



**Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur  
zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland  
-Kurzfassung-**

## Gliederung

1	Zusammenfassung .....	3
2	Ausgangssituation .....	7
2.1	Auftrag und Arbeitsweise der Fachgruppe .....	7
2.2	Die berufliche Rehabilitation als Sicherung und Wiedereingliederung von dringend benötigten Arbeitskräften.....	9
2.3	Die berufliche Rehabilitation als normativ-rechtlicher Anspruch.....	12
3	Leitbild RehaFutur .....	16
4	Vorrangige Handlungsfelder einer zukunftsorientierten beruflichen Rehabilitation	19
4.1	Akzeptanz stärken, Bekanntheitsgrad und Zugang verbessern .....	19
4.2	Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern...20	
4.3	Trägerunabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen.....	21
4.4	Berufliche Rehabilitation am Strukturwandel des Bildungssystems orientieren .....	22
4.5	Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren.....	23
4.6	Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren.....	24
4.7	Steuerung des Gesamtprozesses optimieren.....	27
4.8	Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken.....	28
5	Wissenschaftliche Fachgruppe.....	30

## 1 Zusammenfassung

Die Deutsche Akademie für Rehabilitation und die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur haben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im September 2007 den Auftrag erhalten, Vorschläge für die mittel- und langfristige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen zu erarbeiten, um auf dieser Basis die zukünftige Rolle der Leistungsberechtigten, Leistungserbringer und Leistungsträger der beruflichen Rehabilitation zu beschreiben. Der Auftrag beinhaltet insbesondere die Aufgaben:

- Entwicklung einer Gesamtkonzeption für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener sowie
- Erarbeitung von Empfehlungen an Bund, Länder, Leistungsträger sowie Leistungserbringer.

Die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur nähert sich dieser Aufgabe von zwei Seiten. Zum einen sucht sie aus der Perspektive der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung eine Antwort auf die Frage:

**„Welche Funktion soll berufliche Rehabilitation in einer dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt haben, die zunehmend stärker durch demographischen Wandel geprägt ist?“**

Der mit dem demographischen Wandel verbundene drastische Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials, die „Alterung“ der Belegschaften, die zur Finanzierung der Sozialsysteme und speziell der Rente erforderliche Verlängerung der Lebensarbeitszeit sowie der Erhalt der Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer haben auch unmittelbare Konsequenzen für das berufliche Rehabilitationssystem. Berufliche Rehabilitation ist nicht zuletzt ein dringend erforderliches Instrument der Sicherung und auch Rückführung von Erwerbspersonen in das Beschäftigungssystem. Weiterführung der Erwerbstätigkeit an Stelle von Rente oder Arbeitslosigkeit auch jenseits der Fünfzig ist ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung der zukünftig dringend benötigten Arbeitskräfte und zur Ausschöpfung der Lebensarbeitszeit.

Der zweite Zugang erfolgt über eine sozialpolitische Einordnung der beruflichen Rehabilitation als Hilfe zur Eingliederung für behinderte Menschen. Aus rechtlich-normativer Betrachtung berührt dies die Fragen:

**„Wie kann das grundrechtlich und gesetzlich verbrieftes Recht behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels beruflicher Rehabilitation auch zukünftig bedarfsgerecht eingelöst werden? Wie können selbstbestimmtes Handeln auf der einen Seite und die erforderliche Aktivierung und Selbstverantwortlichkeit der behinderten Menschen auf der anderen besser in Einklang gebracht werden?“**

Jenseits von Sonntags- und Festreden ist der Zugang zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben keineswegs eine Selbstverständlichkeit. In einem zunehmend fiskalisch-betriebswirtschaftlich dominierten Fördersystem gilt es, Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkte mit dem normativ-rechtlichen Anspruch aller Betroffenen in Einklang zu halten. Die berufliche Rehabilitation der Zukunft muss auch jene Zielgruppen fördern, die bisher deutlich weniger an beruflicher Rehabilitation teilhaben (benachteiligte Personen im allgemeinen, ältere Arbeitnehmer ab fünfzig, Frauen und Migranten). Darüber hinaus sind insbesondere auch jene Personen zu berücksichtigen, die ihre Ansprüche nicht kennen oder mit den Spielregeln von Antrags- und Verwaltungsverfahren wenig vertraut sind.

Die Selbstbestimmtheit der Leistungsberechtigten ist im gesamten Rehabilitationsprozess zu stärken. Mit der selbstbestimmten Teilnahme ist damit allerdings auch die klare Verpflichtung für den Rehabilitanden verbunden, nach Kräften aktiv an diesem Eingliederungsprozess mitzuwirken und Verantwortung zu übernehmen. Fördern und Fordern gehen auch in diesem Feld der Sozialpolitik Hand in Hand.

Die gesellschaftlich-strukturelle Betrachtung aus der Perspektive der Arbeitswelt wie auch die auf das Individuum bezogene rechtlich-normative Position verbindet eine gemeinsame Schlussfolgerung: individuelle, selbstbestimmte und selbstverantwortliche Teilhabe am Arbeitsleben ist nur durch Ermöglichung und Förderung von Bildung und Gesundheit sicher zu stellen. Beides sind Voraussetzungen für die wertschöpfende, möglichst auch existenzsichernde Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern. Die Beschäftigungsfähigkeit „Employability“ fußt auf den fachlichen Qualifikationen und den sozialen Kompetenzen eines Arbeitnehmers sowie seiner Gesundheit als physische Grundvoraussetzung, seine Arbeitskraft wertschöpfend anzubieten, seine Arbeitsstelle zu halten oder eine neue zu finden (nach Blancke, Roth & Schmid, 2000).<sup>1</sup> Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die Wiederherstellung bzw. signifikanten Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, um (weiterhin) am Arbeitsleben teilhaben zu können. Die berufliche Rehabilitation der Zukunft muss darauf vorbereitet werden, diese Leistungen in einer alternden Arbeitsgesellschaft und bei zunehmender Dynamik der Arbeitswelt noch effektiver, flexibler und nachhaltiger unter Einbezug der Betroffenen zu erbringen.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Blancke, S., Roth, C., Schmidt, J. (2000): Employability (“Beschäftigungsfähigkeit”) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt -Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft- Arbeitsbericht. Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden Württemberg, Stuttgart.

<sup>2</sup> Ein Ziel, das die Kommission der Europäischen Gemeinschaften schon in ihrem Aktionsplan 2006-2007 beschreibt. Kommission der Europäischen Gemeinschaft. (KOM) (2005): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Situation behinderter Menschen in der erweiterten Europäischen Union: Europäischer Aktionsplan 2006-2007. Brüssel 2005. [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SPLIT\\_COM:2005:0604\(01\):FIN:DE:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=SPLIT_COM:2005:0604(01):FIN:DE:PDF) Zugriff: 12.12.2008

Vor diesem Hintergrund hat die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur folgende acht Handlungsfelder (H) für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation abgeleitet:

▪ **Akzeptanz stärken, Bekanntheitsgrad und Zugang verbessern (H1)**

Berufliche Rehabilitation muss als sozialpolitischer Auftrag des Staates der breiten Bevölkerung bekannt und gegenwärtig sein. Durch eine Veränderung des Informationszugangs werden die Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessert.

▪ **Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern (H2)**

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bilden die Grundlage für die Subjektorientierung der beruflichen Rehabilitation und tragen zu mehr Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit bei. Neue Strukturen ermöglichen mehr Eigeninitiative der Leistungsberechtigten. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stärken das Beschäftigungspotenzial von Menschen mit Behinderung.

▪ **Trägerunabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen (H3)**

Trägerunabhängige Beratungsangebote stehen als wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung den Leistungsberechtigten leicht zugänglich zur Verfügung. Professionelle Beratung wird ergänzt durch Formen des peer-counseling.

▪ **Berufliche Rehabilitation am Strukturwandel des Bildungssystems orientieren (H4)**

Berufliche Rehabilitation wird fester Bestandteil der Strategie des lebenslangen Lernens zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Rehabilitationskonzepte tragen zur Weiterentwicklung der beruflichen Bildung für Menschen mit gesundheitlichen Problemen bei und Erhöhen ihre Einsetzbarkeit. Damit wird die Wertschöpfungsfähigkeit dieser Personengruppe gesteigert.

▪ **Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren (H5)**

Die Arbeitsmarkt- und Praxisorientierung wird unter Berücksichtigung der Entwicklungsdynamik der Arbeitswelt ausgebaut. Systematische Kooperationen mit Unternehmen werden, bereits im Verlauf der Rehabilitation, zwingend erforderlich und selbstverständlich.

▪ **Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren (H6)**

Orientierung am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten bildet die Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und bestimmt die dazu erforderlichen Pro-

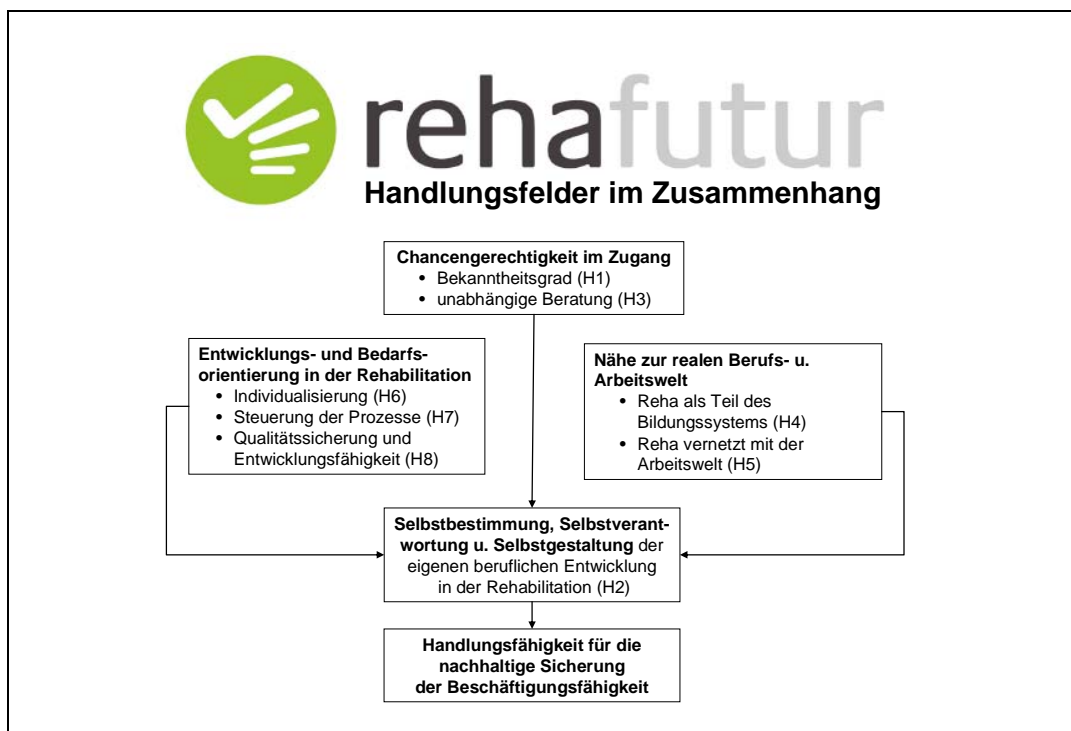
zesse und Strukturen. Individualisierung trägt dazu bei, den unterschiedlichen Zielgruppen der Rehabilitation vergleichbare Entwicklungschancen zu eröffnen.

▪ **Steuerung des Gesamtprozesses optimieren (H7)**

Die Kontinuität des Gesamtprozesses wird durch Einführung eines institutionenübergreifenden Rehabilitationsmanagements gewährleistet. Die Konvergenz der unterschiedlichen Leistungsgesetze wird gestärkt. Effektivität und Effizienz wird durch Beseitigung von Prozessbarrieren gesteigert.

▪ **Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken (H8)**

Die systematische Weiterentwicklung, Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe werden durch systematische Forschung und Entwicklung sichergestellt. Prozesse und Strukturen werden kontinuierlich an sich wandelnde Rahmenbedingungen angepasst. Eine einheitliche Datengrundlage muss zur Verfügung stehen.



Grafik: Rehafutur Handlungsfelder

## 2 Ausgangssituation

### 2.1 Auftrag und Arbeitsweise der Fachgruppe

Die Deutsche Akademie für Rehabilitation und die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur haben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales im September 2007 den Auftrag erhalten, Vorschläge für die mittel- und langfristige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen zu erarbeiten, um auf dieser Basis die zukünftige Rolle der Leistungsberechtigten, Leistungserbringer und Leistungsträger der beruflichen Rehabilitation zu beschreiben. Der Auftrag beinhaltet insbesondere die Aufgaben:

- Entwicklung einer Gesamtkonzeption für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener.
- Erarbeitung von Empfehlungen an Bund, Länder, Leistungsträger sowie Leistungserbringer.

Daraus ergeben sich für die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur u.a. folgende Teilaufgaben:

- Konkrete und umfassende Beschreibung aller relevanten Rahmenbedingungen, die in Zukunft bestimmend sind für die berufliche Rehabilitation einschließlich der zukünftigen Rehabilitationsziele, des Stellenwerts von Rehabilitation in der Gesellschaft und der rechtlichen Grundlagen.
- Interdisziplinäre Beurteilung der Einflüsse auf die berufliche Rehabilitation und der gegenseitigen Beeinflussung der Einflussgrößen.
- Erarbeitung von Eckpunkten für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation unter Berücksichtigung aller Reha-Aktivitäten mit Bezug auf Gesetze, Arbeitsmarkt, Gesellschaft, Wirtschaft, Personenkreis, Finanzen etc.
- Anforderungen an die Arbeit und Tätigkeit der Leistungsträger und Leistungserbringer unter Berücksichtigung der daraus abzuleitenden zukünftigen Rolle der Institutionen, v.a. der Berufsförderungswerke (Kernkompetenzen, Prozesse, Strukturen und Rollenabgrenzung).
- Anforderungen an die zukünftige Rolle der Leistungsberechtigten.
- Anregungen und Empfehlungen für gesetzliche Veränderungen.
- Anhörungen der Leistungsträger, Leistungserbringer und der Leistungsberechtigten.
- Einbeziehung bzw. Kommentierung der Anhörungsergebnisse in die konzeptionellen Aussagen.

Der Auftrag an die Fachgruppe intendiert, dass allgemeingültige Aussagen zur beruflichen Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen und ihrer langfristigen Entwicklung erarbeitet werden. Die Vorschläge und Empfehlungen der Fachgruppe beschreiben die Anforder-

rungen an die Leistungsberechtigten, Leistungsträger und Leistungserbringer auf Basis einer zukunftsorientierten Konzeption beruflicher Rehabilitation.

Im Beratungsprozess der Fachgruppe (Oktober 2007 bis Dezember 2008) standen zu Beginn folgende Themen im Vordergrund: die Analyse der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und institutionellen Strukturen sowie die Interaktionen der Akteure im Reha-Prozess. Auf dieser Grundlage sind zentrale Einflussfaktoren identifiziert worden. Dazu gehört die Frage, inwieweit die Zielsetzungen der unterschiedlichen Akteure zueinander passen bzw. im Widerspruch zueinander stehen. Außerdem wurde untersucht, welche Zielgruppen die Rehabilitation aktuell bestimmen und welche Zielgruppen in Zukunft von Bedeutung sind. Darüber hinaus wurde die Datenlage in der beruflichen Rehabilitation bewertet und Daten zur Entwicklung des Arbeitsmarktes und zur demografischen Entwicklung diskutiert. Die derzeitige Gestaltung der Zugangsprozesse sowie die Themen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten haben ebenfalls eine große Rolle gespielt.

Parallel zu den Sitzungen der Fachgruppe sind verschiedene Fachgespräche mit den Mitgliedern des Expertenpools (Personalbereich Unternehmen, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Leistungsträger- und Erbringer, Bildung, medizinische Rehabilitation) geführt worden. Ende September 2008 haben Vertreter der Leistungsträger<sup>3</sup> und Leistungserbringer<sup>4</sup> zu einem umfangreichen Fragenkatalog<sup>5</sup> ihre Stellungnahmen angegeben. In einem dreitägigen Workshop<sup>6</sup> stand Ende Oktober 2008 die Sichtweise der Leistungsberechtigten zum Thema Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation im Mittelpunkt.

In allen Diskussionen und Beratungen der wissenschaftlichen Fachgruppe spielte eine große Rolle, den Veränderungsbedarf des bestehenden Rehabilitationssystems einzuschätzen. Ziel hierbei war vor allem, jene Elemente zu identifizieren, die für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation von Bedeutung sind. Im Kapitel 4 werden dazu acht Handlungsfelder für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation dargestellt.

Zukunftsfähig ist berufliche Rehabilitation vor allem dann, wenn sie, mit Blick auf gravierende gesellschaftliche Veränderungen, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen nachweislich und signifi-

---

<sup>3</sup> Beteiligt waren die Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit

<sup>4</sup> Beteiligt waren die Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren, Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke (BUBE), Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation, Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen.

<sup>5</sup> Themen des Fragenkatalogs waren: Zugangssteuerung, Durchführung der Rehabilitation, Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel, Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems, Forschung in der beruflichen Rehabilitation.

<sup>6</sup> An diesem Workshop waren insgesamt 65 Personen (darunter 36 Leistungsberechtigte) beteiligt.

kant verbessert. Entscheidende Impulse können hierbei auch von einer Intensivierung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten ausgehen.

Die wissenschaftliche Fachgruppe betrachtet die berufliche Rehabilitation der Zukunft als einen transdisziplinären und politikfeldübergreifenden Interventionsansatz, der wesentlich zur Inklusion und Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung beitragen kann. Von entscheidender Bedeutung ist hier die Frage, inwieweit sich das Rehabilitationssystem in Zukunft stärker als heute als lernendes System versteht. Die vorliegende Stellungnahme versteht sich als ein Beitrag in diese Richtung. Es stehen deshalb auch keine fertigen und umfassenden Lösungen im Mittelpunkt, sondern Anregungen und Eckpunkte für den weiteren Diskussionsprozess.

## **2.2 Die berufliche Rehabilitation als Sicherung und Wiedereingliederung von dringend benötigten Arbeitskräften**

Die Integration von Menschen mit Behinderungen in den ersten Arbeitsmarkt ist immer eine Frage der Anforderungen, die die Unternehmen und Betriebe an den einzelnen Arbeitnehmer stellen, eine Frage des Stellenangebots und auch eine Frage bezüglich Art und Schwere der Tätigkeit, die hierbei ausgeübt werden muss. Handlungsspielräume für Integration entstehen aber auch dann, wenn Betriebe bereit sind, bestehende Arbeitsplätze an die Fähigkeiten der Person anzupassen.

Die Anforderungen und Voraussetzungen an den einzelnen Erwerbstätigen sind in den letzten Jahren gestiegen und steigen weiter. Wir leben heute bereits in einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft, die Geringqualifizierten nur wenig Platz lässt (Allmendinger, Rauch, 2005<sup>7</sup>). Der Zusammenhang von Bildungsniveau und Arbeitslosigkeit ist offensichtlich: So lag im Jahr 2005 die Arbeitslosenquote von Menschen ohne Berufsabschluss bei 26 Prozent, diejenige von Lehr- und Fachschulabsolventen bei 9,7 Prozent, während sie bei Hoch- und Fachhochschulabsolventen nur bei 4,1 Prozent betrug (Biersack et al., 2008<sup>8</sup>). Die ungleichen Chancen werden sich in Zukunft verstärken. Alleine hier ist Handlungsbedarf, vor allem wenn man bedenkt, dass die Bildungsexpansion in Deutschland mit Beginn der 90er Jahre zu einer Bildungsstagnation geworden ist. Bis dahin hatte sich der Anteil der Ungelernten massiv reduziert und im Gegenzug der Anteil der Qualifizierten vergrößert.

---

<sup>7</sup> Allmendinger, Jutta; Rauch, Angela (2005): Der Arbeitsmarkt der Zukunft. Qualifikationsanforderungen und Integrationschancen behinderter Menschen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.), Perspektiven für Suchtkranke. Teilhabe fördern, fordern, sichern, (Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht, 28).

<sup>8</sup> Biersack, Wolfgang; Kettner, Anja; Reinberg, Alexander; Schreyer, Franziska (2008): Akademiker/innen auf dem Arbeitsmarkt: Gut positioniert, gefragt und bald sehr knapp. IAB-Kurzbericht, 18/2008.

Dies ist aber nur eine Facette. Die zukünftigen Entwicklungslinien lassen sich in miteinander verflochtenen Teilbereichen beschreiben:

- Veränderung der Tätigkeitsstrukturen und des Arbeitskräftebedarfs (auch im Hinblick auf Fragen einer notwendigen Bildungsexpansion)
- Demographische Entwicklung mit der Veränderung des Erwerbspersonenpotentials.

So prognostiziert das IZA<sup>9</sup> einen hohen Bedeutungsverlust für den primären Sektor der Beschäftigung (Landwirtschaft, Bergbau), auch der sekundäre Sektor (Bau, Energie, verarbeitendes Gewerbe) wird leichte Einbußen hinnehmen müssen, während der tertiäre Sektor (Finanzierungs- und Unternehmensdienste, private und öffentliche Dienstleistungen) immer weiter an Bedeutung gewinnt (mit Ausnahme der öffentlichen Verwaltung) (Bonin et al., 2007). Die Folgen liegen klar auf der Hand. Die Zahl von Einfacharbeitsplätzen wird weiter sinken, während der Bedarf an gut qualifizierten Arbeitskräften zunehmen wird.

Die Möglichkeiten oder Chancen einer Integration in das Erwerbsleben ist aber auch eine Frage des zur Verfügung stehenden Erwerbspersonenpotentials und damit der demographischen Entwicklung. Diese wird in Deutschland auf lange Sicht die Arbeitslandschaft deutlich verändern. Denn die Bevölkerung schrumpft und altert und damit verschiebt sich der Altersaufbau in den nächsten Jahren: So war im Jahr 2005 die Relation von Kindern unter einem Jahr (685.987) und Personen im Alter von 43 Jahren (1.397.128) etwa 1:2.<sup>10</sup> Im Jahr 2050 wird sich (abgesehen von Zuwanderung und Sterbefällen) die Zahl der dann 43-Jährigen halbiert haben. Bis 2020 steigt die Anzahl der 55- bis 64-Jährigen, um danach wieder zu fallen, allerdings im Durchschnitt auf einem höheren Niveau als heute. Gleichzeitig zeigt sich der herrschende Geburtenmangel: Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Kinder und Jugendlichen deutlich abnehmen.

Die so genannten Baby-Boomer-Generationen (die geburtenstarken Jahrgänge v.a. aus den 60er Jahren) werden immer älter und scheiden ab 2020 langsam aus dem Erwerbsleben aus. Damit ist bis 2020 mit einem leichten, danach mit einem deutlichen Rückgang des Erwerbspersonenpotentials zu rechnen. Die mit der verlängerten Lebensarbeitszeit (Stichwort Rente ab 67) erwartbare steigende Erwerbsbeteiligung kann den demographisch bedingten Rückgang des Erwerbspersonenpotentials nicht völlig ausgleichen, nur bremsen.<sup>11</sup> Unter den gegebenen Umständen werden bis 2050 rd. sieben Millionen Arbeitnehmer weniger zur Verfügung stehen als heute. Dies ist fast ein Sechstel der heute Erwerbstätigen.

---

<sup>9</sup> Bonin, H., Schneider, M., Quinke, H., Arens, T. (2007): Zukunft von Bildung und Arbeit. IZA Research Report No. 9.

<sup>10</sup> Bach, H.-U. et al.: (2008): Der deutsche Arbeitsmarkt - Entwicklungen und Perspektiven. In: J. Möller & U. Walwei (Hrsg.), Handbuch Arbeitsmarkt 2009, (IAB-Bibliothek, 314), Bielefeld: Bertelsmann, S. 11-76.

<sup>11</sup> ders.

Konsequenz dieser Entwicklungen ist, dass bis 2020 mehr Ältere dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, und in den Betrieben wird es mehr Personen jenseits der 50 geben als Jüngere unter 30 Jahren. Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft steigt auch der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter in den Unternehmen. Diese leiden aber häufiger, das zeigen Studien und auch die Statistiken der Krankenkassen, unter physischen und psychischen Arbeitsbelastungen. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten steigen ab Mitte vierzig exponential und sind zumeist länger als bei jüngeren Altersgruppen.

Die aufgezeigten Entwicklungslinien werfen Fragen und Anforderungen an die Politik generell auf, im Besonderen aber an die Praxis der betrieblichen Prävention und des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM). Die Arbeitskraft des Einzelnen zu erhalten bzw. nach einer Erkrankung durch BEM und durch berufliche Rehabilitation wieder in das Erwerbspersonenpotenzial zurück zu führen, ist ein Gebot sowohl aus unternehmerischer als auch volkswirtschaftlicher Perspektive. Dies gilt im gleichen Maß für Arbeitslose.

Vor der demographischen und wirtschaftlichen Entwicklung sind Alter, Gesundheit und Qualifikation Schlüsselfaktoren der beruflichen Integration. Darin liegen Chancen und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation. Eine stärkere betriebliche Ausrichtung und Individualisierung der beruflichen Rehabilitation und eine Verzahnung mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement können einen Beitrag leisten, die berufliche Integration von gesundheitlich beeinträchtigten und behinderten Menschen zu stärken. Erforderlich ist aber auch ein wesentlich stärkerer Einbezug von Personen jenseits der Fünfzig in das System beruflicher Rehabilitation.

Ein erfolgreicher Übergang zur wissensbasierten Wirtschaft und Gesellschaft muss mit einer Orientierung zum lebenslangen Lernen einhergehen. Dies findet sich in den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Lissabon wieder (März 2000: Verabschiedung Lissabon-Strategie des Europäischen Rates). Vor diesem Hintergrund hat die Europäische Kommission im Oktober 2000 ein Memorandum<sup>12</sup> zum lebenslangen Lernen veröffentlicht, das als Grundlage für die Entwicklung von kohärenten Strategien zur Förderung des lebenslangen Lernens in den verschiedenen Ländern der EU dient. Dies alles folgte dem formulierten Ziel der EU-Bildungspolitik: „Entwicklung zum wettbewerbsfähigsten und wissensbasiertem Wirtschaftsraum durch gemeinsame Bildungspolitik entsprechend den Anforderungen der Wissensgesellschaft.“ Die Kernaussagen des Memorandums (Fahle 2001<sup>13</sup>) folgen der Erkenntnis der aktuellen Bildungsforschung und Entwicklung und bringen eine Systematisie-

---

<sup>12</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaft SEK (2000) 1832. Memorandum über Lebenslanges Lernen. Brüssel Oktober 2000.

<sup>13</sup> Fahle, K. (2001): Das „Memorandum über lebenslanges Lernen“ im Kontext der europäischen Bildungszusammenarbeit. BIBB, BWP 4, 17-21.

rung der Bildungspolitik auch als Grundlage für nationale Strategien. Benachteiligte Gruppen in der Gesellschaft finden sich hier allgemein auch wieder.

Auf dieser Grundlage bauen inzwischen viele Entwicklungen in der deutschen Bildungspolitik auf, von Bund und Ländern koordiniert betrieben.<sup>14</sup> Aktivitäten zur systematischen Unterstützung des lebenslangen Lernens umfassen „Themennetze“ wie z.B. Bildungsberatung, neue Lernwelten und Lernorte, neue Übergänge, Aus- und Weiterbildung in und mit KMU, alles mit dem Ziel der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und Verwirklichung der Chancengerechtigkeit im Bildungs- und Beschäftigungssystem.<sup>15</sup> Bereits 2004 hat die Bund-Länder-Kommission folgende Entwicklungsthemen zum lebenslangen Lernen formuliert: Einbeziehung informellen Lernens, Selbststeuerung, Kompetenzentwicklung, Vernetzung, Modularisierung, Lernberatung, neue Lernkulturen/Popularisierung des Lernens und chancengerechter Zugang.<sup>16</sup>

### **2.3 Die berufliche Rehabilitation als normativ-rechtlicher Anspruch**

Grundlage des Behindertenrechts und zugleich normativer Maßstab ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Es konkretisiert das verfassungsmäßige Gleichstellungsgebot, wonach niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG), in einen Rechtsanspruch für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, am Arbeitsleben teilzuhaben wie andere Bürger. Bezug nehmend auf das umfassende Verständnis der WHO gelten nach dem SGB IX Menschen als „behindert“, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen darauf ab, unabhängig von der Ursache der Behinderung diese abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten und deren Folgen zu mildern. Die Förderung hat zum Ziel, behinderten Menschen Erwerbsarbeit „entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern...“ (§ 4 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Berufliche Rehabilitation ist der Weg, auf dem die Beschäftigungsfä-

---

<sup>14</sup> Siehe z.B. die Empfehlungen des Innovationskreises Weiterbildung für eine Strategie zur Gestaltung des Lernens im Lebenslauf (Hrsg. BMBF 2008).

<sup>15</sup> Siehe die Förderrichtlinien für "Integrierte Dienstleistungen regionaler Netzwerke für Lebenslanges Lernen" zur Vertiefung II des Programms "Lernende Regionen - Förderung von Netzwerken" (BMBF Bonn, den 12.02.2007).

<sup>16</sup> Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung. Strategie für Lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2004.

higkeit erstmals hergestellt (Ersteingliederung) bzw. wieder hergestellt (Wiedereingliederung) wird. Mit dem Recht auf Förderung der Teilhabe verbinden sich zwei wesentliche Elemente:

- Das Ziel der Förderung der beruflichen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsarbeit dauerhaft zu sichern.
- Die Förderung soll sich an den Neigungen und Fähigkeiten ausrichten.

Eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben gelingt nur, wenn die Beschäftigungsfähigkeit des behinderten Menschen so weit hergestellt wird, dass ein Wert schöpfender Einsatz und Mobilität auf dem Arbeitsmarkt möglich ist. Alle vorliegenden Unternehmensbefragungen zu diesem Thema gelangen zu demselben Ergebnis: Arbeitgeber beschäftigen behinderte Menschen, wenn ihre Leistungen zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes passen. Finanzielle Förderungen sind für die Akquisition einer Arbeitsstelle hilfreich, möglicherweise sogar unumgänglich. Auf Dauer ist allerdings die produktive Einsatzmöglichkeit des behinderten Menschen entscheidend.

Insofern unterscheiden sich die Anforderungen an die Beschäftigung behinderter Menschen überhaupt nicht von denen anderer Arbeitnehmer. Die Beschäftigungsfähigkeit<sup>17</sup> ist Voraussetzung für eine dauerhafte, Wert schöpfende Erwerbstätigkeit. Das Zusammenspiel von guter fachlicher Qualifikation, sozialer Handlungskompetenz und Gesundheit bildet die Grundlagen für die Entwicklungsfähigkeit von Arbeitnehmern und ihrer Arbeitsmarktflexibilität.

Die Europäische Kommission will damit einen 'sustainable and operational approach to disability issues in the enlarged Europe' (KOM 2003: 3<sup>18</sup>) erreichen, basierend auf dem "social model of disability", das die Rechte aller Individuen an einer ganzheitlichen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft beinhaltet (ders.). Integration in den Arbeitsmarkt spielt dabei eine entscheidende Rolle. So ist schon in den Aktionsplänen 2004 bis 2010 der Kommission zu lesen, dass ein nachhaltiges Konzept für die Behindertenthematik dargelegt werden soll. Dabei ist die Richtlinie zur Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf bzw. deren uneingeschränkte Anwendung von zentraler Bedeutung: „Da der Beschäftigung nach wie vor eine ausschlaggebende Rolle bei der sozialen Integration zukommt, wird die erste Phase des EU-Aktionsplans (...) auf die Schaffung der Bedingungen ausgerichtet sein, die

---

<sup>17</sup> Die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit („Employability“) ist seit 1997 Bestandteil der Europäischen Beschäftigungsstrategie. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/employment\\_strategy/98\\_guidelines\\_de.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/employment_strategy/98_guidelines_de.htm) Zugriff 11.12.2008.

<sup>18</sup> Kommission der Europäischen Gemeinschaft (KOM) (2003): Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen: Ein Europäischer Aktionsplan <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2003:0650:FIN:EN:PDF>

erforderlich sind, um die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zu fördern und den ersten Arbeitsmarkt (...) besser zugänglich zu machen (KOM, 2003: 3).

In den Rechtsgrundsätzen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben schwingt eine zweite entscheidende Komponente mit: die Ausrichtung an der Neigung und den Fähigkeiten des behinderten Menschen. Angezielt wird die selbstbestimmte und eigenverantwortliche Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Die dafür notwendigen Hilfen sollen jedem behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen unabhängig von der Ursache der Behinderung geleistet werden. Dies gilt insbesondere auch, wenn für diese Leistungen unterschiedliche Träger und Institutionen mit unterschiedlichen Leistungsgesetzen zuständig sind. Die Hilfe soll individuell auf die konkrete Bedarfssituation des Einzelfalls zugeschnitten werden. Die Rehabilitation muss dieser Bedarfssituation mit geeigneten Mitteln gerecht werden (Haines, 2005).

In § 1 SGB IX ist die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen als Leitziel der Rehabilitation festgeschrieben. Mit der Verankerung dieser Zielsetzung wird hervorgehoben, dass Menschen mit Behinderungen, wie alle nicht behinderten Bürgerinnen und Bürger auch, ein Recht darauf haben, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten und ihr Wunsch nach Individualität sowie Autonomie zu respektieren ist, auch wenn der einzelne Mensch in seiner Lebensführung auf die Unterstützung durch institutionelle Hilfesysteme angewiesen ist.

In der Kommentierung des Gesetzes (Dau, Düwell, Haines LPK-SGB IX, 2002: 25) wird zum Thema Selbstbestimmung ausgeführt: „Die Förderung der Selbstbestimmung durch die zu erbringenden Leistungen entspricht dem Respekt des Gesetzes vor der Menschenwürde behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen; die betroffenen Menschen sollen nicht als Adressat oder gar Objekt öffentlicher „Fürsorge“ verstanden werden, vielmehr sollen die von ihnen benötigten Sozialleistungen und deren Ausführungen ihre Menschenwürde respektieren und erweitern. „Selbstbestimmung“ - als deutsche Fassung von „Autonomie“ und als Gegenbegriff zu (abgelehnter) „Fremdbestimmung“- ist zugleich eine zentrale politische Zielsetzung der neuen Behindertenbewegung. Zu verstehen ist sie als verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal und schließt den Respekt vor der Selbstbestimmung anderer Menschen ein“.

Das Ziel Selbstbestimmung ist jedoch nicht nur eine Herausforderung für diejenigen, deren Aufgabe es ist, Leistungen zur Teilhabe zu organisieren. Selbstbestimmung lässt sich nicht mit einem passiv konsumierenden Kunden realisieren. Selbstbestimmung fordert im Gegenteil die Aktivität und Initiative des Leistungsberechtigten heraus. Selbstbestimmung muss der Leistungsberechtigten auch selber wollen.

Bereits die Begründung des Gesetzesentwurfes (BT-Drs. 14/5074: 98) weist auf den Charakter der Hilfe zur Selbsthilfe von Rehabilitationsleistungen hin. In der Begründung heißt es u.a., „Leistungen zur Teilhabe können nur Angebote und Chancen sein, die von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen aktiv genutzt werden müssen, um das Ziel dieser Leistungen - die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft - zu erreichen. Die Vorschrift (§1 SGB IX) zielt also -ebenso wie alle Vorschriften des Neunten Buches - darauf ab, so weitgehend wie immer möglich die eigenen Fähigkeiten zur Selbstbestimmung -und damit auch zur Selbsthilfe - zu stärken, zu unterstützen und eine möglichst selbständige Lebensführung zu ermöglichen.“

Selbstbestimmung heißt somit auch Übernahme von Selbstverantwortung durch die Rehabilitanden. Deshalb muss die aktive Mitwirkung bei der Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit in Vordergrund stehen, aber auch eingefordert werden.

### **3 Leitbild RehaFutur**

#### **Vision**

Im Arbeitsleben können Menschen mit Behinderung ihre individuelle Leistungsfähigkeit wertschöpfend einbringen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben orientieren sich daran, was individuell getan werden muss, um den Leistungsberechtigten zu befähigen, seine eigene Entwicklung soweit wie möglich selbst zu steuern sowie eigenständig und verantwortungsbewusst in die Hand zu nehmen. Was er aufgrund seiner individuellen Fähigkeiten und unter Berücksichtigung der Teilhabezielsetzung nicht selbständig erarbeiten kann, muss von den Leistungsträgern und Leistungserbringern übernommen werden.

Bei allen Aktivitäten in der beruflichen Rehabilitation stehen die individuellen Bedarfe der Leistungsberechtigten im Rahmen der Gesetze im Vordergrund. Die Interessen, Prozesse und Strukturen der beteiligten Institutionen orientieren sich daran.

#### **Innovationspotenziale beruflicher Rehabilitation**

Die Arbeitswelt der Zukunft wird dienstleistungs- und wissensorientiert sein. Nationale Entwicklungen werden von globalen Entwicklungen überlagert. Die Exportnation Deutschland wird sich deshalb immer wieder an entsprechende Entwicklungen rasch anpassen müssen. Industriegesellschaftlich geprägte Strukturen werden zunehmend durch die herausziehende Wissensgesellschaft transformiert.

Der Bedarf an qualifizierten Fachkräften wird deutlich zunehmen. Umfassende berufliche Bildung und kontinuierliche Kompetenzentwicklung über den gesamten Lebenslauf werden deshalb eine bedeutende Rolle in der beruflichen Rehabilitation der Zukunft spielen.

Die demografische Entwicklung sowie die Individualisierung der Gesellschaft werden neben den ökonomischen Faktoren den Entwicklungskorridor in die Zukunft gleichermaßen prägen. Unternehmen müssen sich deshalb stärker an den individuellen Lebenslagen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren. Vielfalt wird somit gefördert, wodurch neue Handlungsspielräume für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Menschen mit Behinderung entstehen.

Bildungs- und Gesundheitsressourcen müssen so genutzt werden, dass sie zur Inklusion und zum sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft beitragen. Brüche in der Berufsbiografie aufgrund gesundheitlicher Problemlagen führen dann nicht zum Verlust der Teilhabe am

Arbeitsleben, wenn sie durch geeignete Vorgehensweisen und Strukturen der Rehabilitation aufgefangen werden. Berufliche Rehabilitation muss der Bevölkerung deshalb ähnlich bekannt sein, wie andere Institutionen (z.B. Hausarzt und Krankenhaus) des Gesundheitssystems auch.

Eine Verknüpfung von arbeitsmarkt-, bildungs- und gesundheitspolitischen Konzepten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation zu einem integrativen Interventionsansatz besitzt vor dem Hintergrund der o.g. gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein hohes Innovationspotenzial. Dieses Potenzial lässt sich für die Weiterentwicklung eines aktivierenden Sozialstaates nutzen, der die Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger durch entsprechende Dienstleistungsangebote unterstützt.

Der trägerübergreifende Ansatz des SGB IX muss offensiver realisiert werden. Dazu gehört eine stärkere Angleichung der Leistungsgesetze an das SGB IX sowie die Weiterentwicklung des SGB IX als Leistungsgesetz unter Berücksichtigung der anderen Leistungsgesetze. Ebenso wichtig ist eine konsequentere Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Der Selbstbestimmungsgedanke des SGB IX erfordert darüber hinaus eine umfassende Individualisierung des gesamten Rehabilitationsverfahrens.

### **Die neue Rolle der Akteure**

Zentrale Aufgaben der Leistungsträger sind die Gewährleistungsverantwortung für die Dienstleistungsqualität des Versorgungssystems, die Verantwortung für die Eingliederung der Leistungsberechtigten und das Wissensmanagement der Rehabilitationskette, orientiert an den Ansprüchen und Wertvorstellungen im SGB IX. Individualisierte Leistungen erfordern eine Veränderung der Zugangsvoraussetzungen und der Zugangssteuerung. Auch für die Träger müssen in Zukunft Qualitätsvergleiche auf Basis von systematischer Forschung und Entwicklung selbstverständlich sein.

Für die Leistungserbringer gehen von den Themen Individualisierung und Flexibilisierung, Steuerung des Reha-Prozesses und Qualifizierung in Kooperation mit Unternehmen innovative Impulse aus. Systematische Kooperationen mit Unternehmen zu organisieren, um fließende und gestufte Übergänge in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen, ist eine zentrale Aufgabe der Erbringer zur Unterstützung der Erhaltung oder Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit und der dauerhaften Integration der Leistungsberechtigten. Leistungserbringernetzwerke für flächendeckende Angebote, gemeinsame Qualitätsentwicklung und Forschung werden darüber hinaus zunehmend wichtiger.

Gemeinsam müssen die Leistungsträger und Leistungserbringer kontinuierlich überprüfen, inwieweit die Leistungen zur Teilhabe den Anforderungen des Arbeitsmarktes gerecht werden. Entsprechende Koordinierungsstrukturen und Prozesse sind dafür noch zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist eine strategisch orientierte Teilhabeforschung für Menschen mit Behinderung, die sich mit der Entwicklungsdynamik der Gesellschaft auseinandersetzt, für alle Akteure wichtig. Hierzu gehören auch gemeinsame Fortbildungskonzepte für alle Fachkräfte der Rehabilitation zur Sicherung der Qualitätsstandards. Teilhabechancen sowie eine Gefährdung der Teilhabe für Menschen mit Behinderung können frühzeitig nur erkannt werden, wenn der gesellschaftliche Transformationsprozess systematisch beobachtet und entsprechend kritisch begleitet wird.

In Bezug auf die Leistungsberechtigten gilt es in Zukunft, die aktive Mitwirkung und Mitverantwortung stärker einzufordern. Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Eigeninitiative und Selbstgestaltung sind im Gegenzug jedoch auch gezielt zu fördern. Voraussetzung dafür sind entsprechende Mitbestimmungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten. Umfassende unabhängige Beratung in allen Phasen der Rehabilitation sowie weitere Ressourcen in Abhängigkeit von der persönlichen Lebenssituation müssen barrierefrei und unbürokratisch zugänglich sein. Mit dem Fokus auf Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Eigeninitiative wird die berufliche Rehabilitation damit zentralen Anforderungen der Arbeitswelt der Zukunft gerecht. Die Teilhabechancen der Betroffenen können hiermit deutlich verbessert werden.

#### **4 Vorrangige Handlungsfelder einer zukunftsorientierten beruflichen Rehabilitation**

Mit den vorliegenden Handlungsfeldern verfolgt die wissenschaftliche Fachgruppe das Ziel, Grundlagen für ein zukunftsfähiges System der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln. Die konkrete Gestaltung liegt bei der Politik und den beteiligten Trägern der beruflichen Rehabilitation unter Einschluss der Verbände der Betroffenen bzw. der Leistungsberechtigten, der Leistungserbringer sowie der Sozialpartner.

##### **4.1 Akzeptanz stärken, Bekanntheitsgrad und Zugang verbessern**

Der „Hausarzt“ bzw. andere ambulante Fachärzte sowie das Krankenhaus sind den Bürgern als zentrale Anlaufpunkte für gesundheitliche Probleme bekannt und vertraut. Dass im Versorgungssystem darüber hinaus eine „Kur“ zur Stabilisierung der Gesundheit in Anspruch genommen werden kann, ist vielen Bürgern ebenfalls noch bekannt. Dass neben der medizinischen Rehabilitation auch eine berufliche Orientierung bzw. Neuorientierung fester Bestandteil des Versorgungssystems ist, ist in weiten Teilen der Bevölkerung jedoch kaum bekannt.

Die Bildungsangebote und Hilfen der beruflichen Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit werden in der Regel nicht mit den Kernangeboten des Gesundheitssystems oder mit der beruflichen Bildung in Verbindung gebracht. Aber auch die betriebliche Gesundheitsförderung und der Arbeits- und Gesundheitsschutz haben viele Berührungspunkte mit beruflicher Rehabilitation. Hier sollte eine systematische Verbindung von Prävention und Rehabilitation hergestellt werden. Der Nutzen beruflicher Rehabilitation für den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen sollte im Unternehmen bekannt sein. Darüber hinaus muss der Beitrag beruflicher Rehabilitation zum lebenslangen Lernen im öffentlichen Bewusstsein prä-senter werden.

Erwerbstätige und Arbeitslose mit gesundheitlichen Problemen erfahren häufig spät und „eher zufällig“ von den Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation. Es gilt, den Bekanntheitsgrad beruflicher zu steigern, damit sich die Betroffenen frühzeitig bei gesundheitlichen Problemlagen, die die Teilhabe am Arbeitsleben gefährden, an die dafür zuständigen Anlaufstellen wenden. Der Bekanntheitsgrad trägt generell dazu bei, früher von entsprechend informierten Personen auf die Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation hingewiesen zu werden. Die potenziellen Nutzer müssen ihre Rechte und das Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation kennen sowie in ihrer Motivation gestärkt werden, Leistungen frühzeitig in Anspruch zu nehmen.

Folgende Aspekte sind in diesem Zusammenhang u.a. zu berücksichtigen: Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit der hauptverantwortlichen Akteure der beruflichen Rehabilitation sowie der verantwortlichen Regierungsstellen, systematische Einbindung aller Multiplikatoren, gezielte kontinuierliche Informationsverteilung über das Internet sowohl für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen als auch zwischen potenziellen Antragstellern und Absolventen der beruflichen Rehabilitation.

**Entwicklungsrichtung:** Berufliche Rehabilitation ist als sozialpolitischer Auftrag des Staates der Bevölkerung bekannt. Durch eine Veränderung des Informationszugangs werden die Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessert.

#### **4.2 Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern**

Die Selbstbestimmung behinderter Menschen ist als Leitziel bereits im SGB IX verankert. Wunsch und Wahlrechte sowie das persönliche Budget konkretisieren den Selbstbestimmungsgedanken. Für eine zukunftsfähige Rehabilitation wird es entscheidend darauf ankommen, dass die Festlegung der Rehabilitationsziele und die Überlegungen zu den notwendigen Rehabilitationsleistungen im Dialog mit dem Leistungsberechtigten erarbeitet werden. Das setzt voraus, dass der Betroffene über alle notwendigen Informationen verfügt und ohne allzu hohe bürokratische Hürden entsprechende Beratungsangebote nutzen kann.

Darüber hinaus gilt es, die persönlichen Möglichkeiten des Einzelnen als „Eigenleistung“ im vollen Umfang, insbesondere auch für die Steuerung des gesamten Reha-Prozesses, zu aktivieren. Die Fähigkeiten zur Selbststeuerung, zum Selbstmanagement und zum selbstgestalteten Lernen gilt es deshalb systematisch zu fördern. Die Prozesse der beruflichen Rehabilitation sind daher zu hinterfragen, inwieweit sie Eigeninitiative und Selbststeuerung herausfordern bzw. eher eine passive Konsumentenhaltung fördern. Dies ist auch im Blick auf die zukünftigen Anforderungen des Arbeitsmarktes von entscheidender Bedeutung. Dieser fordert von dem einzelnen Erwerbstätigen eine hohe Orientierungsleistung, Eigenmotivation und die Fähigkeit, Arbeitsergebnisse selbstgesteuert erreichen sowie den eigenen Prozess des lebenslangen Lernens eigenständig gestalten zu können.

Für die Umsetzung eines solchen Ansatzes werden geeignete Strukturen (z.B. Beratung, Assessment siehe 4.3) benötigt, um die persönlichen Selbststeuerungsfähigkeiten, -potenziale und -grenzen des Leistungsberechtigten realistisch einschätzen zu können.

Auf Basis der assessmentgestützten Bewertung der „Eigenleistungsfähigkeit“ kann der notwendige Unterstützungsbedarf definiert werden, um die Eigenständigkeit und die Selbsthilfe-

potenziale des Leistungsberechtigten gezielt fördern zu können und für die Verantwortungsbereitschaft zu sensibilisieren. Im laufenden Prozess gilt es dann, die Unterstützungsprozesse kontinuierlich an die Weiterentwicklung der Person anzupassen (zunehmende Eigenaktivität und -steuerung bei abnehmenden Unterstützungsprozessen). Perspektivisch sollte ein sich selbst optimierendes System entstehen, das Selbst- und Fremdsteuerung unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Rehabilitationsziele ausbalancieren kann.

**Entwicklungsrichtung:** Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bilden die Grundlage für die Subjektorientierung der beruflichen Rehabilitation und tragen zu mehr Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit bei. Ressourcen für die Förderung von Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, selbstgestaltetes Lernen bzw. Selbstmanagement stehen zu Verfügung. Die Strukturen ermöglichen bzw. erleichtern Eigeninitiative der Leistungsberechtigten. Selbstbestimmung stärkt damit auch das Beschäftigungspotenzial von Menschen mit Behinderung. Unterstützungsleistungen positionieren sich an der individuellen Grenze der Selbstgestaltung der Prozesse.

#### **4.3 Trägerunabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen**

Beratung ist ein zentrales Instrument, um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Rehabilitationszugang zu gewährleisten.

Basis muss eine Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung sein, wie sie entsprechend den Vorstellungen der EU im Rahmen der Umsetzung der Lissabon-Strategie derzeit zur Förderung des lebenslangen Lernens in der beruflichen Bildung aufgebaut wird. Darauf setzt die Beratung der beruflichen Rehabilitation auf.

Im Rahmen von Beratung wird der Betroffene u.a. informiert über den Zugang zur beruflichen Rehabilitation, das Antragsverfahren, alternative berufliche Möglichkeiten und damit verbundenen Anforderungen. Auch ist die Frage zu klären, inwieweit überhaupt ein „Reha-Fall“ vorliegt. Beratung trägt damit entscheidend dazu bei, dass der Leistungsberechtigte die Möglichkeiten, die sich durch berufliche Rehabilitation vor dem Hintergrund seiner persönlichen Situation ergeben, erkennt.

Beratung hat jedoch nicht nur diesen sachlichen Teil, sondern sie trägt auch ganz wesentlich zur psychosozialen Orientierung und zur persönlichen Standortbestimmung bei. Sie kann zu der notwendigen Zielklarheit des Betroffenen beitragen, ohne die weder Selbstbestimmung noch Selbstverantwortung funktioniert. Beratung unterstützt den Leistungsberechtigten somit, sich über seinen persönlichen Handlungsspielraum klar zu werden, trotz einer schwieri-

gen gesundheitlichen Gesamtsituation. Damit trägt Beratung dazu bei, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation zu behalten. Trotz des biografischen Bruchs, den bisherigen Beruf nicht weiter ausüben zu können, kann sich der Betroffene als Gestalter seiner Lebenssituation erleben, der selbstbestimmt agiert und Verantwortung für seine Situation übernimmt.

Neben professionellen Beratungsangeboten ist zu überlegen, inwieweit diese durch unterschiedliche Formen von peer-counseling ergänzt werden. Von Bedeutung sind im gleichen Maße Möglichkeiten der selbständigen Informationsbeschaffung (siehe 4.2).

Ein entscheidender Punkt in diesem Zusammenhang ist, dass die Beratung eine definierte Schnittstelle zur Einleitung eines Rehaverfahrens und zur Ermittlung des Rehabedarfes besitzt. Im Umfeld der Beratung sollten deshalb entsprechende Assessmentmöglichkeiten angesiedelt sein.

**Entwicklungsrichtung:** Trägerunabhängige Beratungsangebote stehen als wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung den Leistungsberechtigten zur Verfügung. Professionelle Beratung wird ergänzt durch Formen des peer-counseling. Die Schnittstelle zur Einleitung des Rehaverfahrens ist definiert.

#### **4.4 Berufliche Rehabilitation am Strukturwandel des Bildungssystems orientieren**

Die Globalisierung, der demografische Wandel und der Weg in die Wissensgesellschaft stellen die Menschen vor große Herausforderungen bezüglich ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. am Arbeitsleben. Inwieweit diese Herausforderung bewältigt werden kann, hängt wesentlich davon ab, ob das Individuum kontinuierlich im Lebenslauf Zugang zu Bildungsressourcen hat. Für die Teilhabe am Arbeitsleben ist die Erhaltung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung.

Das Bildungssystem muss also so flexibel gestaltet sein, dass alle Erwerbspersonen unabhängig von Geschlecht, Alter, dem Erfolg der Schulkarriere und der sozialen Lage immer wieder die Gelegenheit erhalten, berufliche Qualifikationen und Kompetenzen aufzubauen und weiterentwickeln zu können. Werden Erwerbspersonengruppen aufgrund der Strukturen des Bildungssystems über einen längeren Zeitraum im Erwerbsverlauf von Bildungsprozessen abgekoppelt, ist deren Teilhabe am Arbeitsleben im höchsten Maße gefährdet.

Doch nicht nur auf individueller Ebene werden Entwicklungsmöglichkeiten durch fehlende Bildungsressourcen blockiert, auch auf gesellschaftlicher Ebene kommt es zu einer Stagnation der wirtschaftlichen Entwicklung, wenn Investitionen in Bildung nicht in einem ausreichenden Maße getätigt werden.

Die in Abschnitt 2.2 beschriebenen Bildungsaktivitäten von Bund und Ländern auf Basis der Lissabon-Strategie des europäischen Rates beinhalten konkret die Planung und Umsetzung von Berufs- und Bildungsberatungsagenturen, Aufbau von regionalen Bildungsnetzwerken, Selbstlernzentren und Qualitätssicherungs-Anstrengungen.

Die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation muss in Zukunft stärker in den angesprochenen Kontext des lebenslangen Lernens eingeordnet werden, selbstverständlich mit ihren Besonderheiten als ein Leistungsbereich zum Ausgleich von Benachteiligung durch Behinderung. Für die berufliche Rehabilitation sind somit folgende Ziel geboten: Orientierung bzw. analoge Anwendung der vorhandenen bzw. geplanten Prozesse und Strukturen sowie Teilnahme an den Entwicklungen im System der beruflichen Bildung.

**Entwicklungsrichtung:** Berufliche Rehabilitation wird fester Bestandteil der Strategie des lebenslangen Lernens zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit. Entwicklungsimpulse der beruflichen Bildung werden aufgenommen und an Innovationsprozessen im System der beruflichen Bildung partizipiert. Rehabilitationskonzepte tragen zur Weiterentwicklung der beruflichen Bildung für Menschen mit gesundheitlichen Problemen bei. Damit wird die Wertschöpfungsfähigkeit dieser Personengruppe gesteigert. Berufliche Rehabilitation wird als Teil des Bildungssystems legitimiert.

#### **4.5 Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren**

Die zentrale Aufgabenstellung in diesem Handlungsfeld lautet: Wie kann das Verhältnis der Institutionen der beruflichen Rehabilitation und der Unternehmen des Arbeitsmarktes im Sinne einer stärkern Konvergenz der Systeme verbessert werden, um die Wiedereingliederung arbeitsloser Rehabilitanden zu verbessern bzw. das „Herausfallen“ aus dem Betrieb aufgrund von gesundheitlichen Problemen frühzeitig zu verhindern.

Zukünftige Bedarfe der Unternehmen speisen sich aus der demografischen Entwicklung sowie der Entwicklung zur Wissensgesellschaft, auch wenn die Perspektive der Unternehmen oft eine eher kurzfristige ist. Eine hohe (Fach)Qualifikation und die Fähigkeit zur persönlichen Weiterentwicklung sind entscheidend für die Stabilität der Beschäftigung des Einzelnen im Unternehmen. Finden Unternehmen nur mit erheblichem Aufwand geeignete Fachkräfte, ergeben sich für die bildungsorientierten Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation vielfältige Anknüpfungspunkte im Umfeld der Themen Personalrekrutierung und Personalentwicklung.

An der Schnittstelle von Unternehmen und Reha-System entsteht jedoch erheblicher Koordinierungs- und Unterstützungsbedarf. Reha-Prozesse an dieser Schnittstelle zu managen ist

eine Aufgabe, für die in den meisten Unternehmen das Know-how fehlt. Das Management entsprechender Prozesse ist deshalb aus Sicht des Unternehmens eine eigenständige Dienst- bzw. Unterstützungsleistung.

Anknüpfungspunkte für diese Dienst- und Unterstützungsleistungen sind: Rehaspezifische Zeitarbeit, Leistungserbringer als verlängerte Werkbank eines Unternehmens, Leistungserbringer ist das zentrale Bildungszentrum in einem Netzwerk von Betrieben, betriebliche Qualifizierungsanteile werden über alle Qualifizierungsmaßnahmen deutlich erhöht, Verknüpfung von Lernen und Arbeiten, formeller und informeller Weiterbildung (Training on the Job, arbeitsprozessintegriertes Lernen, Coaching, Mentoring etc.).

Der Leistungserbringer muss für Unternehmen (insbesondere für KMU) als Bildungs- bzw. als Präventions- und Gesundheitsdienstleister wahrnehmbar sein. Die Aufteilung der Arbeitswelt in die unterschiedlichen Zuständigkeiten der SV- Träger ist nicht sehr produktiv. Jeder Akteur bearbeitet einen Teil, ohne „das Ganze“ (z. B. die Dynamik einer Erwerbsbiografie) zu überblicken. Vor diesem Hintergrund ist ein koordiniertes Zusammenwirken der BEM-, AGS- und BGF- Akteure<sup>19</sup> untereinander und mit dem Personalmanagement im Unternehmen von besonderer Bedeutung. Dadurch kann entscheidend die Ausgliederung von noch Beschäftigten frühzeitig verhindert werden.

Systematische Vernetzungen müssen zwar primär zwischen Leistungserbringern und Unternehmen erfolgen, alle weiteren involvierten Akteure (wie Sozialpartner, Innungen, Kammern etc.) sind jedoch zu beteiligen.

**Entwicklungsrichtung:** Berufliche Rehabilitation trägt durch berufliche Bildung und Kompetenzentwicklung zur Beschäftigungsfähigkeit in einer dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt bei. Hierzu wird die Arbeitsmarkt- und Praxisorientierung unter Berücksichtigung der Entwicklungsdynamik der Arbeitswelt ausgebaut. Systematische Kooperationen mit Unternehmen werden, bereits im Verlauf der Rehabilitation, zwingend erforderlich und selbstverständlich. Gegenüber Unternehmen wird der Dienstleistungscharakter von beruflicher Rehabilitation deutlicher herausgearbeitet.

#### 4.6 Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren

Die allgemeine Zielsetzung der beruflichen Rehabilitation lässt sich in zwei Interventionsdimensionen untergliedern. Eine (personenorientierte) Interventionsdimension besteht in der

---

<sup>19</sup> BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, AGS = Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung

Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Hierzu zählt neben der beruflichen Handlungsfähigkeit auch die Hinführung auf eine zukünftige Selbstgestaltung des lebenslangen Lernens sowie die Förderung der Gesundheit vor dem Hintergrund der individuellen Folgen der Behinderung. Eine zweite (systemorientierte) Interventionsdimension bildet das Management des Übergangs in den ersten Arbeitsmarkt. Die Qualität dieses Übergangsmanagements ist daran zu erkennen, inwieweit fließende und gestufte Übergänge in den ersten Arbeitsmarkt möglich sind.<sup>20</sup> Hierzu müssen entsprechende Strukturen zwischen Rehabilitationseinrichtungen und Unternehmen geschaffen werden (siehe Handlungsfeld fünf).

Für eine dauerhafte und nachhaltige Integration ist darüber hinaus ein Qualifikationsniveau erforderlich, das sich an den zunehmend steigenden Anforderungen des Arbeitsmarktes orientiert. Dabei spielt die Kompetenz zur eigenständigen Gestaltung des lebenslangen Lernens eine besondere Rolle. Diese gilt es im Reha-Prozess ebenfalls zu fördern.

Individualisierung dient dazu, der besonderen Lebenslagen der Leistungsberechtigten entsprechend gerecht zu werden. Damit besteht eine maximale Chance den gesamten Reha-Prozess möglichst eng an die Potenziale, Ressourcen und Ziele der Person zu binden. Auf der Gruppenebene geht es darum, die Bedarfe der verschiedenen Zielgruppen zu berücksichtigen. Individualisiert werden die Faktoren Prozess, Ort (z.B. es werden unterschiedliche Lernorte genutzt bzw. miteinander verknüpft), Zeit (z.B. Teilzeit vs. Vollzeit) sowie die Inhalte der Rehabilitation (z.B. Teilqualifizierung vs. Vollqualifizierung, individuelle Kombination der Fach- und Schlüsselqualifikationen, formell und informell erworbene Kompetenzen und deren Zertifizierung).

Weitere Merkmale individualisierter Reha-Prozesse sind ein individuelles und obligatorisches Assessment zur Ermittlung von Fähigkeiten, Potenzialen und Anforderungen und zur Prozessbegleitung und –überwachung sowie die Beachtung des sozialen Umfeldes des Leistungsberechtigten und der regionalen Integrationschancen. Zu Berücksichtigen ist darüber hinaus, dass Handlungsorientierung, Ganzheitlichkeit und interdisziplinäre Teamarbeit grundlegende Bedeutung für Individualisierung haben.

Besondere Anforderungen ergeben sich an das Management des Rehaprozesses. Individualisierte Rehabilitation ist unter Managementgesichtspunkten ein ähnlicher Paradigmenwechsel wie die Abkehr von der Massenproduktion in der Industrie. Individualisierung in dem Umfang, wie sie hier angedacht ist, erfordert die Integration moderner Technologien und Managementkonzepte, um individuelle Lösungen auch wirtschaftlich umzusetzen. Konzeptionell

---

<sup>20</sup> Der Integrationserfolg hängt jedoch nicht nur von den beiden Interventionsdimensionen ab. Die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt und die Zuweisungssteuerung sind u.a. zwei weitere entscheidende Faktoren, die sich auf den Integrationserfolg auswirken.

könnte in diesem Zusammenhang der Ansatz des „Mass Customization“ handlungsleitend sein (Klinger 2007,<sup>21</sup> Gabriel, Gersch, Weber 2006<sup>22</sup>, Piller 2006<sup>23</sup>).

„Mass Customization“ bedeutet individualisierte Massenfertigung. Es handelt sich dabei um ein Produktionskonzept, in dem einerseits die Vorzüge der Massenproduktion genutzt werden, andererseits dem wachsenden Wunsch des Kunden nach Individualisierung seines Produktes Rechnung getragen wird. Kundenindividuelle Anpassungen lassen sich auf dieser Basis wirtschaftlich realisieren. Damit löst „Mass Customization“ ein Problem, dass die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Individualisierung derzeit noch nicht gelöst hat. Auch wenn sich dieses Konzept nicht 1:1 auf Bildungsprozesse übertragen lässt, so liegt doch zumindest eine durchdachte „Blaupause“ für eine auch wirtschaftliche Leistungserbringung von individualisierten Reha-Prozessen vor.

Unter Berücksichtigung von Analogien zwischen Güterproduktion und Bildungsdienstleistungen sind Voraussetzungen von Mass Customization: Standardisierung von modularen Komponenten der Dienstleistung; die Komponenten müssen individuell kombinierbar sein zu sinnvollen Leistungspaketen; die notwendige Flexibilität muss so organisiert werden, dass individuelle Leistungen in stabilen Prozessen erstellt werden können (die Auswahl für den Kunden muss sinnvoll eingeschränkt werden); aktive Beteiligung des Kunden bei der Planung und Durchführung der Prozesssteuerung (d.h. Selbstgestaltung und Selbststeuerung werden als Strukturelemente zur Reduzierung von Komplexität in das Systemdesign fest eingebaut); Einsatz moderner Technologien und Management-Methoden zur Unterstützung der Prozesse und der Prozesssteuerung (moderne IK-Technik, blended-learning, Wissensmanagement).

**Entwicklungsrichtung:** Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bildet die Orientierung am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten und bestimmt die dazu erforderlichen Prozesse und Strukturen. Maßgeblich für den Bedarf ist die Zielsetzung der Beschäftigungsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Individualisierung trägt dazu bei, den unterschiedlichen Zielgruppen der Rehabilitation vergleichbare Entwicklungschancen zu eröffnen. Fließende Übergänge in Arbeit werden ermöglicht. Für das Prozessmanagement von Individualisierung werden entsprechende Managementansätze entwickelt bzw. adaptiert und implementiert.

---

<sup>21</sup> Klinger, H.: Mass Costimization in Education. In: <http://media.applied-knowing.org/downloads/KlingerMCinEducation.pdf>. Zugriff 22.12.2008.

<sup>22</sup> Gabriel, R., Gersch, M., Weber, P.: Mass Costimization und Serviceplattformstrategien im Blended Learning Engineering. In: <http://www.aifb.uni-karlsruhe.de/Forschungsgruppen/BIK/wi2007/papers/wi-2007-2-001.pdf> . Zugriff: 22.12.2008.

<sup>23</sup> Frank Piller: Mass Customization: Prinzipien und Erfolgsfaktoren: In: [http://www.oscar.de/newsletter/nl\\_masscustom\\_prinzipien.php](http://www.oscar.de/newsletter/nl_masscustom_prinzipien.php). Zugriff: 22.12.2008.

#### 4.7 Steuerung des Gesamtprozesses optimieren

Gesteuert wird in der beruflichen Rehabilitation über entsprechende Managementprozesse und deren Strukturierung. Grundlage hierfür sind jedoch rechtliche Rahmenvorgaben, die den Handlungsspielraum für das Management definieren. Damit ist das Recht ein zentrales Instrument der Prozesssteuerung. Die übergeordnete Aufgabe einer Gesamtsteuerung besteht darin, die Rechtsanwendung im Verwaltungsprozess sowie wirtschaftliche Rahmenvorgaben mit den individuellen Belangen der Leistungsberechtigten in Einklang zu bringen. Die Art und Weise, wie die Gesamtsteuerung den Zielkonflikt zwischen den drei Parametern löst, bestimmt maßgeblich die Qualität des Rehabilitationsgeschehens.

Für den Rehabilitationsprozess mit seinen vielen Schnittstellen wird ein institutionenübergreifendes Managementkonzept benötigt. Das Management ist mit entsprechenden Instrumenten bzw. Methoden zu hinterlegen, wie z.B. Fallmanagement in einem definierten Netzwerk mit Verlaufsgestaltung und -kontrolle, Festlegung von Standards und Verfahrensweisen, durchgängige Definition und Dokumentation der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität, durchgängiges Qualitätsmanagement.

Besonders wichtig sind die Aspekte Nahtlosigkeit und schnittstellenübergreifendes Handeln. Kritische Schnittstellen sind der Übergang von medizinischer zur beruflichen Rehabilitation, der Eintritt in den Rehabilitationsprozess (Antragstellung und Zugangssteuerung) sowie der Übergang in die Arbeitswelt bzw. die Arbeitsaufnahme zum „Ende“ der sogenannten „Hauptmaßnahme“. Für die Verbesserung der Zugangssteuerung gilt es die relevanten Zielgruppen genauer zu definieren bzw. die Frage zu beantworten, welche Zielgruppen prioritär erreicht werden müssen.

Zur Optimierung der Schnittstellengestaltung müssen die verschiedenen Leistungsgesetze besser aufeinander abgestimmt werden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, dass SGB IX als Leistungsgesetz weiterzuentwickeln.

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Bundesagentur für Arbeit sowie die Deutsche Rentenversicherung, die Gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferentschädigung, Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie Träger der Sozialhilfe (§ 6 SGB IX) die zuständigen Rehabilitationsträger. Die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt jeweils nach den für die zuständigen Leistungsträger geltenden unterschiedlichen Leistungsgesetzen. Die Leistungen der zuständigen Rehabilitationsträger stehen laut SGB IX nicht unverbunden nebeneinander, sondern sollen am Bedarf des Einzelfalls orientiert abgestimmt und möglichst nahtlos ineinander greifen.

Die Grundsätze des SGB IX finden sich zwar in diesen Leistungsgesetzen wieder. Allerdings zeichnen sich diese Leistungsgesetze durch unterschiedliche Zielsetzungen aus. Daraus resultieren unterschiedliche Ausgestaltungen des Rechts bei den Leistungsträgern. Am Beispiel der Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik, der Einführung des SGB II verbunden mit der Implementation neuer Handlungsakteure (Arbeitsgemeinschaften und zugelassene kommunale Träger) wird deutlich, wie auch die Förderung behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben implizit neu ausgerichtet wird und sich von den Grundsätzen des SGB IX entfernt.

Vorrangig sollten in Zukunft die Leistungsgrundsätze nach dem SGB IX gestärkt werden. Es kann nicht sein, dass von der Zuständigkeit eines Leistungsträgers und dem jeweils zugrunde liegenden Leistungsgesetz mit seiner speziellen Konnotation abhängt, ob eine berufliche Rehabilitation gewährt wird und wie sie gestaltet wird. Damit muss eine noch engere Anpassung und Abstimmung der einzelnen Leistungsgesetze mit dem SGB IX erfolgen.

**Entwicklungsrichtung:** Die Kontinuität und Qualität des Gesamtprozesses wird durch Einführung eines institutionenübergreifenden Rehabilitationsmanagements gewährleistet. Die Konvergenz der unterschiedlichen Leistungsgesetze wird gestärkt. Effektivität und Effizienz wird durch Beseitigung von Prozessbarrieren gesteigert.

#### **4.8 Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken**

Die in den vorgeschlagenen Handlungsfeldern beschriebenen Forderungen nach aktiver, selbstbestimmter Beteiligung der Leistungsberechtigten am Rehabilitationsprozess, nach unabhängiger Beratung, enge Vernetzung mit der Arbeitswelt, Einordnung in das Bildungssystem, Individualisierung der Prozesse und stärkere Vernetzung aller beteiligter Akteure bedeutet auf längere Sicht veränderte Verantwortlichkeiten. Prozesse sind umfassend zu verändern, Strukturen müssen neu entwickelt bzw. angepasst werden.

Bei derart umfassenden Entwicklungen müssen die Wirkungszusammenhänge kontinuierlich beobachtet und daraus Schlüsse für die Korrektur von Entwicklungsprozessen gezogen werden, d.h. es muss ein lernendes System entstehen, das sich an gemeinsamen Zielvereinbarungen orientiert. Unbedingte Voraussetzung hierfür sind konsequente Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement und umfassende, koordinierte Fort- und Weiterbildung der beteiligten Akteure.

Für den anvisierten Entwicklungsprozess fehlen derzeit Erfahrungen wie notwendige Grundkenntnisse. Hier sind Wissenschaft und Forschung in starkem Maß gefordert. Denn die Grundlagen und die Überprüfung dieser umfangreichen Entwicklungen müssen durch sy-

stematischen, repräsentativen und regelkreisübergreifenden Einsatz von anwendungs- und wirkungsorientierter Forschung erfolgen. Dazu muss aber eine einheitliche und ausführliche Datengrundlage bei allen Leistungsträgern vorliegen.

**Entwicklungsrichtung:** Die systematische Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe wird durch systematische Forschung und Entwicklung sichergestellt. Prozesse und Strukturen werden kontinuierlich an sich wandelnde Rahmenbedingungen angepasst. Eine einheitliche Datengrundlage muss zur Verfügung stehen.

## 5 Wissenschaftliche Fachgruppe

Prof. Dr. Sieglind Ellger-Rüttgardt Humboldt Universität Berlin

Prof. Dr. Hans Karbe Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn

Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus Universität Köln

Angela Rauch Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

Prof. Dr. Hans-Peter Riedel Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn (Vorsitzender)

Dr. Hans Martin Schian Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr)

Dr. Thomas Schott Universität Bielefeld

Dr. Helmut Schröder Institut für angewandte Sozialwissenschaften (infas), Bonn

Prof. Dr. Wilhelmus Spijkers RWTH Aachen

Ulrich Wittwer Behindertenverbände SoVD und VdK

### wissenschaftlicher Mitarbeiter

Christof Schmidt Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr)