtiger Kontakte zu Arbeitgebern und Betrieben sowie der Unterstützung der Einrichtung bei der Stellensuche gefragt. Werden die Befragungsergebnisse nach BFW ausgewertet, so ergibt sich, dass für 65 % der RV- und DGUV-Rehabilitanden (eher) keine wichtigen Kontakte zu Arbeitgebern und Betrieben hergestellt wurden und knapp die Hälfte der Teilnehmer bei der Stellensuche sich von den BFW (eher) nicht unterstützt fühlt. Einschränkend ist an dieser Stelle anzumerken, dass es vermutlich berufliche Bildungseinrichtungen gibt, die aufgrund ihres Einrichtungskonzeptes die Rehabilitanden selbstverantwortlich in die Lage versetzen wollen, diese Recherchen vorzunehmen und Kontakte aufzubauen und dies somit

Tabelle 1: Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung: Ausgewählte Rehabilitandenmerkmale, Abschluss der Leistungen 7/2010 bis 12/2010

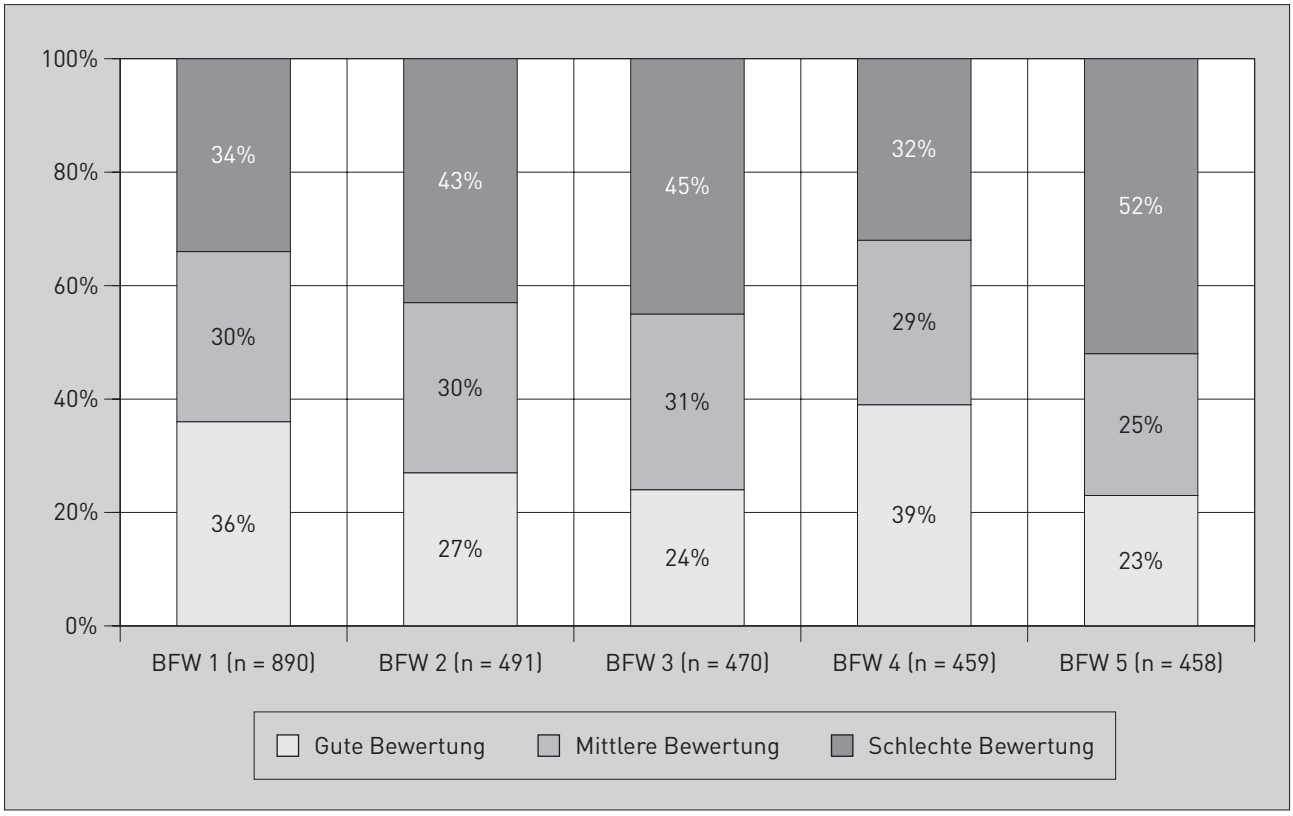
Ausgewählte Teilnehmermerkmale	Alle Rehabilitanden der DGUV n = 223	**Alle Rehabilitanden (RV und DGUV) n = 5 099**
Alter (Durchschnitt in Jahren)	36,0	**44,6**
Frauen	28 %	**43 %**
Höchster Berufsabschluss		
Lehre	73 %	**75 %**
Fachschule	13 %	**14 %**
Fachhochschule, Ingenieurschule	3 %	**3 %**
Universität, Hochschule	3 %	**2 %**
Ich habe (noch) keinen beruflichen Abschluss	10 %	**7 %**
Ursache der Erkrankung		
Arbeitsunfall einschließlich Wegeunfall	68 %	**–**
Berufskrankheit	32 %	**–**
Art der Maßnahme		
Qualifizierungsmaßnahmen	14 %	**10 %**
Weiterbildung, Ausbildung	68 %	**41 %**
Integrationsmaßnahmen	18 %	**48 %**

Abb. 3: Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung – Zufriedenheit mit ...



Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Teilnehmerbefragung, Frage 16, Befragungszeitraum 01/2011, n = 243.

Abb. 4: Teilnehmerbefragung nach beruflicher Bildung – Integrationsvorbereitung nach Einrichtungsart



Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Teilnehmerbefragung, Befragungszeitraum 1/2009 bis 12/2010.

nicht als ihre Aufgabe betrachten. Über die Hälfte der Teilnehmer sieht sich durch die berufliche Reha besser in die Lage versetzt, sich zu bewerben und vorzustellen.

In Abb. 4 wird die Integrationsvorbereitung für fünf ausgewählte BFW mit hohen Fallzahlen (n = 890 bis n = 458) dargestellt. Diese Darstellungsform ist für Reha-Einrichtungen wichtig, um ihre Ergebnisse mit anderen Einrichtungen vergleichen zu können. Mit Einrichtungen, die bessere Ergebnisse erzielen konnten, ist ein Austausch im Sinne des „Lernen vom Besten“ wünschenswert. Die einrichtungsbezogene Varianz der Zufriedenheit der Teilnehmer mit den integrationsvorbereitenden Maßnahmen der fünf BFW wird deutlich.

6. Ausblick

LTA werden für die RV auch künftig ein wesentliches Instrument zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten sein. Dabei wird die Bedeutung der QS der beruflichen Rehabilitation zunehmen. Gerade im Hinblick auf eine Optimierung der rehabilitativen Versorgung verbunden mit einer konsequenten Teilnehmerorientierung sind kontinuierliche Qualitätssicherungsaktivitäten unabdingbar. Im Fokus der Weiterentwicklung der QS bei LTA sollten sowohl der Dialog mit der Reha-Praxis als auch die trägerübergreifende Kooperation stehen, um künftig auch übergreifende Qualitätsvergleiche realisieren zu können. Die RV setzte sich von Anfang an für eine trägerübergreifende QS ein und hat bei der Entwicklung der QS-Instrumente stets die anderen Reha-Träger beteiligt. Weiterhin besteht das Angebot, bereits verfügbare Instrumente übergreifend zu nutzen. Die RV entwickelt zur Beurteilung der Prozessqualität eine Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation. Auch hier kann bei bestehendem Interesse der Reha-Träger ein inhaltlicher Austausch erfolgen.

Mit dem Vorliegen erster Ergebnisse zur gemeinsamen Teilnehmerbefragung für RV- und DGUV-Rehabilitanden können inhaltlich bedeutsame, qualitätsrelevante Aussagen über die Erbringung beruflicher Bildungsleistungen getroffen werden. Aus Teilnehmersicht werden zum einen Bereiche wie die personelle Besetzung und räumliche Bedingungen durchaus positiv eingeschätzt. Zum anderen zeigt sich jedoch auch Handlungsbedarf, insbesondere bei der Integrationsvorbereitung. Die Ergebnisse können die Grundlage für Qualitätsdialoge, Strategiegespräche und Diskussionen zwischen Reha-Träger und Reha-Einrichtungen bilden. Die Berichte zur Teilnehmerbefragung werden kontinuierlich an die Reha-Einrichtungen, RV-Träger und die DGUV zurückgemeldet. In den nächsten Auswertungen werden durch die Betrachtung eines längeren Zeitraumes gerade die Fallzahlen der DGUV höher ausfallen als in der Testauswertung und aufgrund dessen mehr Reha-Einrichtungen mit einrichtungsbezogenen Berichten zur QS versorgt werden können.