

**Diskussionspapier des Fachausschusses
„Psychische Beeinträchtigungen“ der DVfR:**

Sicherung der beruflichen Teilhabe bei psychischen Beeinträchtigungen

- Flexibilisierung präventiver, kurativer und rehabilitativer Leistungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer –

Inhalt

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	3
1. EINLEITUNG	4
2. AUSGANGSLAGE.....	5
2.1 Sozialmedizinische Kennzahlen bei psychischen Störungen.....	6
2.2 Sozialrechtliche Grundlagen	8
2.3 Rehabilitative Leistungen.....	12
2.4 Fallkonstellationen	17
3. SICHT DER BETEILIGTEN.....	20
3.1 Gesetzliche Krankenversicherungen	20
3.2 Rentenversicherungsträger.....	21
3.3 Bundesagentur für Arbeit.....	24
3.4 Berufsgenossenschaften und Unfallkassen.....	25
3.5 Integrationsämter	27
3.6 Integrationsfachdienste	28
3.7 Handwerkskammer, Düsseldorf.....	30
3.8 Die Deutschen Berufsförderungswerke.....	31
3.9 Rehabilitation psychisch Kranker.....	32
3.10 Berufliche Trainingszentren	33
3.11 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.....	34
4. INNOVATIVE ANSÄTZE ZUR LEISTUNGSOPTIMIERUNG.....	36
4.1 Maßnahmen zur Prävention von psychischen Störungen.....	37
4.2 Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel von PAULI.....	40
4.3 Vermeidung von EM-(Dauer-)Renten	42
5. ZUSAMMENFASSUNG.....	47
MITGLIEDER DES FACHAUSSCHUSSES:.....	48
ÜBER DIE DVFR.....	48

Abkürzungsverzeichnis

BFW	Berufsförderungswerk
BTHG	Bundesteilhabegesetz
CDMP	Certified Disability Management Professional
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallkasse
GAMBOR	ganztätig ambulante medizinische Rehabilitation
KOM	Kölner Opferhilfe Modellprojekt
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBPL	Besondere berufliche Problemlagen
BA	Bundesagentur für Arbeit
DVfR	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICD-10	International Classification of Diseases
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFD	Integrationsfachdienst
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MBOR	Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
PAULI	<u>P</u> sychosomatik „ <u>A</u> uffangen“, „ <u>U</u> nterstützen“, „ <u>L</u> eiten“ und „ <u>I</u> ntegrieren
SGB	Sozialgesetzbuch
UVT	Unfallversicherungsträger
UN-BRK	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) hat in ihrem Positionspapier vom 14.03.2012¹ auf die Notwendigkeit aufmerksam gemacht, den Erhalt und die Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit in Deutschland zu fördern. Insgesamt wurden neun Empfehlungen ausgesprochen. Eine dieser Empfehlungen bezieht sich auf den Zuwachs von psychischen Störungen und die erhöhte Inanspruchnahme von unterstützenden Leistungen. Die zitierte Stellungnahme der DVfR sieht dringenden „Handlungsbedarf, gerade auch im Kontext des Erhalts der Beschäftigungsfähigkeit“.

Der Ausschuss für psychische Beeinträchtigungen der DVfR hat diese Empfehlung aufgegriffen und sich mit der Frage beschäftigt: Welche Wege sind für den Erhalt der beruflichen Teilhabe bei psychischen Gesundheitsstörungen einzuschlagen? In der vorgelegten Stellungnahme setzen wir uns in dem Abschnitt „Ausgangslage“ mit einigen sozialmedizinischen Kennzahlen zur Entwicklung psychischer Störungen auseinander und stellen dar, auf welcher sozialrechtlichen Grundlage Abhilfe zu schaffen ist. Unsere Thesen beruhen auf drei Konstellationen, die wir an Fallbeispielen schildern. Hierbei fokussieren wir auf den Präventionsbedarf, den kurativen/rehabilitativen Bedarf und schließlich die Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten. Im Anschluss stellen wir aus Sicht unterschiedlicher Beteiligter im Gesundheits- und Arbeitswesen die Problemstellung und Lösungsansätze vor. Hierbei haben wir darauf geachtet, dass nicht nur Leistungsträger, sondern auch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), die Handwerkskammer, Betriebsärzte und die Arbeitnehmersicht zur Darstellung kommen. Unter dem Abschnitt „innovative Ansätze zur Leistungsoptimierung“ stellen wir Lösungsansätze dar, die den Auftrag zur trägerübergreifenden Leistungsoptimierung zur Sicherung der beruflichen Teilhabe bei psychischen Störungen realisieren. Im Fazit legen wir noch einmal unsere Empfehlungen vor.

¹ Siehe <https://www.dvfr.de/arbeitsschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/erhalt-und-staerkung-der-beschaefigungsfahigkeit-in-deutschland-positions-papier-der-dvfr>.

2. Ausgangslage

Psychische Störungen sind für die Betroffenen häufig mit Einschränkungen der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verbunden. Die Auswirkungen hiervon stellen für alle Beteiligte eine wachsende Herausforderung dar und haben auf politischer Ebene und unter den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppierungen (Sozialpartner, Betriebe, Sozialversicherungsträger, Selbsthilfegruppierungen etc.) Diskussionen darüber ausgelöst, welche Wege einzuschlagen sind. Den Bedeutungszuwachs psychischer Störungen als Barriere für Beschäftigungsfähigkeit sehen wir in Verbindung mit folgenden Entwicklungen:

- Gesundheitsstörungen dieses Formenkreises werden eher erkannt.
- Das Stigmatisierungspotential psychischer Beeinträchtigungen nimmt ab.
- Arbeitsverdichtung, Rationalisierung Gewinnmaximierung und komplexer werdende Arbeitsinhalte führen zu vermehrter Belastung am Arbeitsplatz.
- Der Verlust des Arbeitsplatzes und/oder der
- Verlust von gesellschaftlichen Resilienzfaktoren ist eingetreten.

Die Diskussion darüber, ob psychische Störungen real häufiger als früher auftreten oder ob sie nur häufiger diagnostiziert werden, sollte dabei nicht im Vordergrund stehen. Vielmehr kommt es darauf an, die bereits vorhandenen Erkenntnisse koordiniert und effizient in Handlungskonzepte zu überführen. Nur dann wird es zunehmend gelingen, möglichst vielen Menschen eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit auch in der Arbeitswelt zu ermöglichen.

Der vorgelegte Diskussionsbeitrag soll die wichtigsten Aspekte des derzeitigen Diskussionsstandes nach Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) aufgreifen und einige sektorenübergreifende Ansätze für Optimierungsmöglichkeiten aufzeigen. Dabei haben sich die Autoren von folgenden Thesen leiten lassen:

1. **Präventiv:** Der Erhalt der beruflichen Teilhabe von Menschen mit drohenden psychischen Störungen erfordert frühzeitige und bedarfsgerechte präventive Leistungen.
2. **Integrativ:** Zu einer raschen und nachhaltigen Sicherung der beruflichen Teilhabe werden (frühzeitige) trägerübergreifende, auf Kooperation mit der Arbeitswelt ausgerichtete präventive, kurative und rehabilitative Interventionen benötigt.
3. **Kurativ/Rehabilitativ:** Der Erhalt der beruflichen Teilhabe erfordert die rechtzeitige Erkennung von psychischen Störungen, die Ermittlung des daraus resultierenden möglichen Behandlungs- und Teilhabebedarfs sowie die Überwindung oder zumindest die bestmögliche Kompensation von Krankheitsfolgen durch Leistungen zur Teilhabe. Das gilt umso mehr für die Überwindung einer bereits eingetretenen Erwerbsminderung.

Unser Ansatz beruht auf der komplementären Beziehung zwischen der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) und der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), die wir bereits in unserer Stellungnahme zur Anwendung der ICF bei psychischen Störungen dargelegt haben.² Auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der ICF interessieren wir uns sowohl für die Wechselwirkung zwischen der Gesundheitsstörung und der Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe im beruflichen Kontext als auch für die Frage, inwieweit negative Wechselwirkungen zu den Kontextfaktoren bestehen. Eine praxisnahe Auseinandersetzung zu den Thesen erfolgt unter Punkt 4.

² Siehe <https://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/implementierung-icf-zur-klassifizierung-von-psychischen-beeintraechtigungen/>.

2.1 Sozialmedizinische Kennzahlen bei psychischen Störungen

Das Leistungsgeschehen bei der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann in Bezug auf die Rehabilitationsleistungen, Rentenleistungen und die Lohnersatzleistungen betrachtet werden. Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation rückten die „psychischen Störungen“ im Jahr 2017 an die zweite Stelle. Hieraus resultierten 161.500 abgeschlossene medizinische Reha-Leistungen im Jahr 2017. Sie verursachten rund ein Viertel der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation.³ Das Durchschnittsalter von 48 Jahren macht deutlich, dass dieser Rehabilitationsbedarf mitten im Berufsleben eintritt. Weibliche Versicherte sind mit einem Anteil von 65 % häufiger betroffen. Die epidemiologische Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen hat auch Auswirkungen auf die Auszahlung von Krankengeld. „Nach Angaben der Krankenkassen entfielen im Jahre 2012 bei Frauen 259 und bei Männern 156 Ausfalltage pro 100 Versicherte auf psychische Störungen. Damit bildeten psychische Störungen die zweitwichtigste Krankheitsgruppe bei der Arbeitsunfähigkeit. Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen dauerten im Jahr 2012 mit 33 Tagen je Krankheitsfall mehr als doppelt so lange wie die wegen anderer Erkrankungen.“⁴

Anteil der psychischen Erkrankungen bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (jeweils Neuzugänge eines Jahres)

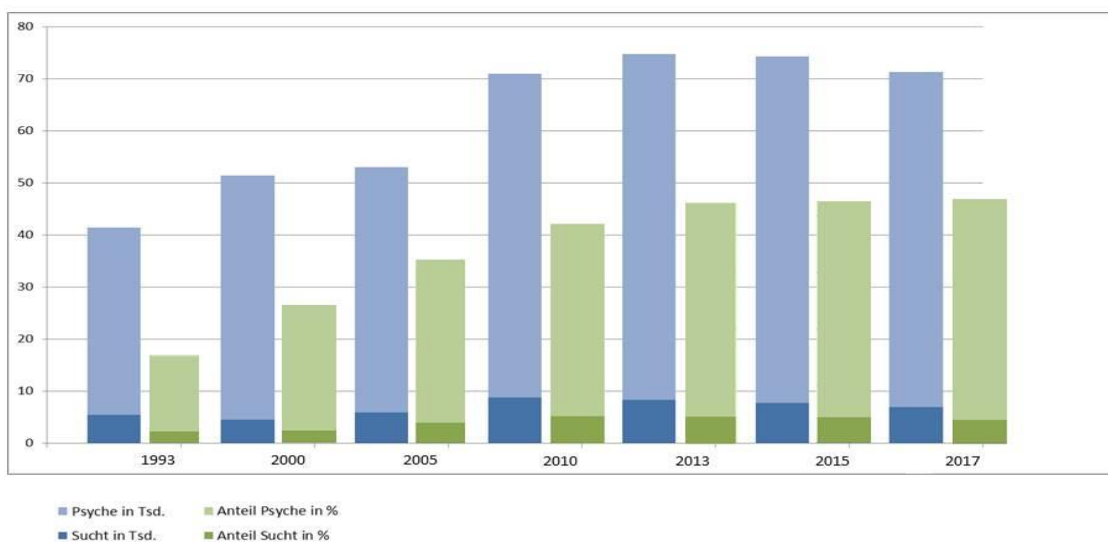


Abbildung 1: Anteil der psychischen Erkrankungen bei Renten wegen verminderter Erwerbstätigkeit von 1993 bis 2017; Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2018.

Aus Sicht der GRV haben Funktionsverluste, die auf psychische Störungen zurückzuführen sind, erhebliche Auswirkungen auf Rentenleistungen. So sind psychische Störungen der häufigste Grund für eine vorzeitige Berentung (s. **Abb. 1**). Hierbei sind die Erwerbsminderungen auf Grund von Abhängigkeitserkrankungen sogar ausgenommen. Das durchschnittliche Zugangsalter für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (indikationsübergreifend) lag im Jahr 2017 bei 51,9 Jahren.

³ Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2014.

⁴ Ebd.

Das Einstiegsalter für eine Rente wegen Erwerbsminderung aufgrund einer psychischen Erkrankung (ohne Sucht) lag bei ca. 48 Jahren. Der durchschnittliche Zahlbetrag einer Rente wegen einer vollen Erwerbsminderung (indikationsübergreifend) betrug im Jahr 2017 716 €. Bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze entstehen der Rentenversicherung damit Kosten in Höhe von ca. 175.000 € pro Fall.

Die Indikationsverteilung im Bereich der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung ergibt sich aus **Abb. 2**. Bei den weiblichen Versicherten ist der Anteil der psychischen Erkrankungen mit 21 % wesentlich höher als bei den männlichen Versicherten mit 13 % (jeweils ohne Leistungen zur Sucht-Rehabilitation).

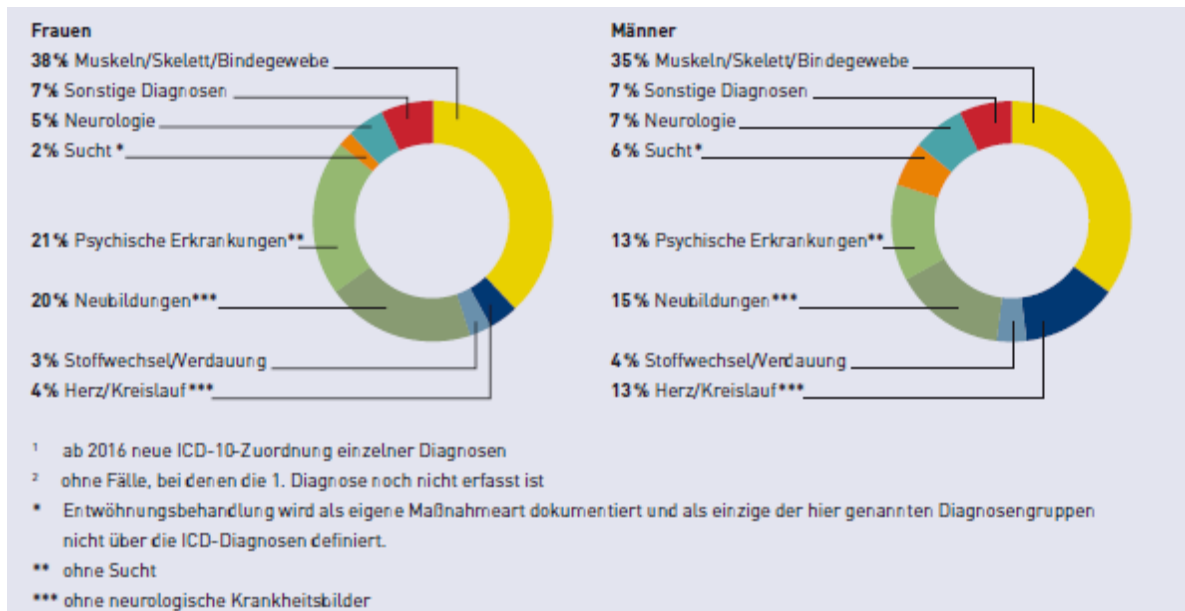


Abbildung 2: Stationäre Rehabilitation Erwachsener; Quelle: Deutsche Rentenversicherung, Reha-Bericht, 2018.

Versicherte in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation sind mit durchschnittlich 48 Jahren jünger als körperlich Erkrankte.⁶ Die oben genannten Entwicklungen ziehen erhebliche Kostensteigerungen für alle Sozialversicherungsträger nach sich. Auf Unternehmensseite kam es im Jahr 2006 zu insgesamt 42,6 Mio. Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund psychischer Störungen. Daraus entstand ein Produktionsausfall von 3,8 Mrd. €, was schließlich zu einem Ausfall an Bruttowertschöpfung von 6,9 Mrd. € führte. Die Zahlen belegen, dass es auf Grund der Zunahme von psychischen Störungen zu einer Steigerung von kurativen und rehabilitativen Leistungen sowie einer Steigerung der Lohnersatzleistungen gekommen ist.

Im nächsten Kapitel stellen wir uns die Frage, welche sozialrechtlichen Rahmenbedingungen gegeben sind, problemlösend in diese Entwicklung einzugreifen. Sozialrechtlich ist die Gewährung von kurativen und rehabilitativen Leistungen eng mit dem Teilhabebegriff verbunden. Hierbei legen wir darauf Wert, die Terminologie der kurativen Medizin um den bio-psycho-sozialen Ansatz zu erweitern. Unser Ausgangspunkt sind die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die durch das BTHG neue Akzente bekommen haben, unsere Zielgerade ist die Umsetzung an den Fallbeispielen.

⁵ Deutsche Rentenversicherung, Rentenversicherung in Zeitreihen, Oktober 2018.

⁶ Ebd.

2.2 Sozialrechtliche Grundlagen

Menschen mit psychischen Störungen sind dann behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, wenn ihre Selbstbestimmung und ihre volle und wirksame Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als Folge von Krankheit oder Behinderung in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung droht (§§ 1, 2 Neuntes Sozialgesetzbuch – SGB IX). Für diese Menschen gelten im gegliederten System des deutschen Sozialrechts nicht nur die jeweiligen trägerspezifischen Einzelgesetze (z. B. SGB II, V, VI, VII & VIII), sondern auch die Regelungen des SGB IX, das einen Anspruch auf Leistungen zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie zur Vermeidung von Benachteiligungen einräumt.

Das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen verpflichtet die Sozialleistungsträger bei behinderten und chronisch kranken Menschen dazu, bei der Gewährung von Sozialleistungen nicht nur die mit der gerade beantragten Sozialleistung verbundenen Ziele, sondern darüber hinaus immer auch das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in den Blick zu nehmen. So darf es z. B. bei Leistungen der Krankenbehandlung nicht nur um die mit diesen verbundenen Ziele der Heilung, Verhütung der Verschlimmerung oder Linderung von Krankheitsbeschwerden (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V) gehen; Ziel muss zugleich auch immer die Abwendung, Beseitigung oder Minderung, der Ausgleich oder die Verhütung der Verschlimmerung der Behinderung, d. h. der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sein (§§ 42, 43 SGB IX). Deshalb verpflichtet § 9 SGB IX die Rehabilitationsträger dazu, bei Erbringung von Leistungen wegen einer Behinderung oder chronischen Erkrankung immer auch zu prüfen, ob weitergehende Leistungen wegen einer drohenden oder schon vorhandenen Beeinträchtigung der Teilhabe erforderlich sind.

2.2.1 UN-Behindertenrechtskonvention

Die am 26.03.2009 in Kraft getretene UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gewährt über das nationale Sozialrecht hinaus einen menschenrechtlichen Anspruch auf Habilitation und Rehabilitation. Sie ist insbesondere für psychisch kranke Menschen von herausragender Bedeutung, weil sie – wie die nachfolgenden, begrenzten Hinweise verdeutlichen – in fast jeder Lebenssituation dieser Menschen Wirkung entfalten kann.

Nach Art. 19 UN-BRK ist u. a. zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und dass sie nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Nach Art. 19 sind wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss ihrer Rechte und die volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem die Vertragsstaaten u. a. gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig sind.

Die Verfahren aller Rehabilitationsträger zur Feststellung des individuellen Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe müssen konsequent auf die Teilhabeziele der UN-BRK und des SGB IX ausgerichtet sein und den spezifischen Anforderungen der Art. 19 und 26 UN-BRK Rechnung tragen. Mit Art. 26 haben sich die Vertragsstaaten verpflichtet, alle wirksamen und geeigneten Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit,

umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck haben die Vertragsstaaten umfassende Rehabilitationsdienste und -programme zu organisieren, zu stärken und zu erweitern, und zwar so, dass diese

- im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen (und)
- die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

Artikel 27 fordert einen ausgeprägten Benachteiligungsschutz bei Beschäftigung, Einstellung und Kündigung (vgl. Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz – AGG, § 163 SGB IX), angemessene Vorkehrungen, um Arbeitsplätze behinderungsgerecht zu gestalten (vgl. Art. 5 RL 2000/78 EG; §§ 164, 167 SGB IX, § 618 BGB), und den Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen.

Soweit die UN-BRK die allgemeinen Menschenrechte oder allgemeine Regeln des Völkerrechts berührt, ist sie unmittelbar anzuwendendes Recht. Dies gilt insbesondere für das Verbot der Diskriminierung behinderter Menschen (Art. 5) oder den Schutz vor jeder Form von Gewalt (Art. 16). Soweit die UN-BRK nur einfaches Bundesgesetz ohne Vorrang ist, besteht nach Art. 4 Abs. 1 Satz 2 UN-BRK die Verpflichtung, alle geeigneten Maßnahmen zur Umsetzung der in der UN-BRK anerkannten Rechte zu ergreifen. Das bedeutet nicht etwa, dass die UN-BRK insoweit bis zur Verabschiedung entsprechender Gesetze keine Wirkung entfaltet. Die Umsetzungsverpflichtung des Artikel 4 erstreckt sich nicht nur auf den Erlass von Gesetzen, sondern ausdrücklich auch auf „Verwaltungs- und sonstige Maßnahmen“. Danach ist bei der Ausführung des derzeit noch geltenden Rechts immer zu prüfen, ob die bestehenden Regelungen im Lichte der UN-BRK nicht einer geänderten Auslegung und Anwendung bedürfen. Ist eine Regelung der UN-BRK, die zunächst nur einfaches Bundesgesetz ist, hinreichend bestimmt, bedarf sie keiner legislativen Umsetzung mehr. Es handelt sich um subjektives, unmittelbar einklagbares Recht des Betroffenen aus der UN-BRK. Diese Anforderungen der UN-BRK sind neben den Bestimmungen des nationalen Rechts auch zielführend für die Leistungen zur Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe des Neunten Sozialgesetzbuches, das im nächsten Abschnitt erläutert wird.

2.2.2 Neuntes Sozialgesetzbuch

Das Neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX) hat ab 01.07.2001 das zuvor in die verschiedenen Teile des Sozialgesetzbuches aufgegliederte – und zum Teil auch unterschiedlich geregelte – Rehabilitations- und Teilhaberecht in einem Sozialgesetzbuch zusammengefasst und vereinheitlicht. Seitdem gilt der Grundsatz, dass jeder Berechtigte die nach seinem individuellen Bedarf erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen von jedem Sozialleistungsträger unabhängig von dessen Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung nach Gegenstand, Umfang, Ausführung und Qualität einheitlich erhalten soll. Da jeder deutsche Sozialleistungsträger für eine bestimmte Teilhabeleistung zugleich auch Rehabilitationsträger ist, findet das SGB IX als trägerübergreifendes Recht – abgesehen von wenigen Ausnahmen – bei allen Sozialleistungsträgern von der Beantragung über die Bewilligung bis hin zur Ausführung von Rehabilitations- und Teilhabeleistungen Anwendung.

Das SGB IX „unterstützt“⁷ nicht nur die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft; es gewährt darüber hinausgehend einen Rechtsanspruch auf Leistungen zur Förderung der Selbstbestimmung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und zur Vermeidung von Benachteiligungen.⁸ Die Leistungen zur Teilhabe⁹ dürfen nur erbracht werden, wenn mit ihnen im Einzelfall die vom Gesetzgeber vorgegebenen Teilhabeziele voraussichtlich erreicht werden können.¹⁰

Während die Leistungen der Krankenbehandlung auf die Erkennung, Heilung, Verhütung der Verschlimmerung oder Linderung der Krankheitsbeschwerden ausgerichtet sind,¹¹ ist es Aufgabe der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen, die als Folge von Krankheit eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu „behandeln“. Der Gesetzgeber hat damit nicht nur einen Paradigmenwechsel in der Aufgabenstellung insbesondere der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation¹² vollzogen, sondern für das gegliederte Sozialleistungssystem auch eine neue Grundlage für die leistungsrechtliche Einordnung von Leistungen zur Krankenbehandlung oder zur Rehabilitation und Teilhabe gelegt. Entscheidend für die leistungsrechtliche Zuordnung ist nämlich, mit welcher Zielsetzung eine Leistung verordnet, bewilligt und ausgeführt wird.

Welche Pflichten legt der Gesetzgeber auf, um auf die besorgniserregende Entwicklung psychischer Störungen zu reagieren? Zu dieser Frage findet man im Gesetzestext folgende Aussage:

§ 1 Satz 2 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger ausdrücklich, den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung zu tragen. Dem entspricht im Bereich der GKV § 2a SGB V. § 1 SGB IX gewährt allen behinderten Menschen ein Recht auf Förderung ihrer selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie auf die Vermeidung von Benachteiligungen. Die sich aus diesem Recht ergebenden Teilhabeziele (§ 4 SGB IX) sollen mit den Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX) erreicht werden.

Aus traditionellen Gründen werden die Auswirkungen psychischer Störungen rechtlich als seelische Behinderung bezeichnet.

Die Auswirkung der trägerübergreifenden Anwendung des SGB IX auf das Leistungsgeschehen lässt sich am Beispiel der GKV gut nachvollziehen. Das an sich für die GKV maßgebende SGB V enthält keine Bestimmungen darüber, was unter medizinischer Rehabilitation zu verstehen ist. Deshalb sind nach § 7 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 43 SGB IX die Reha-Definition des § 42 SGB IX und die dort in Abs. 1 beschriebenen Ziele der medizinischen Rehabilitationsleistungen die unmittelbar geltenden Rechtsgrundlagen für die Entscheidung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der GKV nach § 11 Abs. 2 i. V. m. § 40 SGB V. Die in § 42 Abs. 1 SGB IX beschriebenen Leistungsziele gelten nach § 43 SGB IX nicht nur für Rehabilitationsleistungen, sondern ausdrücklich auch bei Leistungen der Krankenbehandlung.

⁷ So die einschränkende Formulierung in der S3-Leitlinien-Empfehlung im Bereich psychosozialer Therapien, S. 167.

⁸ §§ 1, 4, 5 SGB IX.

⁹ Medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

¹⁰ § 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX.

¹¹ § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

¹² Diese waren ja nach der bis 31.12.1999 geltenden Fassung des § 11 Abs. 2 SGB V sogar noch Bestandteil der Krankenbehandlung.

Mit dem SGB IX gilt u. a. für alle Rehabilitationsträger und -leistungen gemeinsam:

- Jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch soll unabhängig von der Zuständigkeit eines Leistungsträgers aus gegebenem Anlass die bedarfsgerecht gebotene Rehabilitations- und Teilhabeleistung in gleicher Weise und gleicher Qualität erhalten.
- Aufgabe der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist nicht mehr nur die Herstellung der bestmöglichen Gesundheit, sondern vor allem die Bewältigung der Folgen von Krankheit und Behinderung, d. h. die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.
- Indikation für die Rehabilitations- und Teilhabeleistungen ist nicht der Schweregrad einer Erkrankung, sondern Art und Umfang der durch die Krankheit bewirkten Teilhabebeeinträchtigung.
- Rehabilitations- und Teilhabeleistungen dürfen nur erbracht werden, wenn damit voraussichtlich die im SGB IX definierten Teilhabeziele erreicht werden können, so dass mit der Entscheidung über eine Teilhabeleistung immer die Definition der mit der Leistung angestrebten Teilhabeziele verbunden sein muss.
- Die Orientierung auf die Erreichbarkeit von Teilhabezielen, d. h. die Zielsetzung, mit der die Leistung ausgeführt werden soll, prägt auch Art, Inhalt, Qualität und Ausführung der erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen.

2.2.3 Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach dem SGB IX

Die Orientierung der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen auf die Bewältigung von Beeinträchtigungen der Teilhabe setzt für eine wirksame Leistungserbringung voraus, dass zur Feststellung des Bedarfs an Teilhabeleistungen auch tatsächlich alle Beeinträchtigungen der Teilhabe erhoben werden. Dazu verpflichtet § 13 SGB IX alle Rehabilitationsträger – und ergänzend noch einmal § 43 SGB IX ausdrücklich die GKV –, den Bedarf an Rehabilitationsleistungen

- orientiert an der ICF,
- trägerübergreifend und
- losgelöst von der jeweiligen Leistungsverpflichtung des aktuell tätigen Trägers

festzustellen. Dies entspricht dem bio-psycho-sozialen Ansatz.

Der Gesetzgeber hat mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) ab 01.01.2018 die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs für alle Rehabilitationsträger einheitlich geregelt. Die Träger sind nunmehr verpflichtet, zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zu verwenden. Die Instrumente haben nach § 13 Abs. 2 SGB IX eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung zu gewährleisten und die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung zu sichern, indem sie insbesondere erfassen,

- ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Diese Verpflichtung geht nach § 7 Abs. 2 SGB IX allen evtl. in den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen enthaltenen Bestimmungen zur Bedarfsermittlung vor. Von ihr kann auch für den Bereich der Eingliederungshilfe nicht durch Landesrecht abgewichen werden.

Im Bereich der Eingliederungshilfe stellt § 118 Abs. 1 SGB IX ergänzend zu der Regelung des § 13 SGB IX klar, dass die Ermittlung des individuellen Bedarfs des Leistungsberechtigten durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der ICF orientiert und das die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in folgenden Lebensbereichen vorzusehen hat:

1. Lern- und Wissensanwendung,
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

In diesem Zusammenhang verweist der Ausschuss auf die von unserem Hauptvorstand am 09.11.2017 beschlossene Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG).¹³

2.3 Rehabilitative Leistungen

Das Teilhaberecht des SGB IX sieht in § 5 folgende Leistungsgruppen zur Förderung der Teilhabe vor:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- Leistungen zur Teilhabe an Bildung,
- Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Da psychische Störungen in der Regel durch eine multifaktorielle Ätiologie, nicht selten unvollständige Heilung oder Wiederherstellung, langfristige, oft progrediente Verläufe, notwendige fortgesetzte Behandlung, Einschränkungen der Aktivitäten im Alltag, Verminderung der Leistungsfähigkeit sowie berufliche und soziale Beeinträchtigungen charakterisiert sind, müssen sich Gegenstand, Umfang, Qualität und Ausführung dieser Leistungen ausschließlich nach dem individuellen Bedarf in der jeweiligen Lebenssituation richten, der nach § 13 SGB IX zu ermitteln ist. So kann es gerade bei psychisch kranken Menschen erforderlich sein, zunächst das unmittelbare Lebensumfeld durch Leistungen zur sozialen Teilhabe zu stabilisieren, bevor an medizinische Leistungen zur Rehabilitation

¹³ Siehe <http://www.dvfr.de/arbeitschwerpunkte/stellungnahmen-der-dvfr/detail/artikel/icf-nutzung-bei-der-bedarfsermittlung-bedarfsfeststellung-teilhabe-und-gesamtplanung-im-kontext-d/>.

oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gedacht werden kann. Entscheidend ist das mit der jeweiligen Leistung angestrebte und voraussichtlich erreichbare (Teilhabe prognose) Teilhabeziel.

Erforderlich ist in der Regel ein vernetztes Angebot aus den verschiedenen Teilhabeleistungen – teilweise von verschiedenen Rehabilitationsträgern, die zudem noch mit den Leistungen der kurativen Versorgung abgestimmt und verknüpft sein müssen.

2.3.1 Medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Die für die verschiedenen Rehabilitationsträger jeweils geltenden Teile des Sozialgesetzbuches/der Sozialgesetzbücher enthalten keine Regelung darüber, was eigentlich unter „medizinischer Rehabilitation“ zu verstehen ist. Diese Definition ist ausschließlich in § 42 SGB IX enthalten, der als übergreifende Bestimmung für alle Rehabilitationsträger maßgebend ist. Nach § 42 Abs. 1 SGB IX werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation mit der Zielsetzung erbracht,

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen nach § 42 Abs. 2 SGB IX insbesondere

- Behandlung durch Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
- Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,
- Arznei und Verbandmittel,
- Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
- Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- Hilfsmittel,
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

Absatz 3 Satz 1 stellt darüber hinaus ausdrücklich klar, dass Bestandteil dieser Leistungen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen sind, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Abs. 1 genannten Ziele zu erreichen. Der Gesetzgeber nennt nachfolgend bestimmte Leistungsformen, die vor diesem Hintergrund „insbesondere“ denkbar sind:

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. (mit Zustimmung der Leistungsberechtigten) Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und Training im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

2.3.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist nach § 49 SGB IX die Erhaltung, Besserung, Herstellung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit und die möglichst dauerhafte Sicherung ihrer Teilhabe am Arbeitsleben.

Das Spektrum der Leistungen zur Teilhabe ist nach §§ 49 ff. SGB IX umfassend und differenziert.

Es umfasst u. a.

- Hilfen zur Erhaltung oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes einschl. Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen.

Zu den Leistungen zum Arbeitsleben zählen auch die bereits zur medizinischen Rehabilitation genannten Leistungen nach § 42 Abs. 3 SGB IX sowie zusätzlich folgende Leistungen an Arbeitgeber:

- Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen,
- Eingliederungszuschüsse,
- teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Beschäftigung.

Für psychisch kranke Menschen bedeutsam ist, dass die o. g. Leistungen auch noch

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung,
2. den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstaufschlags des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 SGB IX,
3. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
4. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Kostenübernahme besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
5. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
6. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang

umfassen können.

2.3.3 Besondere Pflichten der Arbeitgeber bei der Teilhabe am Arbeitsleben

Das Schwerbehindertenrecht (SGB IX, Teil 3) erlegt den Arbeitgebern besondere Pflichten für schwerbehinderte Menschen auf, von denen auch Menschen mit seelischen Behinderungen profitieren können. Nach § 154 SGB IX haben Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich monatlich mindestens 20 Arbeitsplätzen auf wenigstens fünf 5 % der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Im Rahmen der Beschäftigungspflicht sind nach § 155 Abs.1 Nr. 1 b und c schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen, deren Beschäftigung infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend mit außergewöhnlichen Aufwendungen für den Arbeitgeber verbunden ist oder die infolge ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend offensichtlich nur eine wesentlich verminderte Arbeitsleistung erbringen können.

Arbeitgeber dürfen schwerbehinderte Beschäftigte nicht wegen ihrer Behinderung benachteiligen (§ 164 Abs. 2 SGB IX). Im Einzelnen gelten hierzu die Regelungen des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes. Die schwerbehinderten Menschen haben gegenüber ihren Arbeitgebern Anspruch auf eine Beschäftigung, bei der sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse möglichst voll verwerten und weiterentwickeln können, auf bevorzugte Berücksichtigung bei innerbetrieblichen Maßnahmen der beruflichen Bildung zur Förderung ihres beruflichen Fortkommens, auf behindertengerechte Einrichtung und Gestaltung der Arbeitsplätze und auf Ausstattung ihres Arbeitsplatzes mit den erforderlichen technischen Arbeitshilfen (§ 164 Abs. 4 SGB IX).

Sind Beschäftigte – auch wenn sie noch nicht als schwerbehindert anerkannt sind – innerhalb eines Jahres länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, hat der Arbeitgeber mit Zustimmung und Beteiligung des Beschäftigten mit dem Betriebs- oder Personalrat bzw. der Mitarbeitervertretung – bei schwerbehinderten Menschen auch mit der Schwerbehindertenvertretung – zu klären, welche Möglichkeiten bestehen, eine Arbeitsunfähigkeit möglichst zu überwinden, und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (§ 167 Abs. 2 SGB IX – Betriebliches Eingliederungsmanagement).

2.3.4 Leistungen zur sozialen Teilhabe

Ziel dieser Leistungen ist es nach § 76 Abs. 1 SGB IX, den behinderten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört, sie zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Die Ermittlung des Leistungsbedarfes erfolgt nach den Kapiteln 3 und 4 des SGB IX (siehe Ziffer 2.2.2).

Gegenstand der Leistungen zur sozialen Teilhabe sind nach §§ 76 Abs. 2 ff. SGB IX

1. Leistungen für Wohnraum,
2. Assistenzleistungen,
3. heilpädagogische Leistungen,
4. Leistungen zur Betreuung in einer Pflegefamilie,
5. Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten,
6. Leistungen zur Förderung der Verständigung,
7. Leistungen zur Mobilität und
8. Hilfsmittel.

Ist der Träger der Eingliederungshilfe leistungs verpflichtet, gehen die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung – für die häufig ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist – den Leistungen zur sozialen Teilhabe des Trägers der Eingliederungshilfe vor (§ 102 Abs. 2 SGB IX).

2.3.5 Ausführung der Leistungen als Persönliches Budget

Auf Antrag können die beschriebenen Leistungen zur Teilhabe – nach § 29 SGB IX in Verbindung mit den Bestimmungen der jeweiligen Sozialgesetze, aber auch mit Leistungen zur Krankenbehandlung und Pflege – als Persönliches Budget aus einer Hand ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten ein möglichst selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen.^{14,15} Bei dem Persönlichen Budget nach § 29 SGB IX handelt es sich nicht um eine besondere Leistungsart oder Versorgungsform. Den Berechtigten wird das Recht eingeräumt, die nach den verschiedenen Sozialleistungsgesetzen von unterschiedlichen Trägern zu beanspruchenden Leistungen durch einen Leistungsträger entscheiden und aus einer Hand ausführen zu lassen. Es handelt sich demnach um eine Verfahrensregelung, die ein anderes als das in den jeweiligen Sozialgesetzen vorgesehene Verwaltungsverfahren und eine andere als die in den Gesetzen vorgesehene Ausführung der unterschiedenen Sozialleistungen gestattet.

Der Berechtigte hat es nicht mehr mit verschiedenen Rehabilitationsträgern zu tun, sondern nur noch mit einem, und zwar in der Regel mit dem „leistenden“ (= die Koordination innehabenden) Rehabilitationsträger. Das ist derjenige Rehabilitationsträger, bei dem der Antrag gestellt wird (§ 14 SGB IX). Der leistende Rehabilitationsträger muss die Bedarfsfeststellung nach § 13 SGB IX vornehmen und ggf. die übrigen auch leistungspflichtigen Träger beteiligen, für alle Träger einen einheitlichen Verwaltungsakt erlassen, die Leistungen für alle Träger „wie aus einer Hand“ ausführen und ggf. auch erforderliche Streitverfahren durchführen. Kann der leistende Rehabilitationsträger für eine der beantragten Teilleistungen nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz nicht selbst Rehabilitationsträger sein, weil z. B. diese Leistung darin nicht enthalten ist, muss er den Antrag auf diese Teilleistung an den dafür zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten (§ 15 Abs. 1 SGB IX), sodass es zu zwei Teilbudgets kommen kann.

Persönliche Budgets werden auf der Grundlage der nach § 13 SGB IX getroffenen Bedarfsfeststellung so bemessen, dass der individuell festgestellte Bedarf gedeckt wird und die erforderliche Beratung und Unterstützung erfolgen kann (§ 29 Abs. 2 SGB IX). Das Bedarfsfeststellungsverfahren wird nach § 29 Abs. 4 SGB IX mit einer Zielvereinbarung abgeschlossen.

Die Zielvereinbarung muss mindestens Regelungen enthalten über

- die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele,
- die Erforderlichkeit eines Nachweises für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfes sowie
- die Qualitätssicherung.

Da sich die Förder- und Leistungsziele aus dem nach § 13 SGB IX festgestellten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarf ableiten, ist das Ergebnis des Bedarfsfeststellungsverfahrens – unter Berücksichtigung möglicher unterschiedlicher Bewertungen der Beteiligten – in der Zielvereinbarung zu dokumentieren und bildet seine Basis.

2.3.6 Organisationsverantwortung

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich mit dem Beitritt zur UN-BRK verpflichtet, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesund-

¹⁴ Zum Persönlichen Budget nach § 29 SGB IX siehe Fuchs in *Betreuungsmanagement* 2/2006, S. 90–95.

¹⁵ § 29 SGB IX.

heit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste – mithin bezogen auf das gesamte Spektrum der für psychisch kranke Menschen erforderlichen Strukturen – zu organisieren, zu stärken und zu erweitern. Diese Leistungen und Programme müssen im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen.¹⁶ Sie sollen die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sein und Menschen mit Behinderungen gemeindenah zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten (Art. 26 Abs. 1 UN-BRK).

Das SGB IX hat diese Organisationsverpflichtung seit dem 01.07.2001 mit § 36 Abs. 1 SGB IX den Rehabilitationsträgern gemeinsam übertragen. Diese sind demnach verpflichtet, unter Beteiligung der Bundes- und Landesregierung darauf hinzuwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dazu sollen die Rehabilitationsträger nach § 25 Abs. 2 SGB IX regionale Arbeitsgemeinschaften bilden.

Die erläuterte rechtliche Ausgangslage und das daran anknüpfende System der rehabilitativen Versorgung bietet mit seinen Leistungen zahlreiche Möglichkeiten, die nachfolgend anhand verschiedener Fallkonstellationen erörtert werden.

2.4 Fallkonstellationen

Das Papier befasst sich im Schwerpunkt mit den Rahmenbedingungen und der konkreten Teilhabeförderung für Menschen, die von verminderter Erwerbsfähigkeit bedroht oder erwerbsgemindert sind. Als Ursache für die Beeinträchtigung der Teilhabe stehen die Störungsgruppen nach ICD-10 der affektiven Störungen (insbesondere F32.*), der neurotischen, der belastungs- und somatoformen Störungen (F4.*) sowie Verhaltensstörungen (F5.*) im Vordergrund. Schwerpunkt ist der Erhalt oder die Wiedererreichung eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Auf Grund dieses Ansatzes werden wir auf einige Störungsgruppen nicht näher eingehen.

- Da die gesetzliche Rentenversicherung grundsätzlich zwischen Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen/psychiatrischen Störungsbildern unterscheidet, stellen wir in dem Diskussionspapier **Abhängigkeitserkrankungen** zurück.
- Ebenso halten wir die Diskussion um **schizophrene und affektive Psychosen** zurück, da wir davon ausgehen, dass diese Störungsgruppe den erheblichen Zuwachs von psychischen Störungen als Grund für Erwerbsminderungsrenten und Arbeitsunfähigkeitstage in nur geringem Maße begründet.
- Unsere Überlegungen orientieren sich am **ersten Arbeitsmarkt**. Aus diesem Grunde treten z. B. die Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderung zurück.

Unsere Überlegungen zielen darauf ab, Latenzen zwischen dem Auftreten von psychischen Störungen/Beeinträchtigungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Behandlung und Rehabilitation zu verkürzen. Hierbei verfolgen wir den Ansatz, arbeitsplatznah Maßnahmen zu ergreifen, die entweder nach §§ 20 ff. SGB V und § 14 SGB VI präventiv ausgerichtet sind oder bereits rehabilitative Leistungen nach §§ 40 ff. SGB V und § 15 SGB VI umfassen. Um die Unterschiede in der Symptomatik, Indikationsstellung und Möglichkeiten der Intervention deutlich zu machen, orientieren wir uns an drei Fallbeispielen. Hierbei fokussieren wir auf Präventions-, Kurations- und Rehabilitationsbedarf. Das dritte Fallbeispiel beschäftigt sich mit der Vermeidung einer Dauerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

¹⁶ Vgl. oben: Feststellung des individuellen Bedarfs an Teilhabeleistungen nach § 10 SGB IX.

Fallbeispiel 1: (Sekundär-)Prävention

Herr M., 43 Jahre alt, ist in einem mittelständischen Betrieb als Controller beschäftigt. Nach einer Ausbildung zum Bürokaufmann hat er seine erste Beschäftigung in dem Betrieb gefunden. Seit acht Jahren arbeitet er in einer Vollzeitbeschäftigung. Bisher ist es kaum zu Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen. Das Fußballspielen in einer Hobbymannschaft hat er vor drei Jahren aufgegeben. Als Grund dafür äußert er im Freundeskreis, dass er mit den Jüngeren läuferisch nicht mehr so gut mithalten könne. In letzter Zeit treten, insbesondere in Stresssituationen, auch häufiger Kopfschmerzen auf, die auch seine Konzentrationsfähigkeit negativ beeinflussen. Mit Sorge denkt er an seinen Arbeitskollegen, der über ähnliche Beschwerden klagte, bevor er wegen eines Bandscheibenvorfalles für lange Zeit ausgefallen war. Nachts grübelt er häufig über seine Situation und fühlt sich am Morgen wie „gerädert“. Wenn er sich unbeobachtet fühlt, liest er Broschüren zum Gesundheitsmanagement. Kürzlich hatte er im Wartezimmer seines Hausarztes einen Fragebogen zu einem Gesundheits-Check in einer Zeitschrift ausgefüllt. Der Test kam zu dem Ergebnis, dass erste Anzeichen für gesundheitliche Einschränkungen gegeben seien. Er sei ein wenig erleichtert gewesen, als er bei der letzten Untersuchung beim Betriebsarzt auf ein sogenanntes Gesundheitsprogramm des Arbeitgebers aufmerksam gemacht wurde.

Fallbeispiel 2: Kuration/Rehabilitation

Frau Sch. wurde von ihrer Personalabteilung kontaktiert. In einem Brief war zu lesen, dass sie in diesem Kalenderjahr bereits sechs Wochen arbeitsunfähig gewesen sei. Im Rahmen des sogenannten Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) wolle man ein Gespräch führen. Frau Sch. sei öfters von ihrem Hausarzt mit der Diagnose „psychovegetative Erschöpfung“ krankgeschrieben worden. Sie habe sich direkt bei der Mitarbeitervertretung erkundigt, ob sie wirklich daran teilnehmen müsse. Sie wisse eigentlich nicht genau, was das bedeute. Richtig sei, dass sie Schwierigkeiten mit ihrer „Psyche“ habe. Sie komme morgens schwer aus dem Bett; auf ihre Kinder reagiere sie gereizt und auf der Arbeit falle es ihr zunehmend schwer, viele Aufgaben gleichzeitig zu bewältigen, und auch das Verhältnis zu den Kollegen sei nicht mehr so gut wie früher. Wenn sie nach Hause komme, dann schaffe sie es eigentlich nur noch bis zum Sofa. Von ihren Freunden habe sie sich zurückgezogen. Immer häufiger entwickle sie starke Ängste. Der Hausarzt habe sie nach mehreren Krankschreibungen schließlich an einen Psychiater überwiesen, der vor vier Wochen eine Depression (ICD-10: F32.1) diagnostiziert und zu einer Psychotherapie geraten habe. In den letzten vier Wochen war sie erneut arbeitsunfähig. Mit einer Wartezeit von acht Wochen erfolgt die Zuweisung in eine psychiatrische Fachklinik. Im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung erfolgt die Beantragung einer medizinischen Rehabilitation auf psychosomatischem Fachgebiet. Nach vier Wochen erfolgt der Bescheid und nach weiteren acht Wochen die Aufnahme in einer stationären Rehabilitationseinrichtung. Sie warte nun darauf, dass sie mit der Psychotherapie beginnen kann. Der Psychotherapeut habe ihr jedoch bereits von langen Wartezeiten berichtet. Sie sei hoffnungslos und habe das Gefühl, dass es nicht mehr lange so weitergehen könne. Vor dem Gespräch mit dem Wiedereingliederungsbeauftragten habe sie große Angst.

Fallbeispiel 3: Vermeidung von Erwerbsminderungs-Dauerrenten

Frau R., 46 Jahre alt, ledig, fühlte sich ihren Aufgaben als angestellte Lehrerin nicht mehr gewachsen. Die ersten Anzeichen gesundheitlicher Veränderungen, ständiges Überforderungsgefühl, aggressive Reaktionen auf Kleinigkeiten, fehlende Souveränität im Umgang mit Schülern und Kollegen hatte sie ignoriert und sich in den letzten Jahren immer mehr auf die erholsame

Wirkung der Ferien verlassen, die aber zunehmend ausblieb. Der nervliche Druck durch die von ihr als undiszipliniert empfundenen jugendlichen Schüler, die große Anzahl von Schülern, die zeitgleich von ihr unterrichtet werden mussten, die immer häufiger auftretenden Vertretungsnotwendigkeiten und die fehlende Unterstützung durch das Kollegium führten bei ihr schließlich zu einem Nervenzusammenbruch, der sie zunächst für acht Monate arbeitsunfähig werden ließ. Der Hausarzt überwies an einen psychiatrischen Fachkollegen, der eine mittelgradige depressive Reaktion (F32.1) diagnostizierte. Hinzu kamen Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden. Die Arbeitsunfähigkeit hielt sechs Monate an, bis der Hausarzt die Empfehlung einer psychosomatischen Rehabilitation aussprach. Allerdings zeigte die medizinische Rehabilitation nur einen mäßigen Erfolg. Die Furcht vor einer Rückkehr an ihren Arbeitsplatz konnte ihr die Rehabilitationsleistung nicht nehmen. Die Ärzte in der Rehabilitationseinrichtung kamen in ihrer sozialmedizinischen Bewertung zu dem Schluss, dass die Erwerbsfähigkeit von Frau R. nur noch für einen Zeitraum von drei bis unter sechs Stunden bestehe. Daraufhin gewährte der Rentenversicherungsträger eine Rente wegen teilweise verminderter Erwerbsfähigkeit, zunächst für einen Zeitraum von zwei Jahren. Die Stellungnahme des Ärztlichen Beraters des Rentenversicherungsträgers sah bei Frau R. ein Besserungspotential im Hinblick auf die vollständige Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit. Allerdings sei hierfür eine intensive Begleitung unter Ausschöpfung aller Rehabilitationsmöglichkeiten des Rentenversicherungsträgers notwendig. Bei aller Erleichterung über diese Entscheidung machte sich Frau R. Sorgen, wie es nun weitergehen solle. Die Höhe ihrer Rente verstärkte ihre Zukunftsängste. Außerdem wollte sie noch nicht zum „alten Eisen“ gehören, sondern noch aktiv am Leben teilnehmen. Gerne erinnerte sie sich in Gesprächen mit ihrem Psychotherapeuten an alte Zeiten, in denen die Klassen klein gewesen seien, die Zusammenarbeit mit den Eltern besser funktioniert habe und ihr die individuelle Förderung der Schüler noch richtig Spaß gemacht habe.

Das erste Beispiel stellt einen besonderen Bezug zur These 1 (Prävention) her. Der Erhalt der beruflichen Teilhabe von Menschen mit drohenden psychischen Störungen erfordert frühzeitige und bedarfsgerechte **präventive Leistungen**. Das zweite Fallbeispiel ist darauf ausgerichtet deutlich zu machen, dass zur Sicherung der beruflichen Teilhabe ein **trägerübergreifender, auf Kooperation mit der Arbeitswelt** ausgerichteter Ansatz erforderlich ist (These 2). Diese Notwendigkeit spiegelt sich auch im dritten Fallbeispiel wider, das so gewählt wurde, dass der Bezug zur dritten These an einem praktischen Beispiel gezeigt wird. Der Erhalt der beruflichen Teilhabe erfordert die rechtzeitige Erkennung von psychischen Störungen und die **Ermittlung des daraus resultierenden möglichen Behandlungs- und Teilhabebedarfs**. Das gilt umso mehr für die Überwindung einer bereits **eingetretenen Erwerbsminderung** (These 3).

Alle Fallbeispiele zeigen, dass zur Umsetzung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen der Arbeitsplatz als Sozialraum einbezogen werden muss. Wir plädieren für eine möglichst nachhaltige (Bestands-)Erhaltung des Arbeitsplatzes/Beschäftigungsverhältnisses. Die Chancen, dieses Ziel zu erreichen, werden größer, wenn die Leistungserbringer präventiver und rehabilitativer Leistungen kooperieren und die – bestehenden oder zu entwickelnden – Handlungsspielräume genutzt werden. Die Rahmenbedingungen und die Handlungsoptionen der Beteiligten werden in den nachfolgend dargestellten unterschiedlichen Perspektiven aufgezeigt.

3. Sicht der Beteiligten

Im Folgenden stellt der Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der DVfR dar, welche Beiträge verschiedene Leistungsträger und Beteiligte erbringen, um die formulierten Ziele der Flexibilisierung präventiver, kurativer und rehabilitativer Leistungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu erreichen. Hierbei haben wir darauf geachtet, dass nicht nur Leistungsträger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen sowie der Berufsgenossenschaft zu Wort kommen, sondern wir möchten den Sozialraum der Arbeitsplätze erschließen. Vor diesem Hintergrund schildern wir auch die Perspektive der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter, einer Handwerkskammer, der Rehabilitation psychisch Kranker, der Berufstrainingszentren sowie der Berufsförderungswerke und die perspektivenübergreifende Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

3.1 Gesetzliche Krankenversicherungen

Psychisch erkrankte Versicherte verursachen bei den Krankenkassen zunehmend hohe Kosten. So werden viele Betroffene erst zu einem späten Zeitpunkt versorgt bzw. die sektorenübergreifende Versorgung wird unzureichend berücksichtigt. Die Gefahr liegt in der Chronifizierung der psychischen Störung, die dann zu einer exponentiellen Kostenentwicklung führt. Die möglichen Folgen einer unangemessen späten Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen liegen in der psychosozialen Invalidisierung dieser Menschen, einschließlich beruflichem Abstieg, Kündigung und vorzeitiger Berentung. Je länger eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit dauert, umso geringer sind die Eingliederungsaussichten; mit zunehmender Arbeitsunfähigkeitsdauer verringert sich die Chance, wieder die Arbeit aufnehmen zu können. Aus diesem Grund haben die gesetzlichen Krankenkassen ein hohes Interesse daran, psychischen Störungen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt mit gezielten unterstützenden Leistungen zu begegnen.

Der Gesetzgeber gibt den Krankenkassen rechtlich die Möglichkeit,

- die Entstehung von psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen mit Hilfe von Präventionsleistungen (§§ 20, 20a SGB V i. V. m. der Satzung der jeweiligen Krankenkasse) zu verhindern
und/oder
- den psychischen Erkrankungen/Beeinträchtigungen durch Leistungen der Krankenbehandlung (§§ 27 ff. SGB V) bzw. durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 i. V. m. § 40 Abs. 1 und 2 bzw. § 41 SGB V sowie §§ 3 und 9 SGB IX) entgegenzuwirken.

Besteht noch kein Krankheitswert, kommen ausschließlich Leistungen zur Prävention in Betracht, ansonsten Leistungen der Krankenbehandlung und/oder der medizinischen Rehabilitation.

Ein Krankheitswert liegt bei einer psychischen Störung vor, wenn sie zu einer sonstigen erheblichen Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen des Betroffenen führt. Ergänzt wird diese Auffassung durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.04.1967, 3 RK 12/65, USK 6733. Danach ist eine Krankheit ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder ärztliche Behandlung zur Folge hat. Die Regelwidrigkeit eines Körper- oder Geisteszustandes ist bereits mit der Abweichung von der durch das Leitbild eines gesunden Menschen geprägten Norm gegeben. Dabei kann der Krankheitswert bei psychischen Störungen wegen der schwankenden „Gefühlslagen“ zwischenzeitlich immer wieder für einen längeren Zeitraum verschwinden und erneut aufflammen. Wenn sich aber kurzzeitige Arbeitsunfähigkeitszeiten häufen oder eine längere Arbeitsunfähigkeit eintritt, kann von einem nicht nur vorübergehenden Krankheits-

wert ausgegangen werden. In diesem Fall sind zumindest Leistungen der Krankenbehandlung (§§ 27 ff. SGB V) unerlässlich. Bei Störungen der Teilhabe und nicht ausreichenden kurativen Maßnahmen ist über die kurative Versorgung hinaus eine medizinische Rehabilitation notwendig, die durch einen mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz geprägt ist.

Im Rahmen der Prävention können die Krankenkassen ihren Versicherten individuelle Maßnahmen zur Primärprävention (individueller Ansatz) oder Maßnahmen zur primären Prävention in deren Lebensraum (Setting-Ansatz) anbieten. Basis für die Leistungen ist der vom GKV-Spitzenverband beschlossene „Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018“¹⁷. Beraten wird vom nach § 275 ff. SGB V fachlich unabhängigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), der bei Bedarf auch die Begutachtung der entsprechenden Anträge der einzelnen Versicherten vornimmt.

Kommen wir auf unsere Fallbeispiele zurück, so stellen wir fest, dass die GKV grundsätzlich Leistungen bereitstellen kann, die präventiv ausgerichtet sind (§§ 20, 20a, 20b SGB V). Von diesen Leistungen könnte Herr M. (Fallbeispiel 1) profitieren. Sind eine psychische Störung und Krankheitsfolgen eingetreten, wie in dem zweiten Fallbeispiel beschrieben, so bewegen wir uns im primären Arbeitsfeld der GKV. Weniger bekannt ist, dass die GKV auch Rehabilitationsträger ist bzw. dass zum kurativen Leistungssegment auch gehört, den Teilhabebedarf zu erkennen und trägerübergreifend zu initialisieren (§ 7 Abs. 2 SGB IX). So kann im zweiten Beispiel durch einen niedergelassenen Psychiater eine Krankenhausbehandlung verordnet bzw. eine medizinische Rehabilitation angeregt werden. Setzen wir uns mit unseren Thesen auseinander, so bietet sich aus Sicht der GKV folgendes Bild: Zur rechtzeitigen Erkennung einer psychischen Störung sind wir in der Regel auf die hausärztliche Versorgung angewiesen. Wurde sie erkannt, so stellt sich die Frage der Zuweisung zu einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie oder zu einem ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten. Wir stehen vor der Schwierigkeit, dass – trotz Sicherstellungsauftrag im vertragsärztlichen Bereich – medizinisch nicht tolerierbare erhebliche Wartezeiten für beide Berufsgruppen gegeben sind. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, eine Lösung dahingehend zu schaffen, dass die Patienten mit dem größten Bedarf auch primär in Behandlung kommen, z. B. dadurch, dass er Psychotherapie wieder unter Zuweisungsvorbehalt stellt.

Eine drohende psychische Störung erfüllt noch nicht die Kriterien einer psychischen Störung nach ICD-10. In Verbindung mit dem Sozialraum Arbeit kommt den Betriebsärzten sicherlich eine besondere Bedeutung zu, drohende psychische Störungen zu erkennen und auf Möglichkeiten präventiver Leistungen der GKV hinzuweisen.

3.2 Rentenversicherungsträger

Die gesetzliche Rentenversicherung (DRV) begleitet ihre Versicherten vom Berufsbeginn bis in das Rentenalter. Während des Berufslebens unterstützt die DRV sie durch Präventions- und Rehabilitationsleistungen. Diese Leistungen sind darauf ausgerichtet, Erwerbsfähigkeit unter präventiven Aspekten zu sichern (§ 14 SGB VI) oder drohende/eingetretene Leistungsminderungen durch Rehabilitationsleistungen zu beseitigen oder möglichst weitgehend zu kompensieren (§ 9 Abs. 1 SGB VI bzw. § 16 SGB VI). Dadurch sollen ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und damit

¹⁷ Siehe https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp.

verbundene Teilhabestörungen verhindert werden. Insgesamt erbrachte die DRV im Jahr 2016 etwas mehr als eine Million medizinische Leistungen zur Rehabilitation und ca. 156.000 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierzu setzte sie insgesamt ein Finanzvolumen von ca. 6,364 Mrd. € ein.¹⁸

Die Entstehung chronischer Erkrankungen wird durch weit verbreitete Risikofaktoren (insbesondere Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, beruflicher und privater Stress etc.) begünstigt.¹⁹ Die frühzeitige Identifikation einer z. B. durch Stress ausgelösten psychischen Beeinträchtigung – verbunden mit einer individuellen Bedarfsfeststellung – und möglichst unmittelbar einsetzende, koordinierte, professionelle Hilfsangebote stellen wichtige Voraussetzungen für eine möglichst vollständige Gesundung der Betroffenen dar. Idealerweise werden die gesundheitlichen Probleme also bereits im Vorfeld der Manifestierung einer Krankheit angegangen. Die gesetzliche Rentenversicherung hat die Möglichkeit, für Versicherte mit gesundheitlichen und arbeitsbedingten Risiko-Konstellationen Präventionsleistungen zu erbringen. Diese sind auf eine Stabilisierung der Gesundheit und eine Förderung der Selbstkompetenz der Betroffenen ausgerichtet. Der hierbei verfolgte verhaltenspräventive Ansatz wird bei einer bestehenden Zusammenarbeit mit dem Betrieb um einen verhältnispräventiven Ansatz ergänzt.

Mit Blick auf das Fallbeispiel 1 verweisen wir auf unsere erste These (s. o.), bei der es um die frühzeitige Erkennung einer drohenden psychischen Störung ging. So könnte in diesem Beispiel der Betriebsarzt gemeinsam mit Herrn M. die Initiative für die Teilnahme an einer bedarfsgerechten Präventionsleistung ergreifen. Hierzu erstellt der Betriebsarzt einen Befundbericht und gibt dem Beschäftigten Informationen über die weitere Vorgehensweise. Der Rentenversicherungsträger prüft die leistungsrechtlichen Voraussetzungen, ggf. gemeinsam mit der Krankenkasse von Herrn M., und übernimmt die Kosten für die Durchführung von drei Leistungsmodulen (Initialphase, Trainingsphase, Refresher) in einer qualifizierten Rehabilitationseinrichtung. Diese lädt Herrn M. zunächst zu einer dreitägigen Initialphase ein, in deren Verlauf der individuelle Gesundheitsstatus und das Risikoprofil erfasst, gemeinsame Zielvorstellungen entwickelt, ein individueller Therapieplan erstellt und erste Trainingseinheiten absolviert werden. In der sich anschließenden berufsbegleitenden Trainingsphase geht es in einem mehrwöchigen Prozess um eine praxisorientierte Vermittlung von Strategien zum erfolgreichen Selbstmanagement. Die Behandlungsmodule umfassen die Bereiche „Ernährung“, „Bewegung“ und „Resilienzbildung/Stressbewältigung“. Hierbei werden individualisierte Schwerpunkte im Hinblick auf die Gewichtung der drei genannten Bereiche gebildet. Bei drohenden psychischen Störungen können diese Schwerpunkte im Modul Resilienzbildung/Stressbewältigung thematische Einheiten zu folgenden Themen enthalten:

- Identifikation von persönlichen, stressverschärfenden Denkstilen und Einstellungen,
- Entwicklung von kognitiven und behavioralen Veränderungsansätzen,
- Stressregulation im Alltag und Beruf,
- Selbstmanagement.

Im Rahmen eines Refresher-Tages werden nach ca. einem halben Jahr Erfahrungen ausgetauscht und Auffrischungsmodule angeboten. Der Refresher-Tag wird eingerahmt durch die sogenannte Eigenaktivitätsphase, in der der Beschäftigte die erlernten Strategien in seinen Alltag transferiert.

¹⁸ Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenversicherung in Zeitreihen, Okt. 2017, S. 224, S. 239, 240.

¹⁹ Vgl. „Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20 d Abs. 3 SGB V“, 2016, S. 10.

Durch die Beantragung von präventiven Leistungen bei der GKV können zusätzliche Leistungsmodulare, z. B. in der Eigenaktivitätsphase des Beschäftigten oder in Form eines Präventionsmanagers, in das Gesamtprogramm eingebracht werden. Die Arbeit des Präventionsmanagers erfolgt im Sinne von Edukation, Coaching und Guidance. Er ist darüber hinaus auch das Bindeglied zum Betriebsarzt und dem Betrieb, auch um dort ggf. Themen der Verhältnisprävention anzusprechen. Die bis zu 24-monatige Dauer der Gesamtleistung soll nachhaltige Erfolge sichern helfen.

Im zweiten Fallbeispiel geht einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitationsleistung der gesetzlichen Rentenversicherung in der Regel eine ambulante fachspezifische Leistung der GKV voraus. Dabei steht im Zentrum der kurativen Medizin die Behandlung der psychischen Störung, während der Schwerpunkt in der medizinischen Rehabilitation auf der Störungsbewältigung liegt.²⁰ Hierdurch sollen die Voraussetzungen für eine bestmögliche Teilhabe am Arbeitsleben und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft geschaffen werden. Die Schnittstelle zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung der Patienten ist in der Praxis dadurch gekennzeichnet, dass

- zu viel Zeit vergeht, ehe eine zutreffende Diagnose gestellt wird,
- die kurativen Versorgungsstrukturen erst nach einer mehrmonatigen Verzögerung auf den bestehenden Versorgungsbedarf reagieren können,
- die Rehabilitationsleistung des Rentenversicherungsträgers häufig „zu spät“ und dann auch noch – inhaltlich und örtlich – isoliert von der kurativen Versorgung wohnortfern erbracht wird.

Neuere Ansätze, zum Beispiel im Rahmen des „Pauli-Projektes“, könnten hier für Verbesserungen sorgen (vgl. 4.2.2). Im Fallbeispiel 2 hat der Betriebsarzt auch heute schon die Möglichkeit, z. B. im Rahmen eines „WeB-Reha“-Verfahrens²¹, nach Abstimmung mit der Beschäftigten initiativ tätig zu werden. Die dann durchgeführte medizinische Rehabilitationsleistung des Rentenversicherungsträgers basiert auf Konzepten, die die unterschiedlichen Bedarfslagen der Rehabilitanden berücksichtigen und auf die berufliche (Wieder-)Eingliederung ausgerichtet sind. Ergänzt werden diese – in stationärer oder ganztägig ambulanter Form durchgeführten – (Basis-)Leistungen durch Nachsorgeangebote des Rentenversicherungsträgers, die wohnortnah den Alltagstransfer der Rehabilitationssinhalte sicherstellen sollen.

Die Fokussierung der Leistungen des Rentenversicherungsträgers auf die Beschäftigungsfähigkeit und die Fortführung einer Erwerbstätigkeit wird durch die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in Form von „Medizinisch-beruflich orientierten Reha-Leistungen“ (MBOR) unterstützt. Auf der Grundlage spezieller Konzepte werden dann während der Rehabilitation Hilfestellungen zur Bewältigung der Arbeitsplatzanforderungen vermittelt. Assessments vor oder unmittelbar zu Beginn der Reha verbunden mit betriebsnahen Beratungsleistungen nach dem Abschluss der medizinischen Rehabilitation helfen dabei, individuellen, arbeitsplatzspezifischen Reha-Bedarf zu identifizieren.

Nicht in jedem Fall wird es gelingen, eine drohende Erwerbsminderung (EM) durch eine Rehabilitationsleistung des Rentenversicherungsträgers zu verhindern. In der Situation einer geminderten Erwerbsfähigkeit, die dem Fallbeispiel 3 entspricht, sollten die Bemühungen der Sozialleistungsträger zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verstärkt werden. Die Rückkehrorientierung der betroffe-

²⁰ Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2014, Punkt 3.1.

²¹ WeB-Reha-Verfahren – Werks- und Betriebsärzte in Reha-Kooperation mit der Rentenversicherung; siehe auch www.web-reha.de.

nen Menschen sollte durch eine intensive Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger und der Betriebe verbessert werden. Die Rentenversicherung kann hierzu folgende Aktivitäten beisteuern:

- Bei befristeten Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen soll präziser analysiert werden, von welchen Faktoren eine Reintegration in das Erwerbsleben abhängt.²²
- Der Charakter der Befristung der Erwerbsminderungsrente ist zu betonen, nämlich als eine Zeit, um geeignete Therapiemaßnahmen zu ergreifen oder weiterzuführen.²³
- Aufsuchende Strategien sollten auf- und ausgebaut werden, um kontinuierlich die Indikation für eine Reha-Leistung im Zusammenhang mit einem Zeitrentenbezug zu überprüfen.²⁴
- Es sollten spezifische Rehabilitationsprogramme für Empfänger von Renten²⁵ und Erwerbsminderungsrenten²⁶ entwickelt werden.

Die Probleme, die bei den Anstrengungen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen deutlich werden, lassen sich nicht durch einen Sozialversicherungsträger oder eine andere gesellschaftliche Institution allein lösen. Der Handlungsdruck auf die einzelnen Beteiligten wächst und nur ein koordiniertes, frühzeitig einsetzendes Vorgehen verspricht hier nachhaltige Erfolge. Deswegen sollte die Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern, MDK, behandelnden Ärzten/Ärztinnen, Betriebs- und Werksärzten/-ärztinnen und Betrieben bei der Einleitung und Ausführung von Leistungen zur Teilhabe intensiviert werden. Eine gute Grundlage hierfür kann die zwischen den Rehabilitationsträgern auf BAR-Ebene abgeschlossene gemeinsame Empfehlung zum Reha-Prozess bilden.²⁷

3.3 Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit erbringt in der Regel nachrangig zur deutschen Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie unterhaltssichernde Leistungen im Zusammenhang mit anderen ergänzenden Leistungen unabhängig von der Behinderungsart. Der Rehabilitationsprozess verfolgt das Ziel „Teilhabe statt Fürsorge“.

Wenn die Bundesagentur als zuständiger Rehabilitationsträger agieren kann, setzen sich speziell ausgebildete Beraterinnen und Berater mit den Betroffenen zunächst in einem persönlichen Beratungsgespräch zusammen. Gemeinsam werden die Eckpfeiler einer beruflichen Eingliederung aufgezeigt. Es werden Ziele und Wünsche besprochen und bei Bedarf erforderliche Maßnahmen vorgestellt. Spezielle Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit – darunter Ärztlicher Dienst, Berufs-

²² Vgl. auch „Handlungsfelder“ (Pkt. 7.2) in „Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“, Deutsche Rentenversicherung, 2014.

²³ Vgl. „Konkretisierung der Handlungsfelder der Deutschen Rentenversicherung zum Thema psychische Störungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“, internes Arbeitspapier der Deutschen Rentenversicherung.

²⁴ Ebd.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd.

²⁷ „Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung, zur Erkennung, Ermittlung und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs (einschließlich Grundsätzen der Instrumente zur Bedarfsermittlung), zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe gemäß § 26 Abs. 1 i. V. m. § 25 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 und 6 und gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 2, 3, 5, 7 bis 9 SGB IX.“ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2019; <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.BF01.pdf>.

psychologischer Dienst und der technische Beratungsdienst – erstellen bei Bedarf Gutachten, die als Grundlage für den zu erstellenden Rehabilitationsplan (Teilhabeplan) dienen können.

Art und Umfang der Leistungen sind sehr individuell und von vielen Faktoren abhängig: Neben den persönlichen Eigenschaften wie Eignung, Neigung und Gesundheit und der ggf. bisherigen Tätigkeit werden Tendenzen auf dem Arbeitsmarkt miteinbezogen. Der Rehabilitand übernimmt dahingehend für sich die Verantwortung, dass er auf die berufliche Eingliederung eingehen und eine Neuorientierung in Kauf nehmen möchte. Der Bundesagentur für Arbeit stehen verschiedene Verfahren zur Verfügung, um jedem Einzelnen – ob jungen Erwachsenen ohne Berufsausbildung oder Wiedereinsteigern – den für ihn richtigen Weg aufzuzeigen: Zunächst sind da die Maßnahmen zur Abklärung der beruflichen Eignung, der Berufsvorbereitung und die Arbeitserprobung. Bei der Abklärung der beruflichen Eignung kann der Betroffene seine Leistungsfähigkeit überprüfen lassen, um festzustellen, ob er den Anforderungen der Aus- bzw. Weiterbildung oder seines bisherigen Arbeitsplatzes gewachsen ist. In Kooperation mit Arbeitgebern, Beratungsfachkräften und Integrationsämtern kann die Bundesagentur für Arbeit auch individuelle Lösungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes gewährleisten.

Im nächsten Schritt kann durch ein „Training für den Arbeitsalltag“ oder Qualifizierung mit klassischen Aus- und/oder Weiterbildungsangeboten die dauerhafte Integration in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt werden. Während der Teilnahme und im Anschluss an die Qualifizierung werden die Rehabilitanden durch die Beratungs- und Vermittlungsfachkräfte unterstützt.

Neben den Maßnahmeangeboten bietet die Bundesagentur für Arbeit behinderten Menschen auch finanzielle Unterstützung für Arbeitgeber an. Sie fördert die Anbahnung und Durchführung von Ausbildungs-, Arbeitsverhältnissen und Weiterbildungsmaßnahmen.

Mit direkter Wirkung für den Arbeitsmarkt sind insbesondere Eingliederungs- und Ausbildungszuschüsse sowie Leistungen im Rahmen einer Probebeschäftigung.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind überwiegend auf die (Re-)Integration von Menschen mit Teilhabebedarfen ausgerichtet. Die Bundesagentur für Arbeit ist in der Regel immer dann in der Verantwortung, wenn die entsprechenden Versicherungszeiten bei dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllt sind. Dies trifft insbesondere auf junge Menschen an der Schwelle Schule – Beruf bzw. auch auf Berufsanfänger zu. Als Leistungsträger der beruflichen Rehabilitation kommen verschiedene Institutionen in Frage. Zu den Leistungserbringern gehören z. B. die Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Berufstrainingszentren oder z. B. das Instrument der unterstützten Beschäftigung. Mit Blick auf unsere Fallbeispiele wird die Bundesagentur für Arbeit dann tätig, wenn Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Bestandteil des Rehabilitationsmanagements sind und z. B. junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer betroffen sind, die noch keinen Leistungsanspruch der Rentenversicherung haben. Diese Fallkonstellation wäre insbesondere für Fallbeispiel 2 denkbar.

3.4 Berufsgenossenschaften und Unfallkassen

Die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) ist nach Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten für alle Leistungen „aus einer Hand“ zuständig – von der Prävention über die kurative Behandlung und die medizinische und berufliche Rehabilitation einschließlich der sozialen Teilhabeleistungen bis hin zur Pflege. Ziel ist es, „mit allen geeigneten Mitteln“ die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und die Wiedereingliederung in das Berufsleben sowie das soziale Leben so schnell wie möglich zu erreichen.

Prävention und Rehabilitation

Die Prävention und Rehabilitation von psychischen Gesundheitsstörungen gewinnt für die GUV in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung, u. a. wegen steigender Zahlen und häufig komplikationsreicher Heilverläufe. Das gilt für die „rein“ psychischen Traumatisierungen (z. B. Überfahrtraumen bei Lokführern, Raubüberfälle in Einzelhandel und Banken, Extrembelastungen und körperliche Angriffe bei Rettungskräften und im Pflegebereich) genauso wie für Unfallopfer mit gravierenden körperlichen Verletzungen, die durch das Erleben eines schweren Unfalls und seiner Folgen psychische Folgestörungen erleiden. Diese Entwicklung war Anstoß für die 2008 veröffentlichten „Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen“. Kernstück ist das sog. Phasenmodell, in dem die einzelnen Aktions- und Betreuungsphasen aufgezeigt und die jeweiligen Handlungsverantwortlichen (Betriebe, UVT, Leistungserbringer) benannt werden. Die Aktions- und Betreuungsphasen beinhalten eine detaillierte Gefährdungsbeurteilung, die betriebliche Erstversorgung (Akutintervention) sowie die Einleitung zielgerichteter medizinischer Interventionsmaßnahmen und beruflicher und sozialer Teilhabe. Gemäß dem proaktiven „step care“-Ansatz werden Risikobereiche und Risikopersonen frühzeitig identifiziert und den auf der jeweiligen Stufe notwendigen Maßnahmen bzw. Interventionen zugeführt. Für das Reha-Management der Unfallversicherung stellt diese Entwicklung eine besondere Herausforderung dar. Das Ziel der GUV ist es, Menschen, die infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit an psychischen Störungen leiden, adäquat und rechtzeitig zu versorgen.

Reha-Manager zur schnellen Wiedereingliederung

Um frühzeitig die notwendigen Leistungen einzuleiten und Schnittstellen und damit Zeitverluste zu vermeiden, setzen die Unfallversicherungsträger Reha-Manager ein. Diese verfügen nicht nur über die nötigen fachlichen Kenntnisse, sondern auch über die erforderliche Sozial- und Methodenkompetenz. Zentraler Aspekt ihrer Arbeit ist der persönliche Kontakt zu den Betroffenen und die Einbeziehung aller am Reha-Verfahren Beteiligten wie Ärzte, Therapeuten, Ausbilder und Arbeitgeber. Wenn Präventionsmaßnahmen nicht greifen, gilt es, gezielt und frühzeitig die notwendigen therapeutischen Maßnahmen einzuleiten. Immer steht hierbei zunächst die schnelle Hilfe und nicht die Ursachenklärung im Vordergrund. Das primäre Ziel der Reha-Manager ist, die Chronifizierung bzw. Manifestierung eines psychischen Gesundheitsschadens zu vermeiden.

Vielzahl psychischer Erkrankungen

Das Spektrum der psychischen Gesundheitsschäden ist breit: Zu den unfallbedingten psychischen Erkrankungen gehören vor allem die akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen, die Posttraumatische Belastungsstörung, Phobien und Angststörungen, aber auch depressive Episoden und die somatoforme (Schmerz-)Störung. Psychische Folgestörungen können auch nach schweren Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, zum Beispiel nach Amputationen oder Brandverletzungen sowie bei Krebserkrankungen, auftreten.

Bei Arbeitsunfällen ohne physischen Körperschaden sind die Art und Schwere des Ereignisses, wie z. B. Überfahr-Traumen bei Lokführern und Raubüberfälle in Handel und Banken, ein wichtiges Indiz für die Gefährdung und damit ein Ansatz für therapeutische Interventionen. Nach schweren Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, die zu psychischen Folgestörungen führen, steht naturgemäß zunächst die unfallchirurgische Akutbehandlung und die körperliche Genesung im Zentrum der Maßnahmen. Das psychische Erleben und das Verarbeiten des Ereignisses machen sich ebenso wie wichtige psycho-soziale Kontextfaktoren (z. B. die Reaktion der Umwelt oder die Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes) in der Regel erst in einem späteren Stadium bemerkbar. In der Mehrzahl der

Fälle gelingt es den Betroffenen, das belastende Ereignis und die psychischen Beschwerden ohne professionelle Hilfe zu verarbeiten. Meistens verbessert sich die psychische Symptomatik parallel zur Wiederherstellung der physischen Gesundheit. Ist dies nicht der Fall, muss der Bedarf frühzeitig erkannt und eine schnelle und geeignete psychologische Hilfe durch spezialisierte Therapeuten angeboten werden.

Das Psychotherapeutenverfahren

Genau hier setzt das neue „Psychotherapeutenverfahren“²⁸ an, das am 1. Juli 2012 in Kraft getreten ist. Es enthält Zulassungsanforderungen und Handlungsabläufe, die auf die besonderen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung zugeschnitten sind. Konkret bedeutet das: Die beteiligten Psychotherapeuten müssen neben der Approbation über besondere Fortbildungen und Erfahrungen in Diagnostik und Behandlung von typischen psychischen Störungen nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit verfügen. Die Therapie hat sich an den Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften auszurichten, und klare Regelungen zum Verfahrensablauf sorgen dafür, dass die einheitliche Umsetzung durch die UV-Träger im Reha-Management gewährleistet bleibt.

Schon jetzt zeigt die Praxis, dass mit frühzeitigen, in aller Regel niederschweligen psychologischen Interventionen bzw. psychotherapeutischen Maßnahmen eine erfolgreiche Rehabilitation bei der Mehrzahl der Betroffenen erreicht werden kann. Das Ziel der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Spitzenverband) ist es, weitere qualifizierte Therapeuten als Netzwerkpartner zu gewinnen und damit optimale ortsnahe Versorgungsstrukturen zu schaffen. Betroffene erhalten bei Bedarf eine schnelle psychologische Betreuung bzw. störungsspezifische Psychotherapie, und zwar innerhalb von ein bis zwei Wochen nach Behandlungsauftrag, wobei von Anfang an auch die enge Vernetzung von Versicherten, Therapeuten, Arbeitgebern und dem Träger der Unfallversicherung im Fokus der Behandlung steht.

Bezogen auf die beiden Fallbeispiele ist die GUV in einer besonderen leistungsrechtlichen Situation. Keines der beiden Fallbeispiele erfüllt die Kriterien eines Arbeits- oder Wegeunfalls, so dass die GUV als Leistungsträger ausscheidet. Gesetzt den Fall, die leistungsrechtlichen Voraussetzungen sind erfüllt, so ist es der GUV leistungsrechtlich möglich, alle Leistungen aus allen Leistungsgruppen zu erbringen. Darüber hinaus ist es der GUV sogar möglich, Fahrstunden für verunfallte LKW-Fahrer zu genehmigen, um eine Rückführung in den Beruf zu erleichtern. Die Gesetzlichen Unfallversicherungen wären an der Prävention/Rehabilitation/Kuration unserer drei Fallbeispiele nicht beteiligt, weil die Leistungsvoraussetzungen eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit nicht gegeben sind.

3.5 Integrationsämter

Seit 2004 setzt sich das Integrationsamt des Landschaftsverbands Rheinland (LVR) intensiv mit der Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM; § 167 Abs. 2 SGB IX) auseinander. Der Gesetzgeber hat die Prävention bei gesundheitlichen Schwierigkeiten eines Arbeitnehmers zuerst beim Arbeitgeber angesiedelt. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass die Arbeitgeber und damit auch die im Betrieb bzw. in der Dienststelle gewählten Interessenvertretungen am besten

²⁸ Empfehlungen der Gesetzlichen Unfallversicherung zur Prävention und Rehabilitation von psychischen Störungen nach Arbeitsunfällen, 2008; https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Empfaehlungen_UVT.pdf. Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden vom 13.09.2010, in der Fassung vom 17.07.2014; https://www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf. Psychotherapeutenverfahren der DGUV; <https://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/12086.pdf>.

wissen, wie krankheitsbedingten Ausfallzeiten begegnet werden kann. So verstanden ist Prävention ein gutes Mittel, um eine eventuell drohende (Schwer-)Behinderung zu vermeiden. An dieser Stelle kommen die Integrationsämter sowie die gewählten Schwerbehindertenvertretungen ins Spiel. Handelt es sich um schwerbehinderte oder diesen gleichgestellte Beschäftigte, kann das Integrationsamt im Rahmen der begleitenden Hilfe vielfältige Unterstützung rund um die Sicherung des Arbeitsverhältnisses anbieten. Gleichzeitig kann die Schwerbehindertenvertretung die Kolleginnen und Kollegen auf präventive Leistungen im Betrieb hinweisen. Und schließlich kann das Integrationsamt Arbeitgeber und Interessenvertretungen bei der Einführung und Weiterentwicklung des BEM vor Ort unterstützen und beraten. Hierfür gibt das LVR-Integrationsamt in Köln nun schon in siebter Auflage gemeinsam mit dem Integrationsamt des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe in Münster Handlungsempfehlungen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement heraus.²⁹

Die Empfehlungen geben den aktuellen Stand der Rechtsprechung zum BEM wieder und beinhalten darüber hinaus eine Vielzahl an Hilfestellungen und Anregungen rund um das BEM-Verfahren. Sie reichen vom Muster eines Einladungsschreibens über den Ablauf eines BEM-Gespräches bis zu einer erforderlichen datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung. Ist das BEM einmal eingeführt, besteht für das Integrationsamt darüber hinaus die Möglichkeit einer Prämierung. In den letzten Jahren wurden im Rheinland jeweils fünf Unternehmen der Privatwirtschaft bzw. öffentlichen Verwaltung für herausragende BEM-Aktivitäten ausgezeichnet. Im Kursangebot des Integrationsamtes finden sich auch 2014 wieder unterschiedliche Seminarangebote rund um das BEM und die Prävention. In den letzten Jahren wurden mehr als zwei Dutzend Kolleginnen und Kollegen zum Certified Disability Management Professional (CDMP) ausgebildet.

Im zweiten Fallbeispiel haben wir auf die Möglichkeiten des BEM hingewiesen. Viele Betroffene entscheiden sich für die Hilfestellung durch das BEM. Lehnt ein Arbeitnehmer die Möglichkeit ab, ist dennoch sichergestellt, dass die Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit benannt und geeignete Maßnahmen angeboten wurden. Hierzu könnte z. B. die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises gehören sowie die Einbindung des Integrationsfachdienstes, der im nächsten Kapitel beschrieben ist.

3.6 Integrationsfachdienste

Integrationsfachdienste (IFD) sind Dienste Dritter, die i. d. R. bei freien, gemeinnützigen Trägervereinen und -organisationen eingerichtet sind und bei der Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben für von Behinderung bedrohte, behinderte und schwerbehinderte Menschen beteiligt werden. Die Strukturverantwortung für die IFD liegt bei den Integrationsämtern (s. o.). Diese sorgen für ein flächen- und bedarfsdeckendes Angebot unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen und legen Näheres zur Beauftragung, Zusammenarbeit, fachlichen Leitung, Aufsicht sowie Dokumentation, Qualitätssicherung und Ergebnisbeobachtung fest. Die gesetzlichen Grundlagen zur Beauftragung und zu den Aufgaben der IFD regeln die §§ 185 und 192 ff. SGB IX.

Hauptauftraggeber für die IFD sind im Einzelfall die Integrationsämter, welche die IFD regelhaft im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben zur Sicherung der beruflichen Teilhabe von schwerbehinderten Personen mit einem Bedarf an psychosozialer, arbeits- und berufsbegleitender Unterstützung beteiligen. Zu den Aufgaben des IFD gehört in diesem Zusammenhang auch die Beratung

²⁹ Siehe https://www.lvr.de/de/nav_main/metanavigation_5/nav_meta/service/publikationen_4/detailseite_publicationen_309.jsp.

und Begleitung der Arbeitgeber und des unmittelbaren beruflichen Umfeldes der begleiteten Personen. Im Rahmen ihrer Aufgabenstellung können die IFD auch für behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen, z. B. im Auftrag der Träger der Rehabilitation, tätig werden. Hierfür bedarf es einer formalen Beauftragung im Einzelfall. Einheitliche und verbindliche Kriterien für diese Beauftragung sowie zu Fragen der Einzelfallverantwortung und zur fachlichen Steuerung regelt die Gemeinsame Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation nach § 196 Abs. 3 SGB IX zur Inanspruchnahme der Integrationsfachdienste durch die Rehabilitationsträger (BAR-GE IFD in der Fassung vom 01.09.2016).

Um den besonderen Bedürfnissen von Personen mit unterschiedlichen Behinderungsarten gerecht werden zu können, sind die IFD behinderungsspezifisch organisiert, d. h., es gibt Fachkräfte mit Spezialisierungen auf Sehbehinderung, Hörbehinderung, geistige Behinderungen u. a. Dabei begann die Geschichte der IFD mit der Einrichtung eines ersten IFD für Menschen mit einer psychischen Erkrankung vor über 40 Jahren unter dem Namen Psychosozialer Fachdienst (PSD) im Rheinland. Der Auf- und Ausbau eines bundesweiten IFD-Netztes folgte in den darauffolgenden 20 Jahren.

Bis heute sind Personen mit einer psychischen Störung/Behinderung und deren Arbeitgeber in den rheinischen IFD immer noch die größte Nutzergruppe. Die Anlässe, zu denen eine IFD-Beratung und -Begleitung in Anspruch genommen werden, sind unterschiedlich – häufig spielen auftretende Schwierigkeiten in bestehenden Arbeitsverhältnissen eine Rolle, zunehmend geht es aber auch um präventive Beratungsanfragen, wie z. B. über den Umgang mit heterogenen Belegschaften, Vorbeugung von Erkrankungen/Behinderung im betrieblichen Kontext, (Wieder-)Eingliederung nach längerfristiger Erkrankung. Insbesondere im letztgenannten Zusammenhang – der Eingliederung oder Wiedereingliederung von Menschen nach Erkrankung und ggf. einer Rehabilitationsmaßnahme – kann der IFD aufgrund seiner Unternehmensnähe und seines „Doppel“-Auftrags der Beratung und Begleitung der Beschäftigten und von deren Arbeitgebern einschließlich des betrieblichen Umfeldes eine wichtige Rolle spielen und so zur nachhaltigen Sicherung des vorher erzielten Rehabilitationserfolges beitragen. Neben der dargestellten formalen Einzelfallbeauftragung des IFD durch einen Leistungsträger besteht sowohl für Arbeitgeber, betriebliche Funktionsträger als auch für beschäftigte Personen immer auch die Möglichkeit, sich direkt an den IFD zu wenden. Dieses sogenannte niedrighschwellige Beratungsangebot beim IFD ist grundsätzlich vertraulich. Hierüber können Beschäftigte arbeitgeber- und arbeitsplatzunabhängig verlässliche Informationen über ihre Rechte und Pflichten, aber auch Empfehlungen für weitere Handlungsschritte im Zusammenhang mit Erkrankung und Behinderung erhalten.

Darüber hinaus kann der IFD, da er schnittstellenübergreifend tätig werden kann, sowohl präventiv beteiligt werden – z. B. durch Begleitung einer längerfristig erkrankten beschäftigten Person zum BEM-Gespräch (siehe 2.4 Fallbeispiele 1 und 2) – als auch den Rehabilitationsprozess quasi als „roter Faden“ begleiten. Dabei wird der IFD während einer laufenden Rehabilitationsmaßnahme nicht aktiv, kann aber den Prozess mit den beteiligten Personen und Institutionen vorbereiten und vor Abschluss einer Maßnahme den nächsten Schritt planen und den Übergang begleiten. Damit können „Brüche“, unnötige Wartezeiten und Unsicherheiten bei Beschäftigten und Arbeitgebern reduziert werden.

Im Nachgang einer Rehabilitationsmaßnahme ist es dem IFD berufsbegleitend weiterhin möglich, alle Unterstützungsmöglichkeiten in die Wege zu leiten, die geeignet sind, die dauerhafte Erwerbsfähigkeit zu verbessern oder zu erhalten. In Bezug auf das unter 2.4 dargestellte Fallbeispiel könnte der IFD berufsbegleitend mit der betroffenen Person, ihrem Arbeitgeber und ggf. betrieblichen Helfergruppen (z. B. Schwerbehindertenvertretung, Betriebs-/Personalrat/Mitarbeitendenvertretung)

Unterstützungsangebote besprechen und in die Wege leiten, welche die Belastung am Arbeitsplatz reduzieren und die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmerin steigern oder erhalten (z. B. durch ein Jobcoaching, durch Änderung der Arbeitsorganisation, finanzielle Nachteilsausgleiche für den Arbeitgeber u. v. a. m.).

3.7 Handwerkskammer, Düsseldorf

In Nordrhein-Westfalen (NRW) gab es im Jahr 2011 im Bereich des Handwerks rund 186.000 Betriebe mit einer Gesamtzahl von ca. 1,1 Mio. Mitarbeitern. Somit sind in NRW durchschnittlich sechs Mitarbeiter in einem Betrieb beschäftigt. Die Großzahl aller Handwerksunternehmen kann demzufolge dem Bereich der Kleinst- und Kleinunternehmen zugeordnet werden. Aufgrund der begrenzten Möglichkeiten, personelle Ausfälle im kleinbetrieblichen Umfeld tatsächlich fach- und sachgerecht zu kompensieren, machen die vorgenannten Zahlen deutlich, dass krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ernsthafte Probleme in den Arbeitsabläufen mit sich bringen. Hinzu kommt die zunehmende Anzahl psychisch bedingter Störungen mit entsprechenden Ausfallzeiten. Weiterhin kommt die Studie „Erhalt und Förderung psychischer Gesundheit besonders belasteter Berufs- und Funktionsgruppen in Klein- und Kleinstunternehmen“ (BeFunt, 2010–2012) zu dem Ergebnis, dass in kleinen Betrieben Inhaber und Führungskräfte besonders von der Problematik, eine psychische Störung zu erleiden, betroffen sind.

Eine Erhebung der Krankenkasse IKK classic bestätigt für den Bereich Nordrhein im Jahr 2012 den seit einigen Jahren bestehenden Trend, dass auch im Handwerk vermehrt psychische Störungen diagnostiziert werden: 11,4 % aller Arbeitsunfähigkeitstage gingen 2012 darauf zurück; das ist ein Zuwachs gegenüber 2011 um 10,2 %. 2003 entfielen nur 5,3 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf diese Diagnosegruppe.

Die Lösungsansätze zur Minderung von psychischen Störungen im Arbeitsleben können ein breites Spektrum von Möglichkeiten umfassen. Sie reichen von Verfahren zur Problemanalyse und Beurteilung der Arbeitsbedingungen über arbeitsorganisatorische Umstellungen bis zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Seminaren zur Führungskultur. Einerseits können sie präventiv, andererseits reaktiv – beispielsweise auf einen konkreten Einzelfall bezogen – wirken. Sowohl im präventiven als auch im rehabilitativen (reaktiven) Bereich aber sollte ein Unternehmen nicht mit der Problemlösung auf sich selbst gestellt sein. Selbstverständlich sind die Arbeitgeber in der Verantwortung, der betrieblichen Fürsorgepflicht nachzukommen, also neben dem wirtschaftlichen Erfolg der Unternehmung auch für die Gesundheit der Mitarbeiter angemessene Sorge zu tragen. Hier sollte die zielorientierte Hilfe von außen ansetzen: Um ein breiteres Spektrum von Unternehmen für die bereits vorhandenen und guten Instrumente zu erreichen, müssen die Institutionen und Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation noch größere Anstrengungen unternehmen, Klein- und Kleinstbetriebe zu mobilisieren. Sie müssen eine intensive Hilfe zur Selbsthilfe anbieten und die Beteiligten in Unternehmen nicht nur punktuell beratend begleiten. Hierzu sind größere personelle Ressourcen sowohl lokal als auch regional auf Leistungsträgerseite unerlässlich. Finanzielle Hilfen für den Eingliederungsprozess müssen in anderem Maße als bisher bekanntgemacht werden. Instrumente wie beispielsweise die stufenweise Wiedereingliederung können in Klein- und Kleinstunternehmen nicht das alleinige Verfahren zur Lösung sein. Ein weiteres Hemmnis für die systematische betriebliche Vorgehensweise zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei psychischen Beeinträchtigungen ist eine für den Betrieb vor Ort oftmals intransparente Zuständigkeit der beteiligten Rehabilitationsträger.

3.8 Die Deutschen Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) sind außerbetriebliche Bildungseinrichtungen in einer gemeinnützigen Gesellschaftsform in öffentlicher oder privater Trägerschaft. Sie sind spezialisiert auf die berufliche Aus- und Weiterbildung von Erwachsenen, die in der Regel ihre vorangegangene Berufstätigkeit wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht weiter ausüben können. Sie bieten Know-how und langjährige Erfahrung in der Beratung, Diagnostik, Qualifizierung und Integration, um Menschen mit Behinderungen die volle berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Aber auch Prävention gehört zu ihren Aufgaben.

Berufliche Rehabilitation durch Qualifizierung in Berufsförderungswerken soll die betroffenen Menschen befähigen, ihren künftigen Beruf weitgehend ohne Beeinträchtigung auszuüben, und damit eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft ermöglichen.

Berufsförderungswerke vermitteln deshalb sowohl die notwendige Fachkompetenz als auch die immer wichtigeren Sozial- und Gesundheitskompetenzen. Sie tragen somit einerseits den Bedürfnissen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und andererseits den besonderen Erfordernissen der Erwachsenenbildung sowie des Arbeitsmarktes Rechnung.

Medizinische, soziale und psychologische Fachdienste sind zur rehabilitationsspezifischen Unterstützung der Teilnehmenden während ihres Aufenthaltes unerlässliche Bestandteile eines Berufsförderungswerkes. Den Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stehen in aller Regel im Berufsförderungswerk fest angestellte Fachärzte (z. B. Fachärzte für Psychiatrie) und psychologische Fachkräfte (oft mit therapeutischer Zusatzausbildung) zur Verfügung, die eng mit den behandelnden Therapeuten am Wohnort der Rehabilitanden zusammenarbeiten.

Motivierende, kreative Freizeitgestaltung und differenzierte Sportangebote wirken psychischen und physischen Belastungen während der Rehabilitationsmaßnahmen entgegen. Die Bewegungsprogramme während der Ausbildung und in der Freizeit berücksichtigen die individuellen gesundheitlichen Gegebenheiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Vor allem gezielte bewegungstherapeutische und heilgymnastische Übungen sollen der bestehenden Beeinträchtigung und ihren Folgen entgegenwirken, die Leistungsfähigkeit steigern und zu behinderungsgerechtem Freizeitsport Anregung bieten.

Die Maßnahmen werden als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX erbracht. Kostenträger hierfür sind die Rentenversicherungen, Berufsgenossenschaften und die Bundesagentur für Arbeit.

In dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geschaffenen Netzplan gibt es bundesweit 28 Berufsförderungswerke mit nahezu 100 Standorten. Sechs Berufsförderungswerke davon haben sich auf bestimmte Behinderungen wie Blindheit und Querschnittslähmung spezialisiert. In etwa 250 verschiedenen Ausbildungsgängen und Teilqualifikationen stehen den Rehabilitanden rund 12.000 Plätze zur Verfügung.

Mit Aufkommen der Forderung nach einer wohnortnahen Rehabilitation für möglichst alle Betroffenen seit Anfang der 1990er Jahre haben sich die Berufsförderungswerke mehr und mehr der Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gewidmet und zielgruppenorientierte Konzepte für unterschiedliche Förderangebote entwickelt, von denen hier zwei vorgestellt werden.

Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung

Anfang der 1990er Jahre haben die Berufsförderungswerke mit der „Abklärung der beruflichen Eignung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ speziell für diese Zielgruppe ein besonderes Angebot zur beruflichen Neuorientierung konzipiert und nicht zuletzt angesichts einer stetig gestiegenen Nachfrage weiterentwickelt.

Diese erweiterte Berufsfindung und Arbeitserprobung wird durchgeführt, wenn die aktuelle Leistungsfähigkeit, die psychische Belastbarkeit, das Sozialverhalten und die Krankheitsverarbeitung der Menschen vor einer Berufswahl überprüft werden sollen – unabhängig davon, ob bereits ein eindeutiger Berufswunsch besteht oder ob das Berufs- bzw. Integrationsziel noch offen ist. Vor Beginn der Maßnahme werden individuelle Vorgespräche geführt, um sicherzustellen, dass die Eignungsabklärung für die Rehabilitandin/den Rehabilitanden vom gesundheitlichen Gesichtspunkt (vorhandene Erprobungsfähigkeit) zu einem günstigen Zeitpunkt erfolgt.

Rehabilitationsvorbereitungstraining

Das Rehabilitationsvorbereitungstraining (RVT) dient dazu, die Teilnehmenden mit einer psychischen Beeinträchtigung noch gezielter auf die heutigen Ausbildungs- und Lebenssituationen vorzubereiten und damit die Chance auf eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung weiter zu erhöhen.

Hier sollen die Teilnehmer unter Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit stabilisiert werden. Der Trainingsrahmen bleibt auf einen kleinen Personenkreis beschränkt. Ängste und Lernprobleme werden abgebaut, die Integration in eine Lerngruppe wird ebenso trainiert wie die systematische Strukturierung des Tagesablaufs. All das erfolgt anhand der Vermittlung fachlicher Inhalte durch die Ausbildung, aber auch ausbildungsbegleitend durch die Reha-Fachdienste, insbesondere durch den psychologischen Dienst.

Zur Stärkung ihrer Resilienz sind besondere Trainingseinheiten zur Förderung der Gesundheit – verbunden mit bewährten Lebensphilosophien – entwickelt worden. Ernährung, Bewegung und Umgang mit Stressfaktoren in der Arbeitswelt sind darüber hinaus kontinuierlich in alle Trainings integriert.

3.9 Rehabilitation psychisch Kranker

Für Menschen mit erheblichen psychischen Beeinträchtigungen bieten die RPK (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben unter einem Dach miteinander verknüpft an. Bundesweit gibt es ca. 50 RPK-Einrichtungen. Die RPK-Empfehlungsvereinbarung der BAR vom 29.09.2005, die vom Gesetzlichen Krankenversicherungsträger, dem Rentenversicherungsträger und der Bundesagentur für Arbeit unterschrieben ist, definiert inhaltlich-therapeutische und strukturelle Merkmale einer RPK. Der gesamte Rehabilitationsprozess der medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben wird durch ein multiprofessionelles Team gemeinsam gestaltet. Die Einrichtungen sind möglichst wohnortnah und regional vernetzt. Die Leistungen können ambulant und/oder stationär erbracht werden.

Rehabilitation psychisch Kranker ist somit als Komplexleistung konzipiert. Der persönliche Unterstützungsbedarf ist dabei die Grundlage für einen individuell zu erstellenden Rehabilitationsplan. Da dieser Bedarf krankheitsbedingt erheblich schwanken kann, werden Maßnahmezeiten und Maßnahmeinhalte in RPK-Maßnahmen individuell angepasst und gestaltet. Bei längeren Entwicklungsprozessen erlauben darüber hinaus Intervallrehabilitationen einen flexiblen und individuellen Rehabilitationsansatz.

Ziele der medizinisch-beruflichen RPK-Maßnahmen sind die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die Verbesserung der Krankheitsbewältigung und der Lebensqualität. Die Teilhabe am Arbeitsleben ist ein wichtiges Ziel der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, die Integration soll möglichst langfristig gelingen. Die RPK-Angebote orientieren sich in allen Bereichen an der Lebenswelt der Teilnehmer und verzichten in den trainierenden und übenden Phasen der Rehabilitation soweit wie möglich auf exklusive Ersatzwelten. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden in Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen der Region statt. Die rehabilitationsspezifische Betreuung am Arbeits- und Ausbildungsplatz wird durch das Fachpersonal der RPK gewährleistet. Viele Menschen mit psychischen Erkrankungen haben mehrfach berufliches Scheitern hinter sich. In den betrieblichen Praktika können sich die Rehabilitationsteilnehmer realistisch erproben, Versagensängste reduzieren, beruflich neue Erfahrungen machen und Perspektiven entwickeln. So kann Nachhaltigkeit gesichert und passgenaue Vermittlung vorbereitet werden. In einigen Regionen gibt es die Möglichkeit, den Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis mit einer ambulanten Nachbetreuung in Beziehungskontinuität durch die RPK zu sichern. Mit Blick auf unsere Fallbeispiele könnten Leistungen der RPK für die Fallbeispiele 2 und 3 relevant werden.

3.10 Berufliche Trainingszentren

Als spezialisierte Einrichtungen für die berufliche Rehabilitation psychisch kranker und beeinträchtigter Menschen bieten die insgesamt 24 beruflichen Trainingszentren eine breite Palette der Maßnahmen, wie sie in § 49 SGB IX (s. o.) aufgeführt sind. Ihre zentrale Aufgabe ist die Wiedereingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Finanziert werden ihre Leistungen durch die Rentenversicherungen, Arbeitsagenturen und Jobcenter und in geringem Umfang auch durch die Unfallversicherungen.

Assessments unterschiedlicher Dauer schaffen fundierte Grundlagen für ziel- und passgenaue weitere Schritte. Hierzu gehören Belastungserprobungen, Arbeitserprobungen oder Berufsfindungsmaßnahmen.

Die beruflichen Trainings führen die Teilnehmer schrittweise an ihre bisherige Berufstätigkeit heran. Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit werden wiederhergestellt, gesteigert und stabilisiert, Fachkenntnisse aufgefrischt, und es wird eine dem individuellen Belastungs- und Fähigkeitsprofil angemessene berufliche Perspektive – i. d. R. im bisher ausgeübten Beruf oder Berufsfeld – erarbeitet. Das Setting ist arbeitsmarktnah angelegt und beinhaltet regelhaft kürzere und längere betriebliche Praktika mit dem Ziel der Arbeitsaufnahme bzw. Erlangung eines Arbeitsplatzes. Nachbetreuung von mindestens sechs Monaten sichert die Nachhaltigkeit der Maßnahmen. In Fällen geplanter Umschulungen und Ausbildungen stellen Vorbereitungsmaßnahmen die erforderlichen fachlichen und psychosozialen Grundlagen her.

Zunehmend werden in einigen Einrichtungen auch auf die Zielgruppe zugeschnittene Unterstützungsmaßnahmen an regulären Arbeitsplätzen im allgemeinen Arbeitsmarkt etabliert, die von den Rentenversicherungen als LTA finanziert werden. Des Weiteren bieten verschiedene Standorte auch reine Vermittlungsmaßnahmen mit Schwerpunkt Stellenakquise und Bewerbungsprozess.

Alle Maßnahmen sind von Konzeption, Organisation und Struktur speziell auf die Belange psychisch beeinträchtigter Personen abgestimmt und werden i. d. R. ambulant, an einigen Orten auch stationär erbracht. Eine Tandembetreuung aus psychosozialer Fachkraft und beruflichem Trainer/Anleiter sichert die erforderliche Unterstützung in psychosozialer und fachlicher Hinsicht. Psychosoziale Schwerpunkte bilden soziales Kompetenztraining, Krankheitsverarbeitung und Krisenprophylaxe

sowie der Umgang mit Anforderungen und Belastungen, jeweils bezogen auf das entsprechende berufliche Umfeld. Die Betreuungsteams bestehen auf psychosozialer Seite aus Psychologen und Sozialpädagogen/Sozialarbeitern, die jeweils häufig über eine psychotherapeutische Qualifikation verfügen. Aus Fachkräften verschiedenster Grundberufe mit pädagogischen Zusatzqualifikationen wie Ausbildereignungsprüfung oder zertifizierte „Reha-Fachkraft“ setzt sich die Gruppe der beruflichen Anleiter/Trainer zusammen. Ein Mindestpersonalschlüssel von 1:8 im Bereich der Anleiter/Trainer und 1:12 auf Seiten der psychosozialen Begleitung sichert eine hohe Betreuungsintensität.

Standardisierte ICF-basierte Fremd- und Selbsteinschätzungen mit Hilfe eines von der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren entwickelten Screenings am Anfang und Ende ermöglichen aussagekräftige Verlaufskontrollen. Eine bundesweit einheitliche Katamneseerhebung am Ende und sechs Monate später belegt und sichert die Ergebnisqualität. Seit vielen Jahren liegen die Integrationsquoten in den allgemeinen Arbeitsmarkt am Maßnahmeende stets zwischen 55 und 60 % und steigen im folgenden halben Jahr um weitere 5 bis 10 %.

In Kapitel 2.4 wurden drei Fallkonstellationen beschrieben, die schlagwortartig als „Prävention“, „Kuration/Rehabilitation“ und „Vermeidung von Erwerbsunfähigkeit“ bezeichnet wurden. BTZ decken mit ihrem Kernangebot die zweite und dritte Konstellation nach dem kurativen und medizinisch-rehabilitativen Abschnitt umfassend ab, unter Einbezug aller psychiatrischen und psychosomatischen Störungsbilder, also auch der schizophrenen und affektiven Psychosen; primäre Suchterkrankungen sind allerdings ausgenommen. In aller Regel wird in Fällen wie im beschriebenen Beispiel „Kuration/Rehabilitation“ eine möglichst nahtlose, mindestens jedoch zeitnahe berufliche Rehabilitation nach der medizinischen Rehabilitation angestrebt. In vielen Fällen wird diese auch realisiert, da BTZ in aller Regel mit den Fachberatern der Leistungsträger in engem Kontakt stehen und mit den Einrichtungen der psychosomatischen Rehabilitation wie auch der Psychiatrie gut vernetzt sind.

Die dritte Fallkonstellation „Vermeidung von Erwerbsminderungs-Dauerrenten“ sollte, wenn sich bereits im Rahmen der psychosomatischen oder psychiatrischen Rehabilitation weiterer Reha-Bedarf abzeichnet, zumindest in Regionen mit gut ausgebauten beruflichen Rehabilitationsangeboten vermieden werden können. Bei guter Vernetzung zwischen Leistungsträger und den Rehabilitationseinrichtungen kann bereits im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Kontakt zu einem BTZ hergestellt und ein möglichst nahtloser, zumindest zeitnaher Übergang hergestellt werden. Die in BTZ vorhandenen Assessments können in manchen Fällen auch im Rahmen der „Prävention“ zur Anwendung kommen, wenn die Belastbarkeit getestet oder die Eignung für ein zuvor ausgeübtes Berufsfeld überprüft werden soll.

3.11 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Satzungsgemäß ist es primäres Ziel und Anliegen der BAR, darauf hinzuwirken, dass die Leistungen der Rehabilitation zum Wohle der behinderten und chronisch kranken Menschen nach gleichen Grundsätzen durchgeführt werden. Gerade die Komplexität psychischer Erkrankungen erfordert dabei oftmals ebenso komplexe Interventionsansätze. Diese müssen zur wirksamen Erhaltung der

Beschäftigungsfähigkeit im engeren Sinne sowie zur passgenauen Unterstützung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit psychischer Behinderung im weiteren Sinne nicht selten mehrere Leistungen teils verschiedener Leistungsträger umfassen. Als Plattform trägerübergreifender Verständigung der Rehabilitationsträger gewährleistet die BAR bei enger Kooperation und Koordination der beteiligten Leistungsträger mit einem interdisziplinären Ansatz im Zusammenspiel mit Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Betroffenen eine lückenlose und zielgenaue Rehabilitation.

Besonders relevant sind dabei die Gemeinsamen Empfehlungen, die dem Handeln der Vereinbarungspartner eine gemeinsame Grundlage geben. Für die in diesem Papier wesentliche Frage der frühzeitigen Bedarfserkennung und des zeitnahen Zugangs zu Rehabilitationsleistungen ist die neue „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“³⁰ von besonderer Bedeutung. Diese regelt nicht nur Aspekte trägerübergreifender Zusammenarbeit, sondern weitet gleichzeitig den Blick auf weitere Akteure im Reha-Geschehen (u. a. Akteure der medizinisch-therapeutischen Versorgung und betriebliche Akteure). Zweiteres erfolgt mit der klaren Perspektive, diese Akteure bei ihren Aufgaben, z. B. der frühzeitigen Bedarfserkennung, gezielt zu unterstützen. Aber auch für Aktivitäten zur verbindlichen Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger mit Dritten kann die Gemeinsame Empfehlung eine geeignete Grundlage darstellen.

Eine wesentliche Möglichkeit zur Umsetzung komplexer Interventionsansätze, welche verschiedene Leistungsträger bündelt und damit eine eng verzahnte Leistungserbringung für und im Sinne von Menschen mit psychischer Erkrankung ermöglicht, findet sich insbesondere in der auf Ebene der BAR erarbeiteten RPK-Empfehlungsvereinbarung (2005) und zugehörigen Handlungsempfehlungen (2010).³¹ Die Empfehlungsvereinbarung ist Grundlage für eine enge Verzahnung von medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen in Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK), insbesondere bei verschiedenen Trägerzuständigkeiten. Die Möglichkeit der ambulanten Durchführung der Leistung korrespondiert dabei mit dem therapeutisch, aber auch für die Vernetzung mit dem Betrieb und für die berufliche Wiedereingliederung insgesamt oftmals bedeutsamen Prinzip der Wohnortnähe.

Darüber hinaus wurde auf Ebene der BAR eine trägerübergreifend ausgerichtete „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen“³² erarbeitet, welche als Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle an der Rehabilitation psychisch kranker Menschen beteiligten Personen dienen soll.

Aufbauend auf den auch eingangs dieses Papiers skizzierten gesellschaftlichen, arbeitsweltlichen und morbiditätsbezogenen Entwicklungen erfolgen aktuell auch auf Ebene der BAR trägerübergreifende Verständigungen im Rahmen eines Projektes zur Sicherung, Erhaltung und Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit im Kontext psychischer Gesundheit. Nicht zuletzt führt die BAR regelmäßig eine trägerübergreifende Fortbildungsveranstaltung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rehabilitationsträger zum Themenfeld der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen durch.

³⁰ Siehe <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/GEReha-Prozess.BF01.pdf>.

³¹ Siehe https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/BAR-BroRPK_E.pdf.

³² Siehe https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf.

4. Innovative Ansätze zur Leistungsoptimierung

Der Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der DVfR hat dargestellt, dass die Leistungsträger vom Gesetzgeber den Auftrag haben, die frühzeitige Bedarfsfeststellung, Intervention und Nahtlosigkeit in der Umsetzung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen zu fördern, um die Teilhabe am Arbeitsleben bei psychischen Störungen zu optimieren. Im Folgenden stellen wir dar, dass diese Leistungen nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz der ICF in Lebenswelten zu erfolgen haben. Vor diesem Hintergrund messen wir dem Kontextfaktor „Arbeitsplatz“ in Wechselwirkung zu den bestehenden Beeinträchtigungen bei Menschen mit psychischen Störungen selbst großes Gewicht bei. Im Rahmen der durchzuführenden kurativen und rehabilitativen Leistungen kommt es auch stark darauf an, wie bei der Ausgestaltung und Umsetzung durch die Leistungserbringer die Teilhabe am Arbeitsleben nachhaltig positiv beeinflusst wird. Hierzu gehören u. a. spezielle Leistungen der Richtlinienpsychotherapie und Leistungen der Eingliederungshilfe sowie Leistungen der Bildungsförderung, die seit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes ebenso zu berücksichtigen sind.

Wie sind die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen zu verknüpfen, um die berufliche Teilhabe bei psychischen Störungen zu sichern? Der Gesetzgeber hat die Rehabilitationsträger mit § 1 Satz 2 SGB IX ausdrücklich verpflichtet, den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung zu tragen. Da psychische Störungen als Ursache für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit deutlich steigen (s. Kapitel 2.1), hat sich der Fachausschuss der DVfR mit der Frage auseinandergesetzt, welche Maßnahmen geeignet sind, um diese Entwicklung einzudämmen. Die Ausrichtung auf die spezifischen Leistungsziele des jeweiligen Sozialleistungsträgers bietet auf der einen Seite die Chance, hochqualifizierte Gesundheitsleistungen anzubieten; sie beinhaltet auf der anderen Seite aber auch die Verpflichtung zur bedarfsgerechten Vernetzung, um für den Betroffenen – unabhängig von Zuständigkeitsfragen – einen optimalen Präventions-, Behandlungs- bzw. Rehabilitationserfolg zu gewährleisten. Barrieren entstehen dadurch, dass aufgrund der geltenden sozialrechtlichen Ordnung unterschiedliche Leistungsträger in unterschiedlicher Kombinatorik für diese Leistungen zuständig sind. Auf unsere Fallbeispiele gestützt haben wir im nächsten Abschnitt Initiativen zusammengetragen, die vernetzt mit der Arbeitswelt Lösungen suchen, um den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit zu sichern.

Bei der Auswahl von Leistungen haben die Leistungsträger sowohl die Besonderheit des Störungsbildes als auch die Schwere der Gesundheitsstörung vor dem Hintergrund der damit einhergehenden Funktionsdefizite individuell zu berücksichtigen. Nachstehend werden Projekte vorgestellt, die von verschiedenen Rehabilitationsträgern initiiert wurden oder zurzeit entwickelt werden. Sie richten sich an Versicherte, die von einer psychischen Störung/Beeinträchtigung bedroht sind (Fallbeispiel 1) oder wegen der psychischen Störung bereits mehrere Wochen arbeitsunfähig sind (Fallbeispiel 2). Initiativen zur Vermeidung einer dauerhaften Erwerbsminderungsrente werden im letzten Abschnitt beschrieben (Fallbeispiel 3).

Darüber hinaus setzen präventive Leistungen bereits an der Gestaltung des Arbeitsplatzes an. Der Gesetzgeber gibt vor: „Die Arbeit ist so zu gestalten, daß eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringgehalten wird“ (§ 4 Nr. 1 ArbSchG). Daher müssen die psychischen Belastungen ebenfalls im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung erfasst werden.

4.1 Maßnahmen zur Prävention von psychischen Störungen

Das Zusammenspiel von demografischen Effekten und längeren Lebensarbeitszeiten macht den Ausbau präventiver Leistungen unausweichlich. Die Sozialleistungsträger haben gemeinsam mit weiteren Partnern die Chance, neue Wege zu eröffnen, um bei begrenzten finanziellen Mitteln dem Bedeutungszuwachs von präventiven Leistungen dennoch Rechnung zu tragen. Die Rahmenbedingungen hierfür hat der Gesetzgeber mit dem Präventionsgesetz geschaffen. Die von den Mitgliedern der Nationalen Präventionskonferenz entwickelten trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen³³ sowie Landesrahmenempfehlungen „sollen dazu beitragen, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele untereinander und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken.“³⁴ Psychische Belastungen, die sich in allen Lebensbereichen manifestieren können, gewinnen nach den Feststellungen der Bundesrahmenempfehlung an Bedeutung.³⁵ Deshalb stellt die gemeinsame Erbringung von Präventionsleistungen im Bereich psychischer Störungen auch im Hinblick auf den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit eine wichtige Handlungsverpflichtung aller Beteiligten dar. Die Schwierigkeit besteht darin, Zugangswege und Inhalte zu entwickeln, die tatsächlich effektiv psychischen Störungen vorbeugen, und zwar insbesondere bei den Menschen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, psychisch zu erkranken. Aus methodischen Gründen ist es schwierig, den wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens von präventiven Leistungen zu erbringen. Umso dringender müssen gemeinsame, ressort- und sozialversicherungsträgerübergreifende Instrumente entwickelt werden, die effektive Hilfen für die Betroffenen bieten und darüber hinaus helfen, die volkswirtschaftlichen Kosten zu senken.

Die Chancen, bei den Präventionsbedürftigen eine Bereitschaft zur Teilnahme an einer vorbeugenden Leistung zu erzeugen, werden verbessert, wenn verschiedene Sektoren hierbei eng zusammenarbeiten. Bekanntheitsgrad, Inanspruchnahme und Nachhaltigkeit des Angebotes werden optimiert, wenn es gelingt, strukturelle Vernetzungen mit Haus- und Betriebsärzten, Betrieben, Selbsthilfegruppen sowie Krankenkassen und Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträgern zu schaffen.

Eine sehr weitreichende Kooperation zwischen einzelnen gesetzlichen Krankenkassen, Betrieben und Rentenversicherungsträgern im Rheinland getestet, inwieweit durch eine inhaltliche und finanzielle Zusammenarbeit der Beteiligten die positiven Effekte von Präventionsleistungen möglichst optimiert und nachhaltig gestaltet werden können. Hierbei wird neben der Verhaltensänderung des Einzelnen auch eine Verhältnisprävention in Richtung Betrieb angestrebt.

Hierbei hat sich der Einsatz von Präventionsmanagern bewährt. Diese begleiten die Teilnehmer von der ersten betrieblichen Info-Veranstaltung bis zu dem Abschluss der Eigenaktivitätsphase, indem sie diese unterstützen, motivieren und ihnen über vielfache Kontakte und Aktivitäten helfen, an die vereinbarten Ziele zu gelangen und das Erreichte zu bewahren. Die im Rahmen des Projektes angestrebten Kernziele sind auf folgende Faktoren ausgerichtet:

- Kompetenz und Motivation für gesundheitsförderliches Verhalten schaffen,
- Informationen und Fähigkeiten zu den Themen Stressbewältigung, Ernährung und Bewegung sowie die Zusammenhänge zwischen Lebensführung und Entstehung von Krankheiten mit Bezügen zum Lebensalltag des Versicherten vermitteln.

³³ Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V.

³⁴ Ebd., Präambel.

³⁵ Ebd., 3. Gemeinsame Ziele, Zielgruppen und Handlungsfelder.

- In Bezug auf eine angestrebte Resilienzbildung werden im Rahmen des Programms eigenverantwortliches Verhalten durch den Erwerb von Strategien zum Umgang mit psychischer und körperlicher Anspannung sowie die Stress- und Konfliktbewältigungsfähigkeit am Arbeitsplatz verbessert.

Für das Fallbeispiel 1 ergibt sich im Rahmen dieses Projektes das folgende Szenario: Das Gesundheitsprogramm zur Prävention wird den Beschäftigten im Rahmen einer Info-Veranstaltung unter Beteiligung der Betriebsleitung, von Vertretern einer Krankenkasse, eines Rentenversicherungsträgers und einer für die Erbringung von Präventionsleistungen zugelassenen Einrichtung vorgestellt. Eingebunden ist ebenfalls ein von der GKV gestellter Präventionsmanager. Der Betrieb unterstützt die interessierten Beschäftigten, u. a. auch Herrn M., bei der Stellung eines Antrages auf eine Präventionsleistung nach § 14 SGB VI. Hierzu liefert der Betriebsarzt Befundberichte für einen Teil der Beschäftigten. Einige Beschäftigte bitten ihren Hausarzt oder auch den Arzt der Präventionseinrichtung um die Erstellung eines solchen Befundberichtes. Der Rentenversicherungsträger entscheidet über die Leistungsgewährung und informiert hierüber die Beteiligten (Antragsteller, Präventionseinrichtung, Krankenkasse). Herr M. nimmt an der als Phasenmodell (Initial-, Trainings- und Eigenaktivitätsphase) angebotenen Leistung in einer betriebsnahen Präventionseinrichtung teil. Insbesondere durch die Aktivitäten zur Resilienzbildung angeregt, führt er nach dem Ende der Trainingsphase weiterhin sein Entspannungstraining regelmäßig zu Hause durch und hat sich einer Laufgruppe eines Sportvereins an seinem Wohnort angeschlossen. Im Betrieb hat er gerne das Angebot seines Vorgesetzten zur Teilnahme an der „Bewegten Pause“ angenommen.

Bei der Leistungserbringung gibt es folgende Eckpunkte:

- Die Leistung wird indikationsübergreifend mit Modulen aus dem Bereich der Bewegung, der Ernährung und der Resilienzbildung durchgeführt.
- Sie wird in einem auf gruppenspezifische Effekte angelegten Setting erbracht.
- Individuelle Schwerpunktsetzungen sind in jeder der zugelassenen Präventionseinrichtungen möglich, da diese gleichzeitig als Reha-Einrichtung fungieren und das Reha-Team (Ärzte, Psychologen, Ernährungsberater, Bewegungstherapeuten etc.) auch den Präventionsteilnehmern zur Verfügung steht.
- Für die Zeit der dreitägigen Initialphase und des eintägigen Refreshers besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber.
- Die Termine in der Trainingsphase werden berufsbegleitend, d. h. in der Freizeit, wahrgenommen.
- Der von der Krankenkasse eingesetzte Präventionsmanager agiert im Sinne von „Guidance and Coaching“ und stärkt durch seine Aktivitäten die Compliance und Entwicklung der Eigenverantwortlichkeit der Teilnehmer.
- Die Nachhaltigkeit wird durch eine intensive Begleitung nach dem Ende der Trainingsphase durch den Präventionsmanager – auch über den Refresher-Tag hinaus – gefördert. Hierbei kommt eine ergänzende Unterstützung durch die GKV in Form von Leistungen zum Rehabilitationssport in Betracht (ärztliche Verordnung notwendig).

4.2 Sektorenübergreifende Versorgung am Beispiel von PAULI

Um eine Sicherung der beruflichen Teilhabe zu gewährleisten, sind zeitnahe und trägerübergreifende präventive, kurative und rehabilitative Leistungen erforderlich. Diese Kernaussage der vorgelegten These 2 (s. o.) ist in der heutigen Versorgungslandschaft unzureichend umgesetzt. So können zwischen dem Erstgespräch und der Therapieaufnahme regional Wartezeiten von bis zu acht Monaten entstehen.³⁸ Die Bundespsychotherapeutenkammer kommt in ihrer aktuellen Studie u. a. zu dem Ergebnis, dass Wartezeiten für Menschen mit psychischen Störungen eine erhebliche Belastung sind, dass mit zunehmender Dauer der Wartezeit auch der Anteil der Menschen steigt, die eine Behandlung gar nicht erst beginnen und dass mit der Wartezeit aber auch das Risiko steigt, dass sich psychische Erkrankungen verschlimmern, verlängern oder immer wiederkehren (rezidivierender Verlauf).³⁹ Hieran kann auch die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement im Sinne des § 167 Abs. 2 SGB IX wenig ändern. Der erkennbare Trend, dass psychische Störungen frühzeitig erkannt werden, hängt vermutlich mit einer zunehmenden Sensibilisierung in der Medizin und der Gesellschaft insgesamt und einer abnehmenden Stigmatisierung zusammen.⁴⁰ Aber eine Diagnose ohne rasche effektive Therapie ist ein unbefriedigender Zustand, der die Chancen auf eine Wiederherstellung der vollen Teilhabefähigkeit für die Betroffenen verschlechtert und ökonomische Ressourcen unnötigerweise vernichtet. Hier muss das Ziel darin bestehen, den Betroffenen unter Einbeziehung aller Kräfte, die zu einem Genesungsprozess beitragen können, eine vollständige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit auch die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen (§ 4 SGB IX). Das mögliche Zusammenwirken verschiedener gesellschaftlicher und institutioneller Prozesse ist im Rahmen eines Lösungsvorschlages zu dem Fallbeispiel 2 weiter unten beschrieben.

Ist eine psychische Störung diagnostiziert und ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten, so stellt sich die Frage, wie eine niederschwellige frühe Erkennung des Bedarfs an kurativen und rehabilitativen Leistungen erfolgen kann.

Im Rahmen eines zunächst auf wenige Leistungserbringer, die AOK Rheinland/Hamburg und die DAK sowie den regionalen Rentenversicherungsträger begrenzten Pilotversuchs wurde im Rheinland versucht, die Versorgungsmöglichkeiten für die von einer psychischen Störung betroffenen Menschen unter Überwindung der Sektorengrenzen zwischen Kranken- und Rentenversicherung neu zu gestalten. Hierzu wurden zwischen den Leistungsträgern und Leistungserbringern Prozesse vereinbart, die sowohl darauf ausgerichtet waren, den betroffenen Menschen eine Lotsenfunktion anzubieten, um dadurch dem bei ihnen festgestellten Teilhabebedarf sehr rasch auch die notwendigen therapeutischen Hilfestellungen gegenüberzustellen. Das aus dieser Idee entwickelte „Produkt“ erhielt den Namen „PAULI“, der deutlich machen sollte, dass es hier bei einer psychischen Erkrankung (Psychosomatik) um „Auffangen“, „Unterstützen“, „Leiten“ und „Integrieren“ ging.

Durch PAULI sollte

- eine beginnende psychische Erkrankung vor ihrer Manifestierung therapeutisch abgefangen werden,
- die Versorgungslücke zwischen ambulanter Therapie (Richtlinienpsychotherapie) und stationären Behandlungsangeboten geschlossen werden,

³⁸ Studie der Bundespsychotherapeutenkammer – BPtK 2018.

³⁹ Ebd.

⁴⁰ Siehe auch <https://www.psychosomatik-online.de/haben-psychische-erkrankungen-zugenommen/>.

- ein nahtloser Übergang zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung sichergestellt werden und
- der Versicherte möglichst schnell gesunden und in das Erwerbsleben zurückgeführt werden.

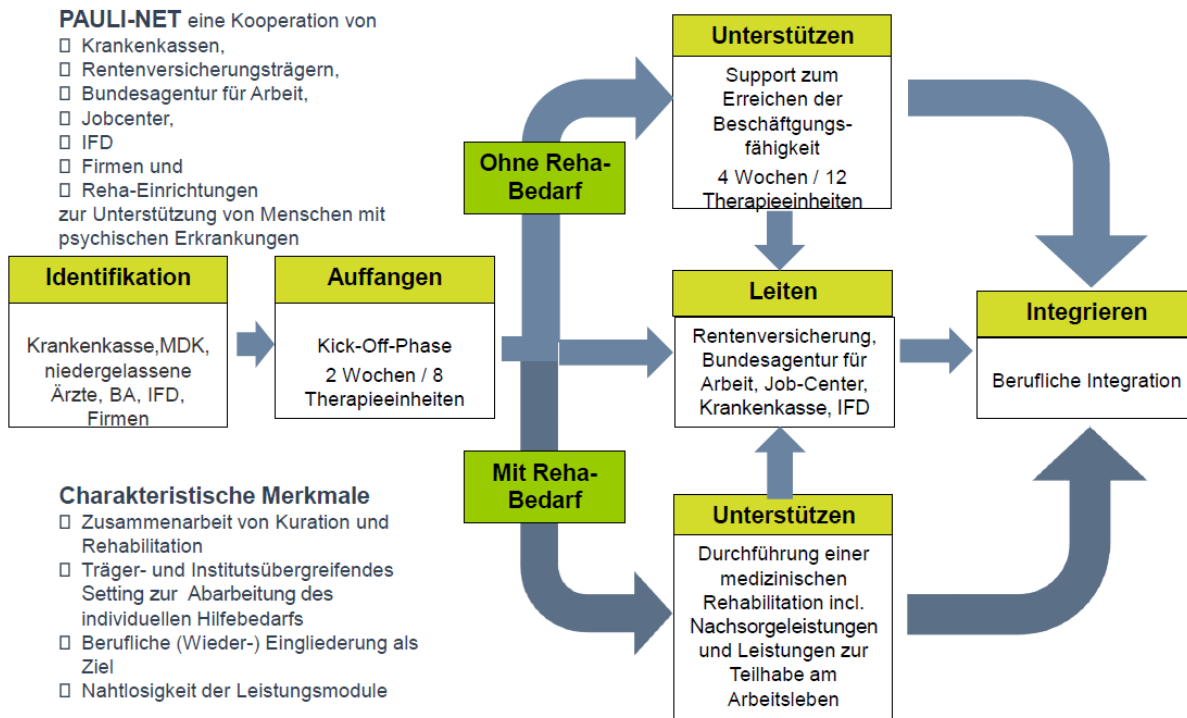
Die trägerinternen Erkenntnisse aus den ersten 300 Fällen im Rahmen des eng begrenzten Pilotversuches waren aufschlussreich und ermutigend. Insgesamt wurde der Zeitraum zwischen der Diagnosestellung und dem Ende der medizinischen Rehabilitation erheblich verkürzt. Es kann sicherlich auch als Erfolg angesehen werden, dass ca. 30 % der Teilnehmer nach dem Ende von Phase 1 ihre Arbeit wieder aufnahmen (entweder in „Vollzeit“ oder im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung).

Die Erkenntnisse offenbarten aber auch einen Weiterentwicklungsbedarf, der derzeit zu einer Modifikation des Settings führt. Ausschlaggebend waren hierfür folgende Aspekte:

- PAULI erreicht, auch in den Versuchsregionen, nicht alle betroffenen Menschen. Dafür gibt es unterschiedliche Ursachen:
 - Es haben sich bislang nicht alle Krankenkassen an dem Pilotversuch beteiligt.
 - Im kurativ tätigen Bereich (behandelnde Ärzte, Krankenhäuser, MDK) sind die PAULI-Prozesse zu wenig bekannt bzw. werden zu wenig genutzt.
 - Die Wege zu den wenigen zugelassenen PAULI-Standorten sind für die betroffenen Menschen zu lang bzw. zu kompliziert.
- Die Nahtlosigkeit ist noch nicht optimal gegeben. Dies betrifft sowohl den Zeitraum zwischen der Diagnosestellung und dem Beginn von Phase 1 als auch den Zeitraum zwischen dem Ende von Phase 1 und dem Beginn der medizinischen Rehabilitation.
- Die Lotsenfunktion muss verbessert werden. Dies betrifft sowohl die Zusammenarbeit mit dem kurativen Bereich, z. B. im Rahmen der Akquise oder der Überleitung in eine Psychotherapie nach der Rehabilitationsleistung, als auch die „Navigationshilfe“ für den Betroffenen in andere Leistungsbereiche der Sozialversicherung.
- Der Nachhaltigkeit der Leistung wurde bislang zu wenig Beachtung geschenkt. Hier muss verstärkt den Ursachen für eine nicht kontinuierliche Arbeitsaufnahme nachgegangen werden, und Abhilfemöglichkeiten, insbesondere auch in der Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern, müssen genutzt werden.

Derzeit wird zur Umsetzung der Erkenntnisse von den Protagonisten des Pilotversuchs ein neues Produkt unter dem Namen „PAULI-NET“ entwickelt. Die „Tugenden“ des alten Instrumentes sollen nun um die Gedanken einer umfassenden Netzwerkbildung und der Verbesserung der Sozialräumnähe sowie den Auftrag zur Verschlankung von Prozessen und zur Erhöhung der Wirksamkeit ergänzt werden. Ein möglicher Prozessablauf, der auch einen Lösungsansatz für das Fallbeispiel 2 darstellt, ist in der folgenden **Abb. 4** dargestellt:

PAULI-Net Prozessbeschreibung



Stand: 2.1.2018

Abbildung 4: Prozessbeschreibung PAULI-NET; Quelle: DRV Rheinland.

4.3 Vermeidung von EM-(Dauer-)Renten

Oberste Priorität für die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben haben frühzeitige trägerübergreifende, auf Kooperation mit der Arbeitswelt ausgerichtete präventive, kurative und rehabilitative Interventionen (These 3). Die Leitfunktion von GRV, GKV, Jobcenter, Agenturen für Arbeit, Werks- und Betriebsärzten sowie niedergelassenen Ärzten im Sinne einer frühen Identifikation von Präventions- und Rehabilitationsbedarf und einer anschließenden Begleitung des betroffenen Menschen in zielgerichtete Maßnahmen ist unbedingt auszubauen. Nur durch gemeinsame Anstrengungen kann die Situation verändert werden, dass nur in 56 % der Neuzugänge bei den Renten wegen einer verminderten Erwerbsfähigkeit in den letzten fünf Jahren zuvor eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen wurde.⁴¹ Das fehlende Wissen des Rentenversicherungsträgers um einen bestehenden Teilhabebedarf führt oftmals erst in der Situation einer Rentenantragstellung zu der Erkenntnis, dass eine frühzeitigere Intervention sinnvoll gewesen wäre. Auch die enge Auslegung gesetzlicher Vorschriften im Bereich der Reha-Leistungserbringung durch den Rentenversicherungsträger – z. B. in Bezug auf die Forderung einer adäquaten Vorbehandlung vor der Bewilligung einer Reha-Leistung⁴² – verbunden mit den Versorgungsdefiziten im kurativen Bereich für diesen Personenkreis verhindert effiziente Gesundungsprozesse. Das durchschnittliche Eintrittsalter in einen EM-Renten-

⁴¹ Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugang 2016.

⁴² Abgeleitet aus der Vorschrift des § 13 Abs.2 SGB VI.

bezug beträgt ca. 48 Jahre.⁴³ Der Anteil der psychischen Störungen, die zur Gewährung einer EM-Rente geführt haben, liegt bei den Männern bei ca. 40 % und den Frauen bei ca. 58 %.⁴⁴

Bei nur zwei bis fünf Prozent der EM-Rentenbezieher kommt es nicht zu einer Umwandlung in eine Dauerrente. Hierdurch schließen sich die Türen für eine Rückkehr in das Arbeitsleben auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt. Nicht selten liegen die auszuzahlenden Renten unterhalb der Mindestgrenze der Grundsicherung. Für die sozialen Versicherungsträger entstehen hohe Kosten und für die Empfänger von EM-Dauerrenten eine Sackgasse, am gesellschaftlichen und Arbeitsleben teilzuhaben. Die hiermit verbundenen Konsequenzen für die oftmals noch jungen Versicherten sind in Bezug auf ihre berufliche und soziale Teilhabe oftmals negativ und führen in den Sozialversicherungssystemen zu enormen Ausgaben. So wendete allein die Deutsche Rentenversicherung im Jahr 2017 für EM-Rentenzahlungen einen Betrag in Höhe von ca. 19 Mrd. € zuzüglich der von der Rentenversicherung zu tragenden Ausgaben für die Krankenversicherung der Rentner auf.⁴⁵

Welche neuen Wege lassen sich erschließen, um die Zahl der Erwerbsminderungs-Dauerrenten wegen einer psychischen Störung zu minimieren und damit insgesamt Teilhabefähigkeiten zu verbessern? Die Deutsche Rentenversicherung hat hierzu Lösungsvorschläge erarbeitet, die sukzessive, z. B. im Rahmen von Modellprojekten, umgesetzt werden sollen. Hierzu wird man sich in einem ersten Schritt auf die psychischen Störungen, die zu einer EM-Rente führen, konzentrieren.⁴⁶

In erster Linie gilt es – wie bereits in Kapitel 3.2 beschrieben –, die Rückkehrorientierung der betroffenen Menschen durch eine intensive Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger mit den Betrieben zu verbessern. Zur Vermeidung des Entstehens eines „Rentnerbewusstseins“ sollte bereits bei der Bewilligung der Erwerbsminderungsrente darauf hingewiesen werden, dass der Sinn des befristeten Rentenbezuges darin besteht, geeignete Therapiemaßnahmen zu initiieren und weiterzuführen und darauf hinzuarbeiten, die Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen.⁴⁷ Der Analyse, welche Faktoren eine Rückkehr in das Erwerbsleben verhindern bzw. welche Treiber eine Rückkehr begünstigen, muss ein entsprechendes Beratungs- und Leistungsangebot folgen.

Die Beratung könnte zu verschiedenen Zeitpunkten (4 Wochen, 6 Monate, 12 Monate nach der Bewilligung) in schriftlicher oder telefonischer Form angeboten werden. Wesentliche Inhalte dieser Beratung beständen darin,

- dem Erwerbsminderungsrentner einen Impuls zu vermitteln, sich während des Rentenbezuges aktiv um seine Gesundheit zu kümmern,
- die Bedeutung einer medizinischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung zu verdeutlichen und/oder
- eine aktive Unterstützung durch die Deutsche Rentenversicherung mit dem Fokus auf einer Wiedereingliederung ins Erwerbsleben anzubieten.⁴⁸

⁴³ Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung: Rentenzugang 2016.

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung 2017.

⁴⁶ Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 2014 (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servelet/contentblob/339288/publicationFile/64601/pospap_psych_Erkrankung.pdf), und die hierzu vereinbarte Konkretisierung der Handlungsfelder.

⁴⁷ Siehe „Konkretisierung der Handlungsfelder der Deutschen Rentenversicherung zum Thema psychische Störungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung“, internes Arbeitspapier der Deutschen Rentenversicherung, 2017, S. 12.

⁴⁸ Ebd., S. 13.

Leistungen könnten auch über ein individuelles Fallmanagement vermittelt werden. Hierbei könnten im Rahmen einer vom EM-Rentner gewünschten Perspektivenklärung bestehende Barrieren auf dem Weg in die Erwerbstätigkeit thematisiert werden, Hilfestellungen angeboten und Rückkehrmöglichkeiten skizziert werden. Diese Rückkehrmöglichkeiten sollten unter Ausnutzung aller in der Sozialversicherung und ggf. bei dem alten Arbeitgeber zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erörtert werden. Hierzu zählt z. B. auch das Anstreben einer teilzeitigen Erwerbstätigkeit.

Die Umsetzung dieser „Vision“ sollte – bei einer vorliegenden positiven Prognose des Rentenversicherungsträgers – dann durch ein Fallmanagement begleitet werden. Hierzu wird ein Entwicklungsplan erstellt, der

- die notwendigen Schritte zur gesundheitlichen Besserung und zum Aufbau von psychischer und physischer Kondition beinhaltet,
- die Modifizierung von hemmenden person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren vorsieht und
- am Erwerb notwendiger beruflicher Qualifikationen festhält.⁴⁹

Alternativ oder komplementär zur Durchführung dieses trägerspezifischen Fallmanagements ist auch ein Fallmanagement durch eine Reha-Einrichtung z. B. in Verbindung mit der Durchführung eines spezifischen Konzeptes denkbar. Grundlage wäre ein indikatives Gruppenkonzept mit dem Fokus auf der Rückkehr in das Erwerbsleben.

Durch

- eine umfassende Vorbereitungsphase zur Motivationsförderung,
- den integrativen Behandlungsansatz im Rahmen mehrmaliger, kurzzeitiger Interventionen während des Zeitrentenbezuges und
- eine enge praktische Verzahnung von medizinischen und beruflichen Interventionen

werden alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um eine berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Behandlungsinhalte und -dauer werden intensiv und weitestmöglich auf die individuellen Bedarfe abgestimmt. Der Fallmanager würde hierbei im Wesentlichen die Funktion eines Systemlotsen und Förderers des Selbstmanagements übernehmen. Im Rahmen von Nachsorgeleistungen in Begleitung des Case-Managers der Reha-Einrichtung werden noch bestehende Funktionsdefizite aufgearbeitet mit dem Ziel, eine (stufenweise) Wiedereingliederung zu ermöglichen. Die Wiedereingliederungsprozesse werden intensiv von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und betrieblichen Kontakten flankiert.

Die Umsetzung der o. a. Überlegungen werden zurzeit von verschiedenen Rentenversicherungsträgern – teilweise in Verbindung mit dem Modellprogramm rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales – vorbereitet.

Für das Fallbeispiel 3 könnte sich prospektiv, unter Verwirklichung der o. a. Module, folgende Lösung ergeben:

Frau R. erhält mit ihrem EM-Rentenbescheid eine Information in Form eines Flyers darüber, dass der Sinn des befristeten Rentenbezuges darin besteht, geeignete Therapiemaßnahmen zu initiieren und weiterzuführen und darauf hinzuarbeiten, die Erwerbsfähigkeit wiederzuerlangen. In dem Bescheid wird angekündigt, dass die Rentenversicherung ihr die Kontaktdaten eines Ansprechpartners

⁴⁹ Ebd., S. 15.

vermittelt, der von ihr zur Abklärung von Fragen zum Weg in Richtung einer möglichen späteren Erwerbstätigkeit kontaktiert werden kann.

Der beratende Arzt der Rentenversicherung spricht gegenüber der Sachbearbeitung die Empfehlung aus, sich nach ca. sechs bis neun Monaten mit Frau R. persönlich in Verbindung zu setzen, um sie insbesondere über mögliche berufliche Veränderungen zu beraten. Vier Wochen nach der Rentenbewilligung erhält Frau R. dann die Kontaktdaten des Ansprechpartners bei der Rentenversicherung.

Die Information über die Unterstützungsmöglichkeiten der Rentenversicherung enthält Hinweise auf

- die Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Sozialversicherungsträger,
- zu kurativen Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen,
- zur psychologischen (Online-)Beratung,
- zu Beratungsmöglichkeiten bei Problemen in der Partnerschaft, der Familie oder in der Erziehung,
- zu Beratungsmöglichkeiten für Angehörige und
- zu Beratungsmöglichkeiten des Bürgertelefons des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

In einem zweiten Anschreiben (nach sechs Monaten) wird Frau R. wiederholt auf die Unterstützungsmöglichkeiten u. a. der Rentenversicherung hingewiesen und gebeten, mit ihrem Ansprechpartner Kontakt aufzunehmen. Nachdem Frau R. auf dieses Schreiben nicht reagiert, setzt sich der Berater der Rentenversicherung mit Frau R. in Verbindung. Als Ergebnis des Telefonates vereinbart der Berater einen Termin im Servicezentrum der Rentenversicherung mit Frau R.

Im Rahmen eines intensiven Beratungsgespräches, das sowohl die aktuelle gesundheitliche Situation als auch die Zukunftsperspektive von Frau R. beleuchtet, werden – auf der Grundlage einer aktuellen Einschätzung des Hilfebedarfs – verschiedene Optionen diskutiert. Die Planung des weiteren Vorgehens sieht dann vor, dass Frau R. zunächst an einer Informationsveranstaltung in der Reha-Klinik teilnimmt, die auf der Grundlage eines spezifischen Konzeptes für EM-Rentner mit psychischen Störungen (Reha in Rente) arbeitet.

Die Informationsveranstaltung weckt das Interesse von Frau R. und es kommt im achten Monat zu fünf probatorischen Sitzungen mit einem der als Fallmanager tätigen Psychotherapeuten der Reha-Klinik. Als Ergebnis dieser fünf Kontakte entscheidet sich Frau R., an der optional angebotenen Orientierungs- und Motivierungsgruppe teilzunehmen. Im Kontakt mit gleichartig Betroffenen und unter Leitung des Fallmanagers wird hier in einem mehrmonatigen Prozess in erster Linie daran gearbeitet, die Bereitschaft von Frau R. zu stärken, aktiv an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes mitzuwirken. Nach einem fünfmonatigen Zeitraum in dieser Gruppe wagt Frau R. gemeinsam mit einigen anderen Gruppenmitgliedern den Einstieg während eines zweiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthaltes. In diesem Rahmen erfolgt ein komplexes Behandlungsangebot auf der Basis des bio-psycho-sozialen Rehabilitationsmodells der Rentenversicherung. Hier werden psychoedukative, erlebnisorientierte, verhaltensmedizinische und verhaltenstherapeutische Module angeboten. Ziel dieser Kurzintervention ist es, die Selbstwirksamkeitserfahrung von Frau R. zu verbessern.

Nach der Rückkehr aus der Kurzintervention in das häusliche Umfeld von Frau R. nimmt der Berater der Rentenversicherung Kontakt mit ihr auf. Frau R. berichtet ihm, dass sie nach wie vor den Kontakt zu dem Fallmanager und zu einzelnen Gruppenmitgliedern hält. Auf der Grundlage der sozialmedizi-

nischen Dokumentation der bisherigen Leistungen der Reha-Klinik vereinbart der Berater einen weiteren persönlichen Beratungstermin mit Frau R. Hierbei wird das Thema einer beruflichen Weiterbildung intensiv mit Frau R. besprochen. Sie kann sich vorstellen, mit kleineren Schülergruppen – und ohne eine aus der Verantwortung für komplette Klassenverbände resultierende Belastung – zumindest wieder stundenweise in der Schule zu arbeiten. Der Berater schlägt ihr daraufhin eine Fortbildung zur Sonderpädagogin im Rahmen einer LTA des Rentenversicherungsträgers vor.

Nach der Klärung der Durchführungsmöglichkeiten für die vorgeschlagene Fortbildung nimmt Frau R. vor dem Beginn der Fortbildung an einem zweiten Intervall zur medizinischen Rehabilitation in der Reha-Klinik teil. Die anschließende, von der Rentenversicherung finanzierte Fortbildung absolviert sie erfolgreich.

Die Bewerbung von Frau R. als Sonderpädagogin ist auf eine Teilzeittätigkeit ausgerichtet. Sie nimmt eine solche Tätigkeit auf⁵⁰ und betreut zunächst fünf Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf. In ihrem letzten Gespräch mit dem Berater der Rentenversicherung berichtet sie, dass ihr die Arbeit, die auf eine individuelle Intensivförderung der SchülerInnen ausgerichtet ist, Spaß macht und sie sich zurzeit überlege, sich im nächsten Schuljahr auf eine Vollzeitstelle als Sonderpädagogin zu bewerben.

Die Lösung zum Fallbeispiel 3 wagt einen Blick in die Zukunft eines auf Kooperation und Intensivierung der Rückkehrorientierung ausgerichteten Handelns verschiedener Reha-Leistungsträger und Reha-Leistungserbringer. Die Implementierung eines solchen Modells macht Sinn, weil hierdurch

- die Teilhabefähigkeiten bei den betroffenen Menschen gestärkt werden,
- die Sozialversicherung trotz erheblicher Mehrausgaben im Bereich der Rehabilitation insgesamt finanzielle Mittel in großem Umfang einsparen könnte und zusätzlich Beiträge aus einer weiteren, versicherungspflichtigen Tätigkeit erhalten würde,
- dem Fachkräftemangel in der Wirtschaft entgegengewirkt werden könnte.

Für die Umsetzung eines solchen Prozesses bietet sich das Modellprogramm rehapro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) an. Neben der praktischen Erprobung der Machbarkeit und Akzeptanz für ein solches Modell sollte damit eine Wirksamkeitsstudie sowie die Erstellung eines Manuals, das die Übertragbarkeit auf andere Regionen aufzeigt, verbunden werden.

⁵⁰ Die Hinzuverdienstgrenze bei einer teilweisen Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet.

5. Zusammenfassung

Der Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ der DVfR stellt fest, dass psychische Störungen als Ursache von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung erheblich an Bedeutung für die sozialen Sicherungssysteme gewonnen haben. Diese Entwicklung führen wir darauf zurück, dass Arbeitsverdichtung, Rationalisierungsprozesse und komplexer werdende Arbeitsinhalte zu einer Verlagerung der Belastung von körperlichen zu mentalen Funktionen führen. Darüber hinaus stellen wir fest, dass psychische Störungen häufiger diagnostiziert werden und an Stigmatisierungspotential verlieren. Wir haben uns die Frage gestellt, ob die etablierten Konzepte der psychiatrischen Regionalversorgung, die gängigen Konzepte der psychosomatischen medizinischen Rehabilitation sowie die Steuerung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hinreichend auf diese Entwicklung ausgerichtet sind.

Der Ausschuss konstatiert, dass das gut ausgebaute Rehabilitationssystem für die Betroffenen nur mit fachlicher Hilfestellung durchschaubar ist. Sowohl für die Nutzer als auch für die Betroffenen sind Leistungsträgerwechsel im Reha-Prozess Barrieren, die durch die Flexibilisierung präventiver, kurativer und rehabilitativer Leistungen einzudämmen sind. Die Bewilligungspraxis orientiert sich weniger an der Bedarfsermittlung als an der Maßnahme selbst.

Der Ausschuss plädiert für einen Ansatz, der die Umsetzung des SGB IX vor Augen hat und auf die frühzeitige niederschwellige Bedarfserkennung und nahtlose Umsetzung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen ausgerichtet ist. Unter den Stichpunkten präventiv, effektiv und flexibilisierend haben wir an drei Fallbeispielen dargestellt, welche Ausgangslage, Sichtweise der Beteiligten und innovativen Ansätze gegeben sind, die Entwicklung umzukehren.

Im ersten Beispiel war zielführend, dass sowohl die gesetzlichen Krankenversicherungen als auch die gesetzlichen Rentenversicherungen ihr Leistungsspektrum um präventive Leistungen erweitern. Am zweiten Beispiel wird deutlich, in welcher Form die sektorenübergreifende Gestaltung des Modellprojekts PAULI der Forderung des SGB IX Rechnung trägt, Teilhabebedarf frühzeitig zu erkennen und zeitnah kurative und rehabilitative Hilfestellung zu gestalten. Ist die Erwerbsminderung eingetreten, dann haben wir gezeigt, dass spezifische Rehabilitationskonzepte erforderlich sind, um die Tür zum Erwerbsleben doch wieder zu öffnen. Diese Fallkonstellation hat der Ausschuss am dritten Fallbeispiel gezeigt.

Der Ausschuss schlussfolgert, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen durchaus gegeben sind, Wege einzuschlagen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Häufig scheitert es an der Bedarfsermittlung, der sektorenübergreifenden Versorgung und Steuerung der Leistung sowie an der Eignung der Leistung. Somit fordern wir, den bestehenden rechtlichen Rahmen dazu zu nutzen, präventive, kurative und rehabilitative Leistungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu flexibilisieren, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Welche Wege der Umsetzung wir empfehlen, wird in dem vorgelegten Diskussionspapier beschrieben.

Heidelberg, im Juli 2019

Prof. Dr. Robert Bering

Leiter des DVfR-Ausschusses „Psychische Beeinträchtigungen“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Fachausschuss „Psychische Beeinträchtigungen“ erarbeitet und vom Hauptvorstand der DVfR am 27.06.2019 als Diskussionspapier des Fachausschusses angenommen.

Mitglieder des Fachausschusses

Dr. Matthias Albers, Gesundheitsamt Köln
Prof. Dr. Robert Bering, Leiter des Fachausschusses, Alexianer Krefeld GmbH
Volker Boeckenbrinck, Handwerkskammer Düsseldorf
Matthias Gasche, Gelderland Klinik, Geldern
Prof. Dr. Harry Fuchs, Düsseldorf
Wolfgang Isenberg, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Heiko Kilian, Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren, Berlin
Ulrich Krüger, Geschäftsführer Aktion Psychisch Kranke e. V., Bonn
Dagmar Lorré-Krupp, Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Düsseldorf
Thomas Meiers, Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie Köln
Dr. Dieter Schartmann, Landschaftsverband Rheinland, Köln
Dr. Michael Schubert, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Frankfurt
Friederike Steier-Mecklenburg, berufliches Trainingszentrum, Köln
Ulrich Theißen, Deutsche Rentenversicherung Rheinland, Düsseldorf
Dr. Bernhard van Treeck, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord, Hamburg
Siegfried Wurm, Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland/Hamburg, Düsseldorf
Wolfram Zergiebel, Berufsförderungswerk, Köln

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg

Telefon: 06221 187 901-0

E-Mail: sekretariat@dvfr.de, Internet: www.dvfr.de

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.