Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland

im Auftrag des

Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V.

Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland.

Herausgeber: Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V., Bonn

Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Abteilung V

Verantwortliche Autorinnen und Autoren der wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur: Sieglind Ellger-Rüttgardt, Hans Karbe, Mathilde Niehaus, Angela Rauch, Hans-Peter Riedel, Hans-Martin Schian, Christof Schmidt, Thomas Schott, Helmut Schröder, Wilhelmus Spijkers, Ulrich Wittwer.

Bonn, Mai 2009

Inhalt

Vorwort 7
Geleitwort 9
Zusammenfassung 11
1 Ausgangssituation 15
1.1 Auftrag und Arbeitsweise der Fachgruppe 15
1.2 Ausgangsthesen 16
2 Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren 21
2.1 Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation 22
2.2 Sozialpolitischer Kontext 25
2.3 Europäische Dimensionen der Politik für Menschen mit Behinderung 27
2.4 Bildungspolitische Aspekte 33
2.5 Arbeitsmarktentwicklungen und Herausforderung Demografie 39
2.6 Rehabilitation bei einzelnen Rehabilitationsträgern 45
3 Stand und Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen aus der Sicht der Akteure 69
3.1 Zugangssteuerung 69
3.2 Durchführung der beruflichen Rehabilitation 72
3.3 Berufliche Rehabilitation und der gesellschaftliche Wandel 73
3.4 Weiterentwicklung der Strukturen des Rehabilitationssystems 73
3.5 Forschung in der beruflichen Rehabilitation 74
3.6 Selbstbestimmung/Selbstverantwortung 74
3.7 Resümee 75
4 Leitbild RehaFutur 77
4.1 Vision 77
4.2 Innovationspotenziale beruflicher Rehabilitation 77
4.3 Die neue Rolle der Akteure 78
5 Handlungsfelder einer zukunftsorientierten beruflichen Rehabilitation 81
5.1 Selbstbestimmung ermöglichen und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern 82
5.2 Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern 87
5.3 Unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen 90
5.4 Am System der beruflichen Bildung orientieren 93
5.5 Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren 96
5.6 Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren 98
5.7 Gesamtprozess steuern 106
5.8 Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken 110
6 Allgemeine Schlussfolgerungen 115
7 Literaturverzeichnis 119
Anhang 133
Kernaussagen Leistungsträger/ Leistungserbringer Anhörung 135
Dokumentation Workshop 183
Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation 213
Forschungsfragen 227
Beteiligte Personen und Institutionen 231

Vorwort

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat die Deutsche Akademie für Rehabilitation beauftragt, mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis Vorschläge für die mittel- und langfristige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen zu erarbeiten. Es sollte exemplarisch aufgezeigt werden, wo Schwächen im heutigen Rehabilitationssystem sind mit Anknüpfungspunkten für Entwicklungen, die sich an den zukünftig zu erwartenden Rahmenbedingungen orientieren. Es war allen Beteiligten wichtig, mit unabhängigen Fachleuten eine interdisziplinär angelegte Expertise zu erstellen.

Die Deutsche Akademie für Rehabilitation verfolgt den wesentlichen Zweck, Forschung und Entwicklung im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu fördern und zu unterstützen. Deshalb hat der Vorstand der Akademie diesen Auftrag gern übernommen und seine Umsetzung durch eine interdisziplinär besetzte wissenschaftliche Fachgruppe mit großem Interesse verfolgt.

Die Ergebnisse im nun vorliegenden Abschlussbericht geben eine Richtung für langfristig notwendige Veränderungen im Rehabilitationssystem vor und beinhalten viele Anhaltspunkte für ein zukünftiges Vorgehen aller Akteure im Feld der beruflichen Rehabilitation. Die Belange der Leistungsberechtigten wurden dabei in den Mittelpunkt gestellt. Insofern sind sie sehr im Sinne des Vorstandes der Akademie, der ein besonderes Interesse daran hat, die Zukunft der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zu begleiten und mit zu steuern.

Der Vorstand dankt allen Beteiligten, insbesondere den Mitgliedern der wissenschaftlichen Fachgruppe wie auch allen Experten, die die Fachgruppe mit ihren Erfahrungen unterstützt haben, sehr herzlich für ihr Engagement und die offene und konstruktive Zusammenarbeit. Es muss besonders hervorgehoben und gewürdigt werden, dass alle Beteiligten außerhalb der Akademie ihr Wissen und ihre Zeit ehrenamtlich zur Verfügung gestellt haben.

Der Vorstand hofft und erwartet, dass der Bericht als Grundlage für zukünftige Entwicklungen auf dem Feld der beruflichen Rehabilitation eine gute Unterstützung darstellt und mithin in der Praxis unmittelbar Verwendung findet.

Vorstand der Deutschen Akademie für Rehabilitation e.V.

Bonn, den 15.05.2009

Geleitwort

Es ist an der Zeit, losgelöst von aktuellen Rahmenbedingungen und kurzfristigen Handlungsnotwendigkeiten über Zukunftsmodelle für die berufliche Rehabilitation nachzudenken. Notwendig sind neue Orientierungen für die Gestaltung des Leistungsgeschehens in der beruflichen Rehabilitation und der Beziehungen zwischen Leistungserbringern, Leistungsträgern und Leistungsberechtigten. Solche Überlegungen müssen auf die konsequente Umsetzung des Rechtsanspruchs auf individuell bedarfsgerechte Leistungen zur beruflichen Teilhabe auf der Grundlage des SGB IX zielen und auch unter dem Blickwinkel künftiger gesellschaftlicher Veränderungen Bestand haben. Daher begrüßt die DVfR den Auftrag des BMAS an eine Wissenschaftlergruppe, im Rahmen des Projekts RehaFutur Vorschläge für die längerfristige Perspektive der beruflichen Rehabilitation erwachsener Menschen mit chronischer Krankheit oder Behinderung zu erarbeiten. Die Konzeption des Projekts bot die Chance, ausgefahrene Gleise zu verlassen und unabhängig von den Tagesaufgaben der beruflichen Rehabilitation neue Überlegungen anzustellen. Die DVfR erwartet aus den Ergebnissen des Projekts fundierte Anregungen für den notwendigen Dialog der Akteure zur Zukunftssicherung der beruflichen Rehabilitation.

Die DVfR war als Verband an der Konzeption und Durchführung des Projekts RehaFutur nicht beteiligt. Sie hat jedoch einen wesentlichen Teilbereich des Projektes, die Einbeziehung der Betroffenenperspektive, inhaltlich mitgestaltet. Dafür veranstaltete sie gemeinsam mit der Deutschen Akademie für Rehabilitation (Projektnehmer) und der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin (Mitglied der DVfR) einen Workshop mit Leistungsnehmern (Rehabilitanden) über Fragen der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei der beruflichen Rehabilitation. Der Dialog mit Betroffenen ist ein Grundanliegen der DVfR und brachte für das Projekt insgesamt wesentliche Impulse.

Die DVfR ruft alle an der beruflichen Rehabilitation Beteiligten auf, die Vorschläge in diesem Bericht zu diskutieren. Ein spannender Austausch wird erwartet, denn auch die mit beruflicher Rehabilitation befassten Verbände und Institutionen haben sich verstärkt mit Zukunftskonzepten befasst. Jetzt kommt es darauf an, den begonnenen Prozess der Neuausrichtung der beruflichen Rehabilitation gemeinsam und vor allem mit der Bereitschaft zu Veränderungen weiterzutragen.

Aus Sicht der DVfR muss dabei die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) als umfassende Zieldimension der Veränderungsprozesse in den Blick genommen werden. Die BRK verpflichtet auch die Bundesrepublik Deutschland zu einer inklusiven Politik für chronisch kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen und formuliert insgesamt hohe Anforderungen an eine solidarische und barrierefreie Gesellschaft, die Fremdbestimmung und Ausgliederungstendenzen zurückweist. Für die Gestaltung der Arbeitswelt und des Leistungsgeschehens zur beruflichen Teilhabe ergeben sich daraus wichtige Impulse. Dazu gehört beispielsweise, dass berufsbildende Maßnahmen nicht mehr so stark wie bisher an bestimmte Orte der Leistungserbringung gebunden sein werden. Förderleistungen werden zunehmend auch dort stattfinden müssen, wo Berufsbildung, Umschulung und lebenslanges Lernen für alle ihren Platz haben, etwa in Betrieben und Berufsschulen. Gebraucht werden flexible Förderstrukturen und die konsequente Berücksichtigung der Wünsche und Mitbestimmungsrechte der Betroffenen. Zugleich wird es im Sinne der BRK darauf ankommen, dass die Arbeitswelt von vornherein auch ohne spezifische Rehabilitationsmaßnahmen

inklusionsfördernd gestaltet wird und auch solche Arbeitsplätze ausreichend vorhanden sind, die von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgefüllt werden können.

Spezielle Aufgabe der Rehabilitation wird es sein, durch personenzentrierte und bedarfsdeckende Leistungen entscheidend zur Umsetzung der Ziele der BRK wie umfassende Teilhabe, Gewährleistung von Chancengleichheit, Selbstbestimmung und autonome Lebensgestaltung beizutragen. Durch entsprechende Organisationsformen und Strategien kann der Rehabilitationsbereich selbst durchaus auch eine Vorreiterrolle übernehmen.

Die DVfR wird diesen Austauschprozess über die zukünftige Ausrichtung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland unterstützen und aktiv mitgestalten und erwartet aus dem Projekt RehaFutur wesentliche Anregungen.

Dr. M. Schmidt-Ohlemann

- Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) -

Heidelberg, im Juni 2009

Zusammenfassung

Die Deutsche Akademie für Rehabilitation und die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur haben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im September 2007 den Auftrag erhalten, Vorschläge für die mittel- und langfristige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener Menschen mit Behinderungen zu erarbeiten, um auf dieser Basis die zukünftige Rolle der Leistungsberechtigten, Leistungserbringer und Leistungsträger der beruflichen Rehabilitation zu beschreiben. **Das BMAS erwartet von der wissenschaftlichen Fachgruppe, dass Eckpunkte für die berufliche Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen und ihrer mittel- und langfristigen Entwicklung formuliert werden und diese in eine zukunftsorientierte Gesamtkonzeption integriert werden.** Auf dieser Grundlage sind dann die (neuen) Anforderungen an die Leistungsberechtigten, Leistungsträger und Leistungserbringer zu formulieren.

Die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur hat sich dieser Aufgabe inhaltlich von zwei Seiten genähert.[1] Zum einen sucht sie aus der Perspektive der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung eine Antwort auf die Frage: **„Welche Funktion soll berufliche Rehabilitation in einer dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt haben, die zunehmend stärker durch demografischen Wandel geprägt ist?“**

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

Der zweite Zugang erfolgt über eine sozialpolitische Einordnung der beruflichen Rehabilitation als Hilfe zur Eingliederung für behinderte Menschen. Aus rechtlich-normativer Betrachtung berührt dies die Fragen: **„Wie kann das grundrechtlich und gesetzlich verbriefte Recht behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels beruflicher Rehabilitation auch zukünftig bedarfsgerecht eingelöst werden? Wie können selbstbestimmtes Handeln auf der einen Seite und die erforderliche Aktivierung und Selbstverantwortlichkeit der behinderten Menschen auf der anderen Seite besser in Einklang gebracht werden?“**

Jenseits von Sonntags- und Festreden ist der Zugang zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben keineswegs eine Selbstverständlichkeit. In einem zunehmend fiskalisch-betriebswirtschaftlich dominierten Fördersystem gilt es, Effektivitäts- und Effizienzgesichtpunkte mit dem normativ-rechtlichen Anspruch aller Betroffenen in Einklang zu halten. Die berufliche Rehabilitation der Zukunft muss auch jene Zielgruppen fördern, die bisher deutlich weniger an beruflicher Rehabilitation teilhaben (benachteiligte Personen im Allgemeinen,

[1] Die inhaltlichen Themen sind auf vier Ebenen bearbeitet worden: Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur, themenspezifische Einbeziehung von weiteren Experten, Anhörung von Leistungsträger und Leistungserbringer, Workshop mit Leistungsberechtigten.

ältere Arbeitnehmer ab fünfzig, Frauen und Migranten). Darüber hinaus sind insbesondere auch jene Personen zu berücksichtigen, die ihre Ansprüche nicht kennen oder mit den Spielregeln von Antrags- und Verwaltungsverfahren wenig vertraut sind.

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

Die gesellschaftlich-strukturelle Betrachtung aus der Perspektive der Arbeitswelt wie auch die auf das Individuum bezogene rechtlich-normative Position verbindet eine gemeinsame Schlussfolgerung: **Individuelle, selbstbestimmte und selbstverantwortliche Teilhabe am Arbeitsleben ist nur durch Ermöglichung und Förderung von Bildung und Gesundheit sicher zu stellen. Beides sind Voraussetzungen für die wertschöpfende, möglichst auch existenzsichernde Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmern.** Die Beschäftigungsfähigkeit fußt auf den fachlichen Qualifikationen und den sozialen Kompetenzen eines Arbeitnehmers sowie seiner Gesundheit als physische Grundvoraussetzung, seine Arbeitskraft wertschöpfend anzubieten, seine Arbeitsstelle zu halten oder eine neue zu finden.

Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist somit die Wiederherstellung bzw. signifikante Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit, um (weiterhin) am Arbeitsleben teilhaben zu können. Die berufliche Rehabilitation der Zukunft muss darauf vorbereitet werden, diese Leistungen in einer alternden Arbeitsgesellschaft und bei zunehmender Dynamik der Arbeitswelt noch effektiver, flexibler und nachhaltiger unter Einbezug der Betroffenen zu erbringen.

Vor diesem Hintergrund hat die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur folgende acht Handlungsfelder (H) für eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation auf Basis eines Leitbildes (siehe Kapitel 4) abgeleitet:

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern (H1)

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

Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern (H2)

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

Unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen (H3)

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

Am System der beruflichen Bildung orientieren (H4)

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

Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren (H5)

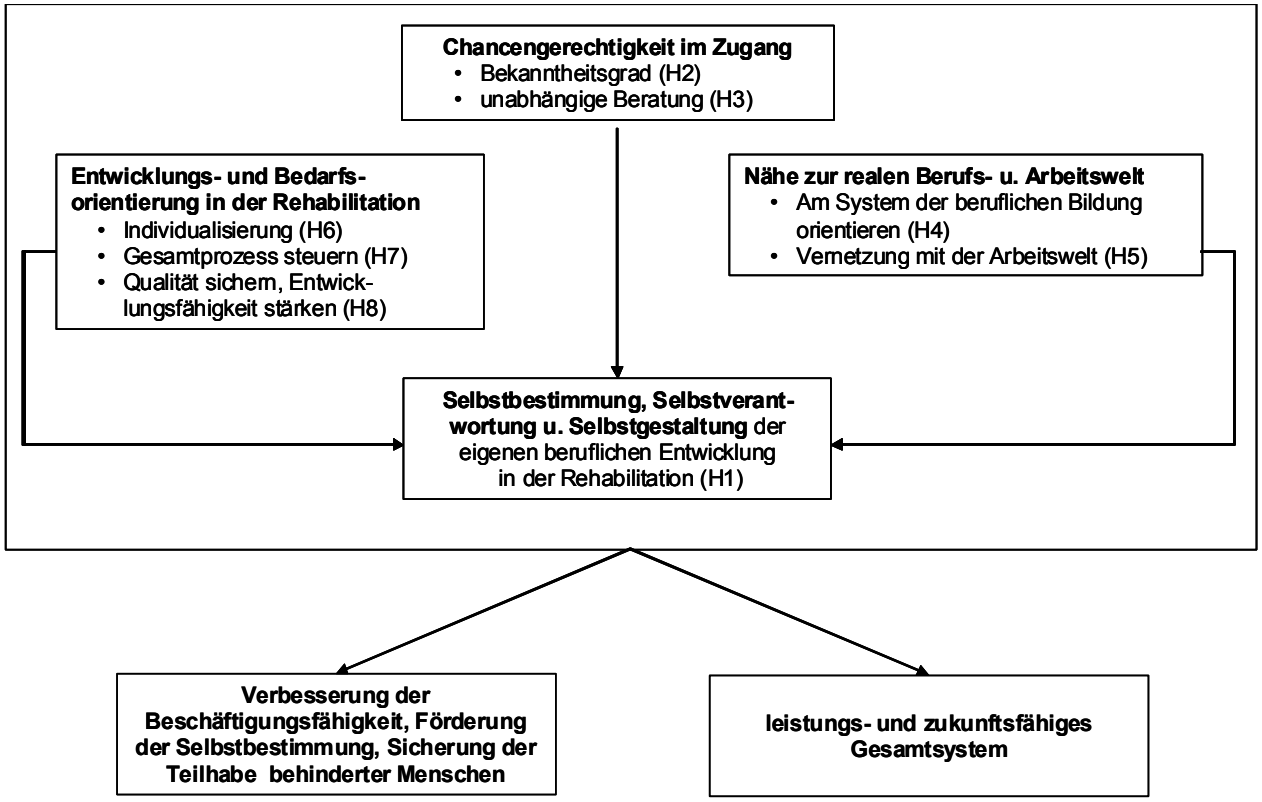
Die Arbeitsmarkt- und Praxisorientierung wird unter Berücksichtigung der Entwicklungsdynamik der Arbeitswelt ausgebaut. Systematische Kooperationen mit Unternehmen werden, bereits im Verlauf der Rehabilitation, zwingend erforderlich und selbstverständlich.

Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren (H6)

Orientierung am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten bildet die Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und bestimmt die dazu erforderlichen Prozesse und Strukturen. Individualisierung trägt dazu bei, den unterschiedlichen Zielgruppen der Rehabilitation vergleichbare Entwicklungschancen zu eröffnen.

Gesamtprozess steuern (H7)

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



Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken (H8)

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

Aus den Darlegungen der wissenschaftlichen Fachgruppe lassen sich insgesamt die folgenden grundsätzlichen Schlussfolgerungen ableiten:

- Ein zukunftsfähiges System der beruflichen Rehabilitation setzt ein stimmiges Gesamtkonzept voraus. Zu diesem Konzept gehören ein Leitbild, an dem sich alle Akteure orientieren können, und eine Beschreibung jener Handlungsfelder, die für die Umsetzung des Leitbildes entscheidend sind.
- Eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation zeichnet sich inhaltlich dadurch aus, dass sie die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Menschen mit Behinderung gezielt fördert und deren eigenständige Lebensgestaltung stärkt, die gesellschaftliche Teilhabe durch inklusive Strukturen gewährleistet und die Teilhabe am Arbeitsleben durch nachhaltige Bildung mit ganzheitlicher Entwicklung der fachlichen und personalen Kompetenz, ausgerichtet auf die individuellen Ressourcen und Potenziale, ermöglicht und durch systematische Vernetzungen mit Unternehmen absichert.
- Sind diese Voraussetzungen gegeben, können Menschen mit Behinderungen auch auf einem schwieriger werdenden Arbeitsmarkt ihre Leistungsfähigkeit produktiv und existenzsichernd einbringen.
- Zur Zukunftssicherung der beruflichen Rehabilitation wird die Wiedereingliederung von dringend benötigten qualifizierten Fachkräften bzw. die Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit zunehmend eine zentrale Funktion.
- Optimierungen von Teilsystemen führen nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Gesamtsystems. Ein stringenter „roter Faden“ im Sinne der geforderten Ausrichtung auf Teilhabe und Selbstbestimmung erfordert abgestimmte Prozess- und Strukturveränderungen bei allen Beteiligten. Damit ist eine entsprechende Veränderungs- und Kooperationsbereitschaft aller Akteure gefordert.
- Die Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen der beruflichen Rehabilitation sind im Sinne eines lernenden Systems weiterzuentwickeln. Eine innovative Überarbeitung des Systems der beruflichen Rehabilitation erfordert den systematischen Einsatz von Forschung und Entwicklung. Der Einsatz von Forschung ist auch zwingend erforderlich zur Legitimierung von finanziellen Aufwendungen. Wie andere Versorgungssysteme auch, muss die berufliche Rehabilitation ihre Wirksamkeit wissenschaftlich fundiert belegen können.

Diese Entwicklungen beinhalten für die Gesamtaufgabe berufliche Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen einen Paradigmenwechsel, der nur gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Leistungsberechtigten zu bewältigen ist. Die Aufgabe ist groß, aber es eröffnen sich auch für alle Beteiligten neue Chancen, vor allem auch für die Leistungsberechtigten.

1 Ausgangssituation

1.1 Auftrag und Arbeitsweise der Fachgruppe

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

Das BMAS erwartet von der wissenschaftlichen Fachgruppe, dass Eckpunkte für die berufliche Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen und ihrer mittel- und langfristigen Entwicklung formuliert werden und diese in eine zukunftsorientierte Gesamtkonzeption integriert werden. Auf dieser Grundlage sind dann die (neuen) Anforderungen an die Leistungsberechtigten, Leistungsträger und Leistungserbringer zu formulieren.[2]

Im Beratungsprozess der Fachgruppe (Oktober 2007 bis Dezember 2008) standen zu Beginn folgende Themen im Vordergrund: die Analyse der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und institutionellen Strukturen (Kapitel 2) sowie die Interaktionen der Akteure im Reha-Prozess. Auf dieser Grundlage sind zentrale Einflussfaktoren identifiziert worden. Dazu gehört die Frage, inwieweit die Zielsetzungen der unterschiedlichen Akteure zueinander passen bzw. im Widerspruch zueinander stehen. Außerdem wurde untersucht, welche Zielgruppen die Rehabilitation aktuell bestimmen und welche Zielgruppen in Zukunft von Bedeutung sein werden. Darüber hinaus wurde die Datenlage in der beruflichen Rehabilitation bewertet und Daten zur Entwicklung des Arbeitsmarktes und zur demografischen Entwicklung diskutiert. Die derzeitige Gestaltung der Zugangsprozesse zur Rehabilitation sowie die Themen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten haben ebenfalls eine große Rolle gespielt.

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

---

[2] Im Zentrum der Stellungnahme steht damit das Thema Wiedereingliederung, Fragen der beruflichen Ersteingliederung werden nicht behandelt.

[3] Beteiligt waren die Deutsche Rentenversicherung, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

[4] Beteiligt waren die Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, der Bundesarbeitskreis der Berufsförderungswerke, die Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation, die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen.

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

[6] An diesem Workshop waren insgesamt 65 Personen (darunter 36 Leistungsberechtigte) beteiligt.

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

Zukunftsfähig ist berufliche Rehabilitation vor allem dann, wenn sie, mit Blick auf gravierende gesellschaftliche Veränderungen, die Teilhabe der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben nachweislich und signifikant verbessert. Entscheidende Impulse können hierbei auch von einer Intensivierung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten ausgehen.

Die wissenschaftliche Fachgruppe betrachtet die berufliche Rehabilitation der Zukunft als einen transdisziplinären und politikfeldübergreifenden Interventionsansatz, der wesentlich zur Inklusion und Chancengerechtigkeit von Menschen mit Behinderung beitragen kann. Von entscheidender Bedeutung ist hier die Frage, inwieweit sich das Rehabilitationssystem in Zukunft stärker als heute als lernendes System versteht. Die vorliegende Stellungnahme versteht sich als ein Beitrag in diese Richtung. Es stehen deshalb auch keine fertigen und umfassenden Lösungen im Mittelpunkt, sondern Themen und Vorschläge, die ein hohes Potenzial für eine zukunftsorientierte und innovative Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation besitzen.

1.2 Ausgangsthesen

Die folgenden Thesen beschreiben den Grundkonsens innerhalb der Fachgruppe und die Ausgangspunkte für die Entwicklung der Gesamtkonzeption.

Das SGB IX bildet den normativen Maßstab für die berufliche Rehabilitation der Zukunft

Die Sicherung und Wiedereingliederung von dringend benötigten Arbeitskräften ist eine zentrale Funktion der beruflichen Rehabilitation der Zukunft

1.2.1 Das SGB IX als normativer Maßstab für die berufliche Rehabilitation der Zukunft

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

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

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

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

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

Insofern unterscheiden sich die Anforderungen an die Beschäftigung behinderter Menschen überhaupt nicht von denen anderer Arbeitnehmer. Die Beschäftigungsfähigkeit[7] ist Voraussetzung für eine dauerhafte, wertschöpfende Erwerbstätigkeit. Das Zusammenspiel von guter fachlicher Qualifikation, sozialer Handlungskompetenz und Gesundheit bildet die Grundlagen für die Entwicklungsfähigkeit von Arbeitnehmern und ihre Arbeitsmarktflexibilität.

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

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

In der Kommentierung des Gesetzes (Dau, Düwell, Haines LPK-SGB IX, 2002: 25) wird zum Thema Selbstbestimmung ausgeführt: „Die Förderung der Selbstbestimmung durch die zu erbringenden Leistungen entspricht dem Respekt des Gesetzes vor der Menschenwürde behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen; die betroffenen Menschen sollen

7 Die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit („Employability“) ist seit 1997 Bestandteil der Europäischen Beschäftigungsstrategie. http://ec.europa.eu/employment_social/employment_strategy/98_guidelines_de.htm Zugriff: 11.12.2008.

nicht als Adressat oder gar Objekt öffentlicher „Fürsorge“ verstanden werden, vielmehr sollen die von ihnen benötigten Sozialleistungen und deren Ausführungen ihre Menschenwürde respektieren und erweitern. „Selbstbestimmung“ – als deutsche Fassung von „Autonomie“ und als Gegenbegriff zu (abgelehnter) „Fremdbestimmung“ – ist zugleich eine zentrale politische Zielsetzung der neuen Behindertenbewegung. Zu verstehen ist sie als verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal und schließt den Respekt vor der Selbstbestimmung anderer Menschen ein“.

Das Ziel Selbstbestimmung ist jedoch nicht nur eine Herausforderung für diejenigen, deren Aufgabe es ist, Leistungen zur Teilhabe zu organisieren. Selbstbestimmung fordert auch die Aktivität und Initiative des Leistungsberechtigten heraus. Selbstbestimmung muss der Leistungsberechtigte somit auch selbst anstreben und wollen.

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

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

1.2.2 Sicherung und Wiedereingliederung von dringend benötigten Arbeitskräften als zentrale Funktion der beruflichen Rehabilitation der Zukunft

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

Die Anforderungen und Voraussetzungen an den einzelnen Erwerbstätigen sind in den letzten Jahren gestiegen und steigen weiter. Die ungleichen Chancen werden sich in Zukunft verstärken. Allein hier besteht großer Handlungsbedarf, vor allem wenn man bedenkt, dass die Bildungsexpansion in Deutschland mit Beginn der 1990er Jahre faktisch zu einer Bildungsstagnation geworden ist. Bis dahin hatte sich der Anteil der Ungelernten auf dem Arbeitsmarkt massiv reduziert und im Gegenzug der Anteil der Qualifizierten vergrößert.

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

- Veränderung der Tätigkeitsstrukturen mit hohem Bedeutungsverlust des primären Sektors der Beschäftigung und Bedeutungsgewinn des tertiären Sektors

- Demografische Entwicklung mit der Veränderung des Erwerbspersonenpotenzials durch Schrumpfung und Alterung der deutschen Bevölkerung

Als Folge kann unter anderem genannt werden, dass die Zahl von Einfacharbeitsplätzen weiter sinken wird, während der Bedarf an gut qualifizierten Arbeitskräften zunehmen wird. Zudem werden mehr Ältere dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, und in den Betrieben wird es mehr Personen jenseits der 50 geben als Jüngere unter 30 Jahren. Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaft steigt aber auch der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter in den Unternehmen an.

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

Vor der demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung sind Alter, Gesundheit und Qualifikation Schlüsselfaktoren der beruflichen Integration. Zu fragen ist, inwieweit eine stärkere betriebliche Ausrichtung und Individualisierung der beruflichen Rehabilitation und eine Verzahnung mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement einen Beitrag leisten, die berufliche Integration von gesundheitlich beeinträchtigten und behinderten Menschen zu stärken. Zu fragen ist auch, wie der stärkere Einbezug von Personen jenseits der 50 in das System beruflicher Rehabilitation gelingen kann und wie ein erfolgreicher Übergang zur wissensbasierten Wirtschaft und Gesellschaft mit einer Orientierung zum lebenslangen Lernen einhergehen kann. Diese Herausforderungen markieren Gestaltungsaufgaben und Chancen für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation.

2 Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren

Im Kapitel zwei stehen einige der zentralen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren der beruflichen Rehabilitation im Mittelpunkt. Grundlegende Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation werden in den ersten fünf Unterkapiteln (2.1 bis 2.5) angesprochen. Im Einzelnen werden folgende Einflussfaktoren thematisiert.

Im Kapitel 2.1 wird die sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation skizziert. Ein entscheidender Einflussfaktor in diesem Kontext ist die normative Ausrichtung des Gesamtsystems und der verschiedenen Rehabilitationsträger, die mit der rechtlichen Kodifizierung verbunden ist. Über das SGB IX ist die normative Ausrichtung für alle Akteure verbindlich festgeschrieben. Auf der anderen Seite spiegeln die einzelnen Sozialgesetzbücher die unterschiedlichen Traditionen der Rehabilitationsträger wider. Diese Rechtskonstruktion ist ein wirkungsmächtiger Einflussfaktor, den es gilt zur Kenntnis zu nehmen. Insbesondere die sich daraus ergebenden unterschiedlichen Leistungslogiken spielen für die berufliche Rehabilitation eine entscheidende Rolle.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Einflussfaktor ist das sehr heterogene Konzept des aktivierenden Sozialstaats (Kapitel 2.2). Unter dem Schlagwort „Fördern und Fordern“ ist dieses Konzept popularisiert worden und bestimmt heute weite Teile der sozialpolitischen Diskussion. Eine Grundidee des Konzeptes lautet, über entsprechende Dienstleistungsangebote Bürgerinnen und Bürger in ihrer Fähigkeit zur eigenständigen Lebensgestaltung zu stärken. Eine andere, nicht weniger bedeutsame Facette dieses Konzeptes betrifft das veränderte „Steuerungsverständnis“ staatlicher Akteure. Eine zentrale Frage in diesem Zusammenhang lautet, wie lassen sich jene komplexen sozialen Prozesse, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bewirken, überhaupt sinnvoll „steuern“?

Vor dem Hintergrund der europäischen Integration wird das nationale Recht zunehmend stärker von europäisch imprägnierten Diskursen und Vorgaben beeinflusst. Im Kapitel 2.3 werden deshalb die europäischen Dimensionen der Politik für Menschen mit Behinderung dargestellt.

Berufliche Rehabilitation ist jedoch nicht nur in einem sozialpolitischen Kontext zu sehen, sondern von erheblicher Bedeutung sind auch die bildungspolitischen Bezüge. Der Interventionsansatz berufliche Rehabilitation ist in weiten Teilen berufliche Bildung. Deshalb dürfen die Rahmenbedingungen von beruflicher Bildung hier nicht vernachlässigt werden. Im Kapitel 2.4 werden die Bezüge zwischen einigen zentralen bildungspolitischen Diskussionsfeldern und deren Relevanz für die berufliche Rehabilitation verdeutlicht.

Neben den bereits angesprochenen Einflussfaktoren Kodifizierung im Sozialrecht, „Leitbild aktivierender Sozialstaat“ und der Orientierung an bestimmten Bildungskonzepten ist der vielleicht wirkungsmächtigste Einflussfaktor noch nicht angesprochen worden. Diese Aufgabe übernimmt Kapitel 2.5. Hier werden die bereits heute erkennbaren Entwicklungslinien des Arbeitsmarktes diskutiert. Da sich berufliche Rehabilitation letztlich dadurch legitimiert, „Wege in den Arbeitsmarkt“ für Menschen mit einer Behinderung erfolgreich realisieren zu können, sind der Arbeitsmarkt und die dort vorfindbaren Anforderungen ein ganz zentraler Bezugspunkt. Welche Anforderungen hier zu berücksichtigen sind, wird deshalb in diesem Kapitel dargestellt.

Abschließend werden dann im Kapitel 2.6 unterschiedliche quantitative Indikatoren des Rehabilitationsprozesses bei der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung vorgestellt. Im Mittelpunkt stehen dabei folgende Aspekte: Zugänge, Strukturmerkmale der Zielgruppen und der Leistungen zur Teilhabe sowie das Finanzvolumen der Rehabilitationsbudgets. Dieses Kapitel beleuchtet somit, reduziert auf einige Schlüsselindikatoren, die gegenwärtige „Realität" beruflicher Rehabilitation.

Wie aus den einleitenden Bemerkungen deutlich wird, beschreibt Kapitel zwei, aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgruppe, zentrale Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren. Auch wenn sich die angesprochenen Einflussfaktoren unterschiedlichen „Wirkungsebenen" zuordnen lassen, ist damit nicht der Anspruch einer systematischen Mehrebenenanalyse verbunden. Die Auswahl verdeutlicht jedoch, welche Faktoren u.a. eine solche Analyse der Zusammenhänge zu berücksichtigen hätte. Funktion von Kapitel zwei ist also nicht eine systematische Analyse der aktuellen Gesamtsituation bzw. Wirkungsanalyse, sondern verdeutlicht werden soll vielmehr die „Startaufstellung" der beruflichen Rehabilitation, wie sie sich aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgruppe gegenwärtig darstellt. Die Sichtweisen und Betrachtungswinkel der Akteure auf dem Feld der beruflichen Rehabilitation werden deshalb im Kapitel drei ausführlich dargestellt.

2.1 Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich die Entwicklung gesetzlicher Regelungen für Menschen mit Behinderung über einen langen Zeitraum vollzogen. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten der verschiedenen Rehabilitationsträger entstanden nicht auf einmal, sondern wurden über die Jahre entwickelt und in unterschiedlichsten gesetzlichen Grundlagen geregelt (Tiedt, 1998). In dieser Entwicklung ist die Zuständigkeit für die unterschiedlichen Klientengruppen der einzelnen Träger begründet.

Die jeweiligen gesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitationsträger sind das SGB III und SGB II für die Bundesagentur für Arbeit, das SGB VI für die Deutsche Rentenversicherung Bund und das SGB VII für die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Neben diesen sind auch die Träger der Kriegsopferversorgung und Träger der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe und die Träger der Sozialhilfe für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig. Da diese aber nur einen geringen Anteil ausmachen, konzentriert sich der Bericht im Folgenden nur auf die drei erstgenannten Rehabilitationsträger.

Zusätzlich zu den schon genannten gesetzlichen Grundlagen steht das SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe" als eine Art Leitgesetz. Mit seiner Einführung im Jahr 2001 wurde der Focus auf Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen im Sozialgesetz gesetzt (Welti, 2005).

Im Wesentlichen wurden seit Anfang der 1990er Jahre folgende Gesetze verabschiedet, die Veränderungen für die Rehabilitation brachten und die heutige Rechtssituation in diesem Bereich prägen:

- Sozialgesetzbuch VI (SGB VI) vom 18.12.1989 zur Neuordnung des Rentenversicherungsgesetzes zum 01.01.1992.
- Gesetz zur Änderung von Fördervoraussetzungen im AFG und in anderen Gesetzen vom 18.12.1992

- Beschäftigungsförderungsgesetz vom 26.07.1994
- Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) vom 07.08.1996 und Unfallversicherung- und Modernisierungsgesetz (UVMG) von 2008
- Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz – WFG –) vom 25.09.1996
- Sozialgesetzbuch III (SGB III) vom 24.03.1997
- Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29.9. 2000
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) vom 19.06.2001
- Rentenreformgesetz von 2001
- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz) vom 27.04.2002
- Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt mit dem
- Sozialgesetzbuch II (SGB II) vom 24.12.2003 (Hartz IV)
- Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung vom 23.04.2004

2.1.1 Überblick über die wesentlichen Inhalte der Gesetze im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation

Das **Sozialgesetzbuch VI** wurde am 18.12.1989 verabschiedet zur Neuordnung des Rentenversicherungsgesetzes, trat aber erst am 01.01.1992 in Kraft und brachte den Übergang von der Brutto- zur Nettorentenanpassung. Die Altersgrenzen wurden ab 2001 schrittweise generell auf 65 Jahre erhöht. Für Frauen wurden Zeiten der Kindererziehung als Berücksichtigungszeiten bei der Berechnung der Rente eingeführt. Die bestehenden Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten wurden durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Durch diese gesetzliche Regelung musste die Rentenversicherung keine Berufsunfähigkeitsrente mehr zahlen, selbst wenn der behinderte Mensch keine vollwertige Berufsausbildung mehr erhielt.

Mit dem »**Gesetz zur Änderung von Fördervoraussetzungen im AFG** (10. AFG-Novelle) **und in anderen Gesetzen**« vom 18.12.1992 wurde ab 1993 die Inanspruchnahme von berufsfördernden Leistungen der Rentenversicherung wieder erleichtert, also eine umfangreichere Zuständigkeit erreicht (Reimann, 2004). So hatte die Rentenversicherung berufsfördernde Maßnahmen auch dann zu zahlen, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen war oder wenn die berufsfördernden Leistungen unmittelbar im Anschluss an medizinische Leistungen der Rentenversicherung erforderlich wurden.

Das **Beschäftigungsförderungsgesetz** vom 26.07.1994 beendete das Vermittlungsmonopol der Bundesanstalt für Arbeit.

Das **Sozialgesetzbuch VII** regelt die gesetzliche Unfallversicherung. Es ist am 01.01.1997 in Kraft getreten. In diesem Gesetzbuch wurde das bis dahin bestehende System der Unfallversicherung bestätigt und dadurch gestärkt, dass der Präventionsauftrag an die Berufsgenossenschaften um die Abwehr arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren erweitert wurde. Das Unfallversicherungs- und Modernisierungsgesetz (UVMG) von 2008 passt das SGB VII an veränderte Rahmenbedingungen an.

Mit dem **Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz** fiel ab dem 01.01.1997 der Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation weg, wenn die Behinderten nicht schwerbehin-

dert oder Jugendliche waren. Außerdem wurde die Höhe der Lohnersatzleistungen (Übergangsgeld) in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung harmonisiert.

Das **Arbeitsförderungs-Reformgesetz** vom 24.03.1997 sicherte Behinderten, die wegen Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Hilfen angewiesen waren, wieder einen Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation zu. Diese Änderung trat bereits zum 01.04.1997 in Kraft.

Das **Sozialgesetzbuch III** regelt die Arbeitsförderung und ist am 01.01.1998 in Kraft getreten. Die Bundesanstalt für Arbeit wird im SGB III in ihrer Zuständigkeit und den einzelnen Leistungsbereichen darauf beschränkt, den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zu unterstützen (Wissing et al., 2004). Die im Sozialgesetzbuch III aufgenommenen Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgen den Zweck, die möglichst dauerhafte und uneingeschränkte Eingliederung einer Person auch bei behinderungsbedingt niedrigem Leistungsvermögen durch Förderung adäquater Bildungsmaßnahmen zu unterstützen. Behinderte Menschen sollen in allen Tätigkeitsbereichen gefördert werden können, die gute und dauerhafte Beschäftigungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bieten.

Mit dem **Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter** vom 29.09.2000 war die Verpflichtung verbunden, bis Oktober 2002 zusätzlich 50.000 Schwerbehinderte einzugliedern. Die Schwerbehindertenquote wurde zunächst vorübergehend und schließlich dauerhaft auf 5 % gesenkt.

Das **Sozialgesetzbuch IX** regelt die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen und ist am 01.07.2001 in Kraft getreten. Bei diesem Gesetz handelt es sich um die erste wirkliche Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Behindertenrechts in Deutschland seit dem Inkrafttreten des Reha-Angleichungsgesetzes, in dem das Schwerbehindertenrecht und die Rehabilitation behinderter Menschen in einem Buch zusammengefasst werden. Von grundsätzlicher Bedeutung ist auch die Einbeziehung der Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger (SGB IX 06). Ziel des SGB IX ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Das Gesetz stärkt also die Rechte der Behinderten, fördert ihre Selbstbestimmung und stellt die Teilhabe in den Mittelpunkt. Es fordert außerdem die Berücksichtigung der Bedürfnisse der behinderten Menschen bei allen Leistungen ein. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften (SGB III, SGB VI, SGB VII usw.). Die Art, der Umfang sowie die Ausführung der Leistungen sind allerdings für alle Rehabilitationsträger einheitlich ausschließlich nach den allgemeinen Regelungen des SGB IX zu beurteilen.

Zur Umsetzung des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes und als wichtiges Gesetz gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen wurde am 27.04.2002 das »**Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen**« verabschiedet. Das Gesetz enthält vor allem allgemeine Regelungen zur Bekämpfung der Diskriminierung im Privatrecht sowie Regelungen zur Herstellung von Barrierefreiheit und zur Anerkennung der Gebärdensprache in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren.

Mit dem »**Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung**« vom 23.04.2004, mit dem das SGB IX geändert wurde, wird bei der Qualifizierung Jugendlicher mehr Betriebsnähe gefordert. Das Gesetz stützt außerdem ausdrücklich die Integrationsfachdienste und Integrationsämter.

Das **Sozialgesetzbuch II** regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende und ist am 01.01.2005 in Kraft getreten. Das SGB II verstärkt, insbesondere mit der Zumutbarkeitsregelung des § 10, die Deregulierung des Arbeitsmarktes. Berufliche Rehabilitation wird im SGB II nicht explizit erwähnt. Für Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige verweist § 16 (1) auf das SGB III. Mit § 6a des SGB IX ist die Bundesagentur für Arbeit Rehabilitationsträger für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige, die Verantwortung für die beruflichen Rehabilitationsleistungen (v.a. im Bereich der Wiedereingliederung) wurde geteilt. Die Bundesagentur für Arbeit trägt die Prozessverantwortung, die Integrationsverantwortung obliegt dem SGB II-Träger. Die Leistungsverantwortung ist geteilt.[8]

2.1.2 Anmerkungen zum sozialrechtlichen Hintergrund

1994 wurde der Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ in das Grundgesetz aufgenommen (Art. 3 Abs .3 Satz 2 GG). Im Beitrag von Welti (Welti, 2009) wird der Weg dahin aufgezeigt. Eine rechtliche Benachteiligung verbietet sich hiermit. Dies stellt aber im Prinzip hohe Anforderungen an die Auslegung des geltenden Rechts in der beruflichen Rehabilitation. Die Zuständigkeit der verschiedenen Träger der beruflichen Rehabilitation ist in den verschiedenen Leistungsgesetzen festgehalten und beschrieben. Die Leistungsgesetze berücksichtigen die verschiedenen Aufgaben der Träger, in die der Auftrag zur beruflichen Rehabilitation eingebettet ist. Die Rechtsgrundlagen müssen aber der Logik unterschiedlicher Systeme wie Arbeitsmarkt, Gesundheitswesen und Sozialwesen folgen (Welti, 2009), gehen also von verschiedenen Voraussetzungen aus, die die Vergleichbarkeit der Umsetzung des Auftrags der beruflichen Rehabilitation schwierig gestalten. „Die Orientierung am Gleichheitsgrundsatz macht jede Differenzierung im Zugang zu Rehabilitation begründungsbedürftig. Soweit der Staat Erwerbstätigkeit von grundsätzlich jedem Sozialbürger verlangt, muss er auch Rehabilitation zur Erwerbsfähigkeit gewährleisten“ (Welti, 2009: 122). Das SGB IX beabsichtigt Konvergenz der Rechtsgrundlagen für berufliche Rehabilitation und reduziert Unterschiede in den Handlungsweisen der zuständigen Träger. In den folgenden Kapiteln werden Hinweise gegeben, dass jedoch nach wie vor Handlungsbedarf in der Rechtsauslegung der geltenden Gesetze besteht. Auch in (Welti, 2009; Fuchs, 2009) wird auf konkrete Defizite hingewiesen.

2.2 Sozialpolitischer Kontext

Staatliche Sozialpolitik ist eine Erfindung des 19. Jahrhunderts. Sie war in erster Linie als Antwort auf die sozialen Auswirkungen der Industrialisierung und der damit einhergehenden Verelendung breiter Bevölkerungsschichten gedacht. Sie hatte eine Schutzfunktion bezogen auf zentrale Bereiche des Lebens und deren Gefährdungen (Einkommen, Bildung, Arbeit, Arbeitsmarkt und Ausbildung, Gesundheit) sowie für besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen (Kinder und Jugendliche, Familien, Behinderte, alte Menschen). Darüber hinaus hatte Sozialpolitik eine gesamtgesellschaftliche Integrationsfunktion. In der Bismarckschen Ausprägung war sie primär entworfen als konservativ-paternalistisches Modell zur Beherrschung der Arbeiterfrage. Gleichzeitig jedoch stützte sich ihr ideologisches Gerüst auf christ-

[8] Leistungsverpflichtung der BA besteht u.a. bei Maßnahmen von Berufsvorbereitung und Ausbildung, im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen sowie bei rehaspezifischen Hilfen. Zur geteilten Leistungsverantwortung vgl. HE/GA 8/2006. http://www.arbeitsagentur.de/nn_166482/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Berufl-Qualifizierung/Dokument/HEGA-08-2006-AI-Reha-Aenderungen.html

lich-liberales Gedankengut, auf die katholische Soziallehre und den Wohlfahrtsgedanken der Diakonie.

Der Sozialstaat wurde in klassischen Konzepten der gesamtgesellschaftlichen Verantwortungsteilung als Instrument der Umverteilung und sozialen Absicherung begriffen. Nachteile und Risiken sollten für die Bürger ausgeglichen werden, diese wurden jedoch gleichzeitig in der Pflicht gesehen, sich aktiv und verantwortungsvoll an Familie, Arbeit und Gesellschaft zu beteiligen (Evers/Heinze 2008: 9). So war z.B. über die Absicherung im Krankheitsfall das »Recht auf Krankheit« gegeben, das jedoch gleichzeitig mit der »Pflicht zur Gesundheit« verknüpft war.

Diese Vorstellung der »aktiven Teilhabe« der Empfänger von staatlichen Sozialleistungen schien sich im Laufe des 20. Jahrhunderts verloren zu haben. Individuelles wie kollektives Besitzstands- und Anspruchsdenken, aber auch der demografische Wandel und Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt führten zu einer finanziellen, aber auch legitimatorischen Krise des Wohlfahrtsstaates. Der spätestens in den 1990er Jahren einsetzende Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik ist dann wiederum flankiert von Schlagworten wie »mehr Eigenverantwortung« oder »Fördern und Fordern« und kann unter dem Begriff »Aktivierende Sozialpolitik« zusammengefasst werden. Nimmt man diesen Trend ernst und verbindet ihn mit dem für Deutschland zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Ratifikationsgesetz zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, so kann dies durchaus als Chance für die berufliche Rehabilitation der Zukunft gesehen werden.

Die Idee der aktivierenden Hilfe zur Teilhabe ist praktisch so alt wie die Rehabilitation selbst. Bereits im 19. Jahrhundert wurden medizinische, heilpädagogische und berufsqualifizierende Maßnahmen miteinander kombiniert, um insbesondere Kindern mit einer Behinderung, sogenannten Krüppeln, ein selbstbestimmtes, auf Beteiligung am Erwerbsleben basierendes Leben zu ermöglichen. Ein entscheidender Wegbereiter einer modernen Rehabilitation war der in Berlin wirkende Orthopäde Konrad Biesalski (1868–1930). Er verknüpfte das pädagogische und das medizinische Argument mit dem eigentlichen Ziel der Behindertenfürsorge: der Erwerbsfähigkeit. Mit dem Schlagwort »aus Almosenempfängern werden Steuerzahler« wies er auf den volkswirtschaftlichen Nutzen einer systematischen Rehabilitation hin, als deren wesentliche Elemente er – möglichst gleichberechtigt und zeitgleich nebeneinander – medizinische Behandlung, Erziehung, Unterricht sowie Berufsberatung und -ausbildung ansah (Schott, 1996: 25f).

Das Ziel und die Ideen von gestern und heute ähneln sich: Der Staat greift nachhaltig in das Leben einzelner Menschen ein, mit dem Ziel, Arbeitsmarktkonformität zu erzeugen, darüber hinaus wird deutlich mehr Eigeninitiative gefordert. Dieses Eingreifen über positive und negative Sanktionen (»Fördern und Fordern«) betrifft mittlerweile alle Lebensabschnitte mit Schnittstellen zum Erwerbsleben. Das Konzept eines »aktivierenden Sozialstaates«, das sich als dritten Weg zwischen neoliberalen Vorstellungen eines minimalen Staates und eines umfassenden »fürsorgenden Wohlfahrtsstaates« sieht, beinhaltet in erster Linie neue steuerungspolitische Elemente. Ausführlich skizziert hat das 1998 der damalige Kanzleramtsminister Bodo Hombach: »Der Staat muss nicht nur die negativen Auswirkungen eines ‚Subsystems' (Wirtschaft, Gesellschaft, Politik) auf das andere ausgleichen bzw. regulativ verhindern, sondern gewährleisten und organisieren, dass Subsysteme optimal aufeinander bezogen sind. Beispielsweise muss das Sozialsystem so konzipiert sein, dass es die Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit und die Eigeninitiative optimal vorbereitet und unterstützt.

Eine neue Balance von individuellen Rechten und Pflichten, die Forderung, der verwaltende, Recht setzende und Daseinsvorsorge betreibende Staat müsse seinen Bürgern wieder mehr zutrauen und zumuten – das alles bedeutet nicht den kaltschnäuzigen Rückzug des Staates aus der Verantwortung. Im Gegenteil: Es geht um ein neues Steuerungsmodell, das sehr viel mehr Kreativität braucht, Innovationsbereitschaft und den langen Atem vorausschauender, aktivierender Politik« (Hombach 1999, zit. nach Dingeldey, 2006).

Die Gefahren für die Vergabe von sozialstaatlichen Leistungen, und vielleicht insbesondere für die Vergabe von Leistungen der beruflichen Rehabilitation, liegen jedoch in dieser sehr komplexen Steuerungsproblematik. Konzepte einer »holistic Governance« beinhalten ganzheitliche, ergebnisorientierte sowie auf Kultur- und Einstellungsveränderungen abzielende Interventionsformen (Dingeldey, 2006). Gleichzeitig sollen Marktmodelle und eine betriebswirtschaftlich orientierte Steuerung Anreize (incentives und disincentives) sowohl für den Leistungserbringer als auch den Leistungsberechtigten setzen, zur Optimierung des Erfolgs. Im operativen Geschehen muss darauf im Sinne der Chancengleichheit für die Leistungsberechtigten besonderes Augenmerk gerichtet werden. Es bleibt die Frage, ob verhindert werden kann, dass durch ökonomisches Handeln die Gefahr der Benachteiligung von einzelnen Personengruppen besteht.

So müssen z.B. die Rehabilitationsträger unter Beachtung von Ergebnisorientierung und wirtschaftlicher Ressourcennutzung schon bei der Vergabe von Leistungen streng auf die potenzielle Vermittlungsfähigkeit der Leistungsempfänger auf dem Arbeitsmarkt achten. Dabei besteht die Gefahr, dass z.B. Ältere, gering Qualifizierte, höhergradig Behinderte zunehmend aus dem Kreis von Leistungsberechtigten beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gegenwärtigen sozial- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen es schwer machen, eine Bewertung der Zukunft der beruflichen Rehabilitation abzugeben. Ein der Ökonomisierung im freien Wettbewerb unter restriktiven Arbeitsmarktbedingungen ausgesetztes Klientel ist der eine Faktor, der andere die tradierten und fragmentierten Strukturen der deutschen Sozialbürokratie, der nur bedingt die von Hombach angesprochene nötige Steuerungskreativität entfalten kann.

Vor diesem Hintergrund ist es umso dringlicher, dass innerhalb der beruflichen Rehabilitation den Leistungsberechtigten Beratungs- und Bildungsressourcen zur Verfügung gestellt werden und hierbei die Perspektiven der Betroffenen im Vordergrund stehen.

2.3 Europäische Dimensionen der Politik für Menschen mit Behinderung

Wenn von einer europäischen Behindertenpolitik die Rede ist, sind vier Rahmenbedingungen zu beachten:

Behindertenpolitik in der Europäischen Union ist Teil der jeweiligen nationalen Sozialpolitiken. Sie ist als eine Querschnittsaufgabe zu verstehen, die aus zahlreichen sozialpolitischen Bereichen stammt und sich aus einem Spektrum verschiedener Maßnahmen wie Transfer-, Sach- und Dienstleistungen sowie Rechten zusammensetzt. Im Unterschied zur Absicherung anderer sozialer Risiken entstand in den Mitgliedsstaaten der EU für die Gruppe behinderter Menschen kein eigenständiges Sicherungssystem, das etwa dem der Alters- oder Gesundheitssicherung vergleichbar wäre.

Die Staaten der Europäischen Union vertreten insgesamt ein Modell des Sozialstaats, das jedoch im Ländervergleich große Unterschiede aufweist, was wiederum zu unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen in der Behindertenpolitik führt. Unter dem Aspekt der Funktionen von Behindertenpolitik unterscheidet Michael Maschke als Idealtypen europäischer Behindertenpolitik den kompensations-, den rehabilitations- und den partizipationsorientierten Ansatz. **Kompensationsorientierte** Behindertenpolitik entspringt dem Grundmodus der Solidargemeinschaft, wonach entsprechend dem Fürsorgeprinzip dem behinderten Menschen die jeweils notwendige Unterstützung zugewiesen wird. Die **rehabilitationsorientierte** Behindertenpolitik nimmt ihren Ausgang am Muster der instrumentalen Vereinigung (Sozialversicherungen) und gewährt dem Versicherten Leistungen entsprechend den individuell bemessenen Beiträgen. Die **partizipationsorientierte** Behindertenpolitik schließlich entspringt dem Grundmodus der Bürgerschaft. Die Verteilung von Gütern erfolgt nach den Kriterien von Gleichheit und Rechten. Danach haben behinderte Menschen aufgrund ihres Status als Bürger bzw. Bürgerin ein Anrecht auf Leistungen des Staates. In der Realität der praktischen Politik besteht in den von Maschke analysierten 15 Staaten der EU (Belgien, Dänemark, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Niederlande, Spanien, Portugal, Deutschland, Finnland, Großbritannien, Luxemburg, Österreich, Schweden) jeweils eine Mischung aus den drei idealtypischen Politikansätzen: »Der kompensationsorientierte Ansatz ist immer vertreten, der beschäftigungsorientierte Ansatz meistens und der partizipationsorientierte Ansatz manchmal« (Maschke, 2008: 64). Wiederum idealtypisch lassen sich für die einzelnen europäischen Länder, gemäß ihren jeweiligen Traditionen, unterschiedliche Präferenzen identifizieren: Vorrangig kompensationsorientiert sind Griechenland, Italien, Österreich, Belgien, Portugal, Dänemark und die Niederlande; den Schwerpunkt auf eine rehabilitationsorientierte Politik legen Frankreich, Deutschland und Finnland, während eine primär partizipationsorientierte Behindertenpolitik von Irland, Spanien, Großbritannien und Schweden vertreten wird.

Die europäische Behindertenpolitik agiert nicht im luftleeren Raum, sondern wird zunehmend durch inter- und supranationale Organisationen wie die Vereinten Nationen und ihre untergeordneten Behörden (ILO, UNESCO, WHO), die Weltbank, die OECD und den Europarat, aber auch durch den wachsenden Einfluss ebenfalls international orientierter Interessenvertretungen behinderter Menschen (Disabled Persons International, European Disability Forum) beeinflusst.

Eine europäische Behindertenpolitik existiert nach wie vor nur in einem sehr eingegrenzten Sinne, denn bis in die Gegenwart hat die Europäische Union, gemäß dem Subsidiaritätsprinzip, keine Möglichkeit, durch Rechtsvorschriften und Vorgaben Einfluss auf die kompensations- und rehabilitationsorientierte Behindertenpolitik der einzelnen Staaten zu nehmen. Lediglich auf dem Feld der partizipationsorientierten Behindertenpolitik konnte die EU durch supranationale Gesetzgebungsstandards Einfluss auf nationale Gesetze nehmen (Antidiskriminierungsgesetz).

2.3.1 Etappen einer europäischen Behindertenpolitik

Behindertenpolitik im europäischen Raum kann nicht losgelöst von der internationalen Politik für Behinderte, insbesondere auf der Ebene der Vereinten Nationen, diskutiert werden. Es war die Generalversammlung der Vereinten Nationen, die bereits am 9. Dezember 1955 die »Declaration on the Rights of Disabled Persons« verabschiedete und die 1982 erneut das Thema Behinderung auf ihre Agenda setzte, indem sie das »Weltaktionsprogramm für Behinderte« sowie das »Jahrzehnt der Behinderten der Vereinten Nationen 1983–1992« be-

schloss. Die Einbettung des Themas in die Menschenrechtsdiskussion wird in der einleitenden Passage des Weltaktionsprogramms deutlich, in der es heißt: »In der Welt gibt es mehr als 500 Millionen Menschen, die aufgrund einer geistigen, körperlichen oder sensorischen Schädigung behindert sind. Sie haben Anspruch auf dieselben Rechte und die gleichen Chancen wie alle anderen Menschen. Sie werden jedoch nur zu oft durch materielle und soziale Schranken in der Gesellschaft benachteiligt, die ihrer vollen Teilnahme am Leben der Gemeinschaft entgegenstehen« (United Nations 1982: 1). Bereits in diesem frühen Dokument wurden die Ziele der Chancengleichheit (equalization of opportunities) und gesellschaftliche Teilhabe (full participation) als Leitideen einer innovativen Behindertenpolitik auf Weltebene formuliert. Entsprechend dieser Programmatik präsentierten die Verfasser des Aktionsprogramms ein ganzes Bündel von Vorschlägen, die darauf abzielten, die Anerkennung des Rechtes der Behinderten auf Bildung, Arbeit und soziale Teilhabe zu verwirklichen.

In Weiterverfolgung der Menschenrechtspolitik für behinderte Menschen verabschiedete die UNO 1993 »The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities«, ein Programm, das 22 Standardregeln für die Herstellung der Chancengleichheit behinderter Menschen umfasste. Über eine von schwedischen Behindertenorganisationen auf Englisch verfasste Version erlangte dieses Programm auch in Deutschland als »Agenda 22« überregionale Bedeutung (Fürst Donnersmarck-Stiftung; Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., 2004). Bemerkenswert an diesem Papier ist, dass es nicht von staatlichen Stellen, sondern von der schwedischen Behindertenbewegung und dem European Disabilty Forum (EDF) erarbeitet wurde und gemäß der schwedischen Tradition in pragmatischer Weise »Handlungsanweisungen« für die einzelnen UN-Regeln und bezogen auf die lokalen schwedischen Verhältnisse formulierte.

Da die UN-Standardregeln für die Rechte behinderter Menschen von 1993 lediglich Empfehlungscharakter besaßen, setzten bald Bemühungen ein, diese in den Status einer stärker rechtlich bindenden UN-Konvention zu überführen (Degener, 2006).

Höhepunkt und vorläufiger Abschluss dieser Anstrengungen ist die im Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete Resolution »Convention on the Rights of Persons with Disablities«. Sie wurde im März 2007 von Deutschland unterzeichnet und ist nun in nationales Recht umzusetzen.

Tragende Leitideen der Konvention (Artikel 3) sind die Betonung der Menschenwürde behinderter Menschen (dignity) und die Achtung vor dem Behindertsein als Teil menschlicher Vielfalt und Verschiedenartigkeit (respect for difference and acceptance of disability as part of human diversity and humanity). Betont werden ferner Nichtdiskriminierung (non-discrimination), volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft (full and effective participation and inclusion in society) sowie Chancengleichheit (equality of opportunity), Zugänglichkeit (accessibility), Gleichberechtigung von Mann und Frau (equality between men and women) und schließlich die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität (respect for the developing capacities of children with disabilities and respect for the right of children with disabilities to preserve their identities) (United Nations 2006).

Heiner Bielefeldt betont das innovative Potenzial dieser neuen UN-Konvention nicht nur im Hinblick auf die Rechtsposition behinderter Menschen, sondern auch in ihrer Bedeutung für das Selbstverständnis moderner Gesellschaften: »Die Behindertenkonvention bedeutet (...)

weit mehr als eine Ergänzung des bestehenden Menschenrechtsschutzsystems durch die besondere Berücksichtigung der spezifischen Belange Behinderter. Sie gibt auch wichtige Impulse für eine Weiterentwicklung des Menschenrechtsdiskurses. Beachtung verdient insbesondere die starke Akzentsetzung auf soziale Inklusion, die ausdrücklich vom Postulat individueller Autonomie her gedacht und von dort her von vornherein als eine freiheitliche Inklusion definiert wird (...) Schließlich hat die Konvention Bedeutung für die Humanisierung der Gesellschaft im Ganzen. Indem sie Menschen mit Behinderungen davon befreit, sich selbst als, defizitär' sehen zu müssen, befreit sie zugleich die Gesellschaft von einer falsch verstandenen Gesundheitsfixierung (...). In diesem Sinne kommt der Diversity-Ansatz, für den die Behindertenkonvention steht, zuletzt uns allen zugute« (Bielefeldt, 2006: 15).

Die Aktivitäten der Vereinten Nationen hatten unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung einer europäischen Behindertenpolitik. 1973 markierte den Beginn dieser Politik durch Verabschiedung des ersten sozialpolitischen Aktionsprogramms. Als direkte Auswirkung des Internationalen Jahres der Behinderten verabschiedete die Europäische Gemeinschaft im Dezember 1981 ein Aktionsprogramm zur Förderung der sozialen Integration der Behinderten in der Gemeinschaft und richtete wenig später, im März 1982, ein »Büro für Aktion zugunsten der Behinderten« ein. Höhepunkt dieser frühen Phase der europäischen Behindertenpolitik war die Verabschiedung des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zugunsten behinderter Menschen«, das sogenannte HELIOS-Programm (Handicapped People in European Community Living Independently in an Open Society, 1988–1991), dem HELIOS II (1993–1996) folgte, in dessen Laufzeit sowohl eine stärkere Einbindung von Nichtregierungsorganisationen als auch die Gründung des European Disability Forum (EDF) fiel. Als wichtiger Meilenstein der europäischen Behindertenpolitik kann ebenfalls die erste Konferenz der für Behindertenpolitik zuständigen europäischen Minister 1992 angesehen werden, die zu der Empfehlung über eine kohärente Politik für behinderte Menschen führte (Committee of Ministers of the Council of Europe, 1992, Empfehlung R (92) 6).

Angeregt durch die Standardregeln der Vereinten Nationen läutete die Europäische Kommission 1996 eine neue Ära der Behindertenpolitik durch eine »Mitteilung der Kommission zur Chancengleichheit für behinderte Menschen« ein (Europäische Kommission, 1996). Damit wurde der auf ökonomischer Kompensation beruhende Ansatz zurückgedrängt und stattdessen der Aspekt der Rechtsgleichheit behinderter Menschen in den Mittelpunkt der Politik gerückt. Zentrale Begriffe dieses neuen Politikverständnisses waren Chancengleichheit, Antidiskriminierung, mainstreaming (bei der politischen Gestaltung aller Lebensbereiche soll grundsätzlich Behinderung berücksichtigt werden), volle Partizipation in allen Lebensbereichen sowie der Abbau von Barrieren. Die Verpflichtung aller EU-Staaten zur Beseitigung jeglicher Form von Diskriminierung und der Wahrung des Grundsatzes der Chancengleichheit für behinderte Menschen fand Aufnahme in Artikel 13 des EG-Vertrages vom Amsterdam aus dem Jahre 1997, wo es heißt: »Unbeschadet der sonstigen Bestimmungen dieses Vertrages kann der Rat im Rahmen der durch den Vertrag auf die Gemeinschaft übertragenen Zuständigkeiten auf Vorschlag der Kommission und nach Anhörung des Europäischen Parlaments einstimmig geeignete Vorkehrungen treffen, um Diskriminierungen aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, bei einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung zu bekämpfen«

Durch die Kompetenzerweiterung aus dem Bereich der sozialen Sicherung in den Bereich des zivilrechtlichen Schutzes gewann die Europäische Union eine rechtliche Basis für die Bekämpfung von Diskriminierung, die sich in den Folgejahren auf den beiden prioritären

Handlungsfeldern der Beschäftigungspolitik und der Gleichstellungs- und Antidiskriminierungspolitik manifestierte, repräsentiert durch das Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierungen (2001–2006). Höhepunkt des Aktionsprogramms war das mit enormem öffentlichen Aufwand veranstaltete »Europäische Jahr der Menschen mit Behinderung« 2003, in dem europaweit eine veränderte Einstellung und Politik gegenüber behinderten Menschen eingefordert wurde, die als Inhaber von Rechten, unabhängige Bürger, Verbraucher und eigenverantwortliche Entscheider zu betrachten seien. Die über das Jahr 2006 hinausgehenden Folgemaßnahmen beziehen sich aktuell auf die folgenden vier Handlungsfelder:

- Zugang zu Beschäftigung und Weiterbeschäftigung;
- lebenslanges Lernen;
- neue Technologien und
- die Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude (Europäische Kommission, 2003)

Bei der weiteren Gestaltung einer europäischen Behindertenpolitik sind schließlich die Herausforderungen mitzubedenken, die durch Übertragung der behindertenpolitischen Regelungen auf die neuen Beitritts- und Kandidatenstaaten entstehen (Europäische Kommission, 2004).

2.3.2 Wirksamkeit europäischer Behindertenpolitik

Die Tatsache, dass die Lebenssituation der Mehrheit der europäischen Bevölkerung mit einer Behinderung nach wie vor durch soziale Benachteiligung gekennzeichnet ist (Maschke, 2008), eingedenk der unterschiedlichen eingeschlagenen Wege zu ihrer Überwindung, führt folgerichtig zur Frage nach der »richtigen Politik« oder – angesichts der sich zum Teil widersprechenden Daten sowie der geringen politischen Erfolge – zur Frage, ob die europäische Behindertenpolitik überhaupt etwas bewirkt.

Die letztere der Fragen ist aufgrund vorliegender Analysen eindeutig zu beantworten. Die Antwort lautet: »Behindertenpolitik wirkt« (Maschke, 2008; 190). Allerdings sprechen alle Erkenntnisse dafür, dass es keine für alle europäischen Länder einheitliche Lösung gibt und dass die jeweiligen eingeschlagenen erfolgreichen politischen Strategien nicht nur auf einer angemessenen Berücksichtigung der historisch gewachsenen Kontextfaktoren der einzelnen Staaten beruhen, sondern zugleich aus einem Zusammenspiel unterschiedlicher politischer Ansätze resultieren. Da alle drei politischen Strategien, d.h. die kompensations-, die rehabilitations- und die partizipationsorientierte Strategie, ungewollte Folgeprobleme und Nebeneffekte bewirken, liegt die Kunst des politischen Augenmaßes in ihrer wirkungsvollen Verknüpfung. So kann eine Vernachlässigung des kompensatorischen Ansatzes dazu führen, dass schwerst- und mehrfachbehinderte Personen, ungeachtet des Gleichstellungsgrundsatzes und der Gewährung von Behindertenhilfen, weder die Möglichkeit zu einer Erwerbsarbeit erhalten noch ihr Auskommensausfall kompensiert wird, so dass sie dem Risiko der Einkommensarmut unterliegen. Die Vernachlässigung des rehabilitationsorientierten Ansatzes hingegen, also der Verzicht auf spezielle Programme zur Förderung der Beschäftigung und besonderer Arbeitsschutzrechte für behinderte Personen, erhöht das Risiko der Exklusion vom Arbeitsmarkt. Die zu geringe Berücksichtigung des vor allem von der EU und den Behindertenverbänden in den letzten Jahren propagierte partizipationsorientierten Ansatzes birgt das Risiko einer steigenden Diskriminierung aller behinderten Personen. Die mit be-

schäftigungs- und kompensatorischer Politik verbundene Kategorisierung behinderter Menschen führt zu dem bekannten Ressourcen-Etikettierungs-Dilemma, wodurch vorhandene Stigmatisierungen noch verstärkt werden. Außerdem ist zugleich eine Vernachlässigung eines institutionellen Umbaus sowie des Abbaus von Barrieren zu erwarten. Das Resümee von Maschke lautet: »Unabhängig von Dysfunktionen der Ansätze in ihrem Zusammenspiel wird deutlich, dass sich die Ansätze gleichzeitig für ihr Funktionieren gegenseitig erfordern und zumindest zum Teil ergänzen, auch wenn für die Lösung spezifischer und historischer Problemlagen in den Ländern die Betonung von einzelnen Ansätzen geeigneter sein mag ... Es ist die Schwierigkeit von Behindertenpolitik, diese Dysfunktionen und Komplementaritäten im Gleichgewicht zu halten« (Maschke, 2008: 67). Und an anderer Stelle heißt es im Hinblick auf die Zusammenhänge zwischen Behindertenpolitik und der Lebenssituation behinderter Menschen: »Gleichzeitig macht die nicht einzelnen Typen zuordenbare Wirkung noch einmal deutlich, dass Behindertenpolitik in diesem sozialpolitischen Bereich mit so komplexen und unterschiedlichen Problemlagen um so effektiver ist, je differenzierungsfähiger ihr Instrumentarium ausfällt« (Maschke, 2008: 191).

Abschließend ist daran zu erinnern, dass Behindertenpolitik in der europäischen Gemeinschaft als Teil der Sozialpolitik entscheidend von der politischen und vor allem wirtschaftlichen Entwicklung des Kontinents abhängt und dass neue Verteilungskämpfe in besonderer Weise die soziale Lage behinderter Menschen tangieren und die Gefahr zunehmender sozialer Exklusion mit sich bringen. In dieser Konstellation könnte ein Ausspielen von Bürgerrechten gegenüber sozialen Rechten genau den Effekt haben, dass sich die tatsächliche Lebenslage behinderter Menschen verschlechtert. Unter Bezug auf die 2000 von der EU erlassene »Employment Equality Direction« und eine Analyse der unterschiedlichen sozialstaatlichen Strategien in der EU formulieren Waldschmidt und Lingnau mit skeptischem Unterton die folgenden offenen Fragen:

Will this directive be used by the member states as a means to implement innovative employment policies or as a legitimation to cut social benefits down? Will the underlying concept of equal chances be reduced to purely formal equalization? First findings indicate that the establishment of civil rights in European member states has actually been accompanied with a dismantling of social security and social Services. For this reason this question remains on the agenda: To what extent do civil rights contribute to securing social security benefits and improving the quality of life for people with disabilities? Are nowadays civil rights and social rights two sides of the same coin or are they still competing against one another?(Waldschmidt/Lingnau, 2008: 12).

Eine Untersuchung über die Auswirkungen der Einführung des Persönlichen Budgets in Schweden, Großbritannien, den Niederlanden und Belgien belegt, wie es angesichts begrenzter finanzieller Mittel und unerwarteter Nebeneffekte in der Tat zu einem Konflikt zwischen sozialer Sicherheit und Teilhabe auf der einen und dem zivilrechtlichen fundierten Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen auf der anderen Seite kommen kann (Waterplas/Samoy, 2005). Somit verwundert es nicht, dass angesichts der Vielfalt ungelöster Probleme, widerstreitender Zielvorstellungen, dem Fortbestehen starker nationaler Interessen und der neuen Unübersichtlichkeit durch die EU-Osterweiterung Skepsis herrscht, ob es auf kurze oder lange Sicht so etwas wie eine »Paneuropäische Solidarität« geben kann. Überforderungs- und Akzeptanzprobleme »zwingen dazu, Solidaritätshorizonte nur mit Augenmaß zu erweitern, im Korridor zwischen den Erfordernissen der vertieften Integration und den vorhandenen Solidaritätsbereitschaften der Europäer« (Mau, 2008: 14).

2.4 Bildungspolitische Aspekte

2.4.1 Einfluss internationaler Organisationen auf nationale bildungspolitische Entwicklungen

Charakteristisch für das Bildungswesen der Bundesrepublik Deutschland ist seine föderale Struktur, die durch die Föderalismusreform sogar noch gestärkt wurde. Geht man von diesem grundgesetzlich verankerten Prinzip des Bildungsföderalismus aus, dann verbietet es sich für Deutschland, von einer »nationalen Bildungspolitik« zu sprechen – und dennoch mehren sich die Anzeichen dafür, dass die bundesrepublikanische Bildungspolitik zunehmend zentralistische Züge annimmt, hervorgerufen durch die immer stärker werdende Verflechtung in internationale Bezüge und ablesbar etwa an der Vereinbarung der Kultusministerkonferenz (2005) über nationale Bildungsstandards sowie den nationalen Bildungsbericht von 2008. Die Entwicklung zu einer »Weltkultur« mit der Verbindlichkeit gemeinsamer Wertvorstellungen und den Angleichungstendenzen in Bildungspolitik, -organisation und -inhalten, so lauten die Prognosen, läuft auf eine globale Bildungsprogrammatik hinaus, bei deren Formulierung internationale Organisationen eine herausragende Rolle spielen, indem sie sowohl Vermittler zwischen globaler Programmatik und nationalen Reformmaßnahmen sind als auch die jeweiligen nationalen Debatten in den internationalen Diskurs einbringen.

Die für den Bildungsbereich bedeutsamen internationalen Regierungsorganisationen sind die Vereinten Nationen mit der UNESCO und UNICEF; die Weltbank und die OECD, wobei die letztere vor allem durch die internationalen Schulleistungsuntersuchungen PISA (Programme for International Student Assessment) in Deutschland hohe Aufmerksamkeit erregte. Neben den jeweiligen Nationalstaaten und den internationalen Regierungsorganisationen spielen zivilgesellschaftliche Akteure, repräsentiert durch soziale Bewegungen, soziale Netzwerke und Nicht-Regierungsorganisationen, eine bedeutende Rolle im Bildungssektor. Sie sind Repräsentanten einer transnationalen, sich selbst organisierenden Zivilgesellschaft, die sich durch Politikberatung, Interessenvertretung und als »Schöpfer einer alternativen politischen Semantik« (Fuchs/Schriewer, 2007: 146) Gehör verschaffen.

Bildung als Menschenrecht ist bereits in § 26 der Universalen Menschenrechtserklärung von 1948 verankert und wurde 1990 in Jomtien in der »World Declaration on Education for All« erneut verabschiedet. Zwei der Hauptpunkte bei »Bildung für alle« im Weltmaßstab sind die Reduzierung der Analphabetenrate bei Erwachsenen um die Hälfte bis zum Jahre 2015 und die Sicherung eines angemessenen Grundbildungsniveaus für Erwachsene sowie ein Ausgleich der Geschlechterdisparitäten im Bildungswesen insgesamt bis 2015 (Deutsche UNESCO-Kommission 2005, zit. n. (Lenhart, 2007: 813f).

2.4.2 Ergebnisse des Berichtes »Bildung in Deutschland 2008«

Der jüngst im Auftrag der Kultusministerkonferenz veröffentlichte Bericht »Bildung in Deutschland 2008« repräsentiert eine empirisch gestützte und international orientierte Bestandsaufnahme des deutschen Bildungswesens, seiner Leistungen, aber auch seiner Problemlagen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf einer Analyse der Übergänge im Anschluss an den Sekundarbereich I liegt. Bezogen auf das gesamte Bildungssystem konstatieren die Autoren positive Entwicklungen etwa in der zunehmenden Nutzung frühkindlicher Bildung, einer Verbesserung der Schulleistungen, einer Steigerung der Übergänge in höher qualifizierte Schularten des Sekundarbereichs sowie einer Steigerung des Angebots an Ausbildungsplätzen. Deutlich überwiegen allerdings die negativen Ergebnisse. Zu ihnen zählen

die starke Vernachlässigung von allgemeiner und beruflicher Weiterbildung in Staat und Wirtschaft, die im internationalen Maßstab zu geringe Quote von Abschlüssen im beruflichen Bildungssystem, die unverändert hohe Zahl von Schulabgängern ohne Hauptschulabschluss (8 % im Jahr 2006), der zu geringe Bundeshaushaltsanteil für Bildungsausgaben (2006 lag dieser bei 6,2 % des Bruttoinlandsproduktes und damit unterhalb des OECD-Durchschnittes), die im internationalen Vergleich hohe Koppelung zwischen sozialem Status der Herkunftsfamilie und erworbenen Bildungsabschlüssen sowie die Benachteiligung von Schülern mit Migrationshintergrund in allen Stufen des Bildungssystems (ausländische Jugendliche verlassen doppelt so häufig wie deutsche eine allgemeinbildende Schule ohne Hauptschulabschluss, und 60 % von ihnen befinden sich anschließend im sogenannten Übergangssystem).

Unter der Zielprämisse, dass der Umfang der Bildungsangebote in verschiedenen Bereichen des Bildungswesens erhöht werden muss, wenn der absehbare Bedarf und der gesellschaftliche Fortschritt gesichert werden sollen, identifizieren die Autoren als zentrale Herausforderungen der nächsten Jahre vier große Handlungsfelder:

- die Versorgung mit frühkindlichen Angeboten für unter Dreijährige,
- eine Verstärkung der vollqualifizierenden Berufsausbildung und der Abbau von Umwegen beim Übergang aus der Schule,
- die Steigerung der Studierendenzahlen und Studienabschlüsse sowie
- die Verstärkung von Angebot und Nutzen bei der Weiterbildung im Erwachsenenalter.

Auffallend und damit zu betonen ist, dass vor allem das letzte Handlungsfeld unmittelbar den Bereich der beruflichen Rehabilitation im Bereich der Wiedereingliederung tangiert.

Der nationale Bildungsbericht bestätigt und untermauert, was in der Erziehungswissenschaft seit vielen Jahren beklagt wird, nämlich die hohe soziale Selektivität unseres Bildungswesens und damit eine massive Bildungsbenachteiligung: »Das Bildungssystem insgesamt trägt zu einer Vererbung der Chancengleichheit von Generation zu Generation bei« (Block/Klemm, 1997: 178); vgl. ebenso (Wenning, 1999); (Frommelt/Rolff/Klemm, 2000); (Baumert, 2001); (Lumer/Nyssen, 2002).

2.4.3 Bildungspolitisch relevante Themen für die berufliche Rehabilitation

Die bildungspolitischen Kontroversen entzünden sich zwar vorwiegend um die Reform des allgemeinbildenden Schulsystems und des dualen Ausbildungssystems, dennoch sind Rückschlüsse möglich, welche Themen in Zukunft auch für die Profilierung der beruflichen Rehabilitation als Bildungsintervention von besonderer Bedeutung sein werden. Fünf Themenfelder sind hervorzuheben:

1. Nationale Politikentwürfe werden zunehmend von internationalen Entwicklungen überlagert. Insbesondere bei dem Vergleich der Leistungsfähigkeit nationaler Bildungssysteme spielt der länderübergreifende Leistungsvergleich eine zunehmende Rolle.

2. Die Definition von Bildungsstandards, Kompetenzstufen sowie von ergebnisorientierten Leistungsindikatoren zur Qualitätssicherung und Evaluation werden in Zukunft ebenfalls von erheblicher Bedeutung sein. In diesem Zusammenhang spielt die Entwicklung von Assess-

mentsystemen zur ökonomischen und validen Erfassung der Standards, Kompetenzstufen und Indikatoren eine große Rolle.

3. Die soziale Selektivität von Bildungssystemen ist ein weiteres Thema von grundlegender Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund einer demokratisch verfassten Gesellschaft, mit dem Anspruch auf Chancengerechtigkeit aller Bürgerinnen und Bürger. Jedes Subsystem innerhalb des Bildungssystems muss deshalb den Nachweis erbringen können, dass alle relevanten Bevölkerungsgruppen daran partizipieren. Für die berufliche Rehabilitation heißt dies beispielsweise, dass auch gering qualifizierte Menschen mit einem Gesundheitsproblem bzw. mit einer Behinderung Zugang zu entsprechenden Bildungsangeboten erhalten.

4. Der Umgang mit heterogenen Zielgruppen im Rahmen inklusiver Bildungsinstitutionen ist ebenfalls für die berufliche Rehabilitation von Bedeutung. Inklusive Bildungseinrichtungen müssen die Heterogenität der Bildungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über unterschiedliche Formen der inneren Differenzierung kompensieren. Hierbei spielt auch die Individualisierung der Lerninhalte und Lernwege eine große Rolle. Diese didaktische Herausforderung stellt u.a. auch neue Anforderungen an das pädagogische Personal der jeweiligen Institution.

5. Ein weiterer Aspekt ist die Organisation von Übergängen zwischen Bildungseinrichtung und Arbeitswelt. Bildungsinstitutionen der beruflichen Weiterbildung haben in Zukunft nicht nur Lernprozesse zu managen; auch die »Übergangsproblematik« ihrer jeweiligen Zielgruppen gilt es gezielt und systematisch zu bearbeiten.

2.4.4 Einordnung der beruflichen Rehabilitation in das Berufsbildungssystem

In Anlehnung an den Bildungsbericht 2008 (Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2008: 95) bezieht sich das Berufsbildungssystem auf die Gesamtheit der schulischen und außerschulischen institutionalisierten Formen der Qualifizierung und Kompetenzentwicklung für das Beschäftigungssystem unterhalb der Hochschulebene. In diesem Sinne setzt sich die berufliche Bildung aus den Teilsystemen duale Ausbildung, Berufsausbildung an Fachschulen und dem beruflichen Übergangssystem zusammen. Primärer Fokus dieser Teilsysteme ist die berufliche Erstausbildung. Ein weiteres Teilsystem der beruflichen Bildung ist die berufliche Weiterbildung nach Abschluss einer Erstausbildung. Im Rahmen der Konzeptentwicklung für den Nationalen Bildungsbericht ist die berufliche Weiterbildung differenziert worden in die Teilbereiche Fortbildung (Anpassungs- und Aufstiegsfortbildung), Umschulung (in anerkannte Ausbildungsberufe sowie in Erwerbsberufe bzw. berufliche Tätigkeiten) und Lernen am Arbeitsplatz bzw. Einarbeitung. Folgt man diesen begrifflichen Festlegungen, ist die berufliche Rehabilitation Erwachsener der beruflichen Weiterbildung zuzuordnen.

Da in der beruflichen Rehabilitation Erwachsener die Umschulung in anerkannte Ausbildungsberufe eine große Rolle spielt, ist das duale Ausbildungssystem, was die Konzeptbildung und die technologische Ausstattung der Rehabilitationseinrichtungen angeht, prägend für die berufliche Rehabilitation. Das Thema Berufsausbildung ist der identitätsstiftende Kern sowohl aufseiten des pädagogischen Personals als auch aufseiten der Leistungsberechtigten. Die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in den 1990er Jahren, im Sinne von Handlungsorientierung und Ganzheitlichkeit (siehe Seyd et al., 2000), ist ohne die Reformansätze innerhalb der beruflichen Erstausbildung nicht denkbar.

Konzeptionell lassen sich auch zwischen den Ansätzen im beruflichen Übergangssystem und der beruflichen Rehabilitation viele Parallelen feststellen (siehe hierzu die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), 2005 herausgegebene Überblicksdarstellung zur beruflichen Qualifizierung Jugendlicher mit besonderem Förderbedarf. Insbesondere die Kapitel 3 bis 5 verdeutlichen die konzeptionelle Nähe zur beruflichen Rehabilitation Erwachsener).

Neben den bereits dargestellten Teilsystemen der beruflichen Bildung muss noch auf einen weiteren Diskussionszusammenhang hingewiesen werden, der für die berufliche Rehabilitation der Zukunft von erheblicher Bedeutung sein wird. Hiermit ist das Thema lebensbegleitendes bzw. lebenslanges Lernen angesprochen.

Bereits im Jahr 2000 ist das Thema lebenslanges Lernen im Rahmen der sogenannten Lissabon-Strategie des Europäischen Rates als Eckpfeiler auf dem Weg in die Wissensgesellschaft aufgenommen worden. Vor diesem Hintergrund hat die Europäische Kommission im Oktober 2000 ein Memorandum (Kommission der Europäischen Gemeinschaften SEK (2000) 1832) zum lebenslangen Lernen veröffentlicht, das als Grundlage für die Entwicklung von kohärenten Strategien zur Förderung des lebenslangen Lernens in den verschiedenen Ländern der EU dient. Dies alles folgte dem formulierten Ziel der EU-Bildungspolitik: »Entwicklung zum wettbewerbsfähigsten und wissensbasierten Wirtschaftsraum durch gemeinsame Bildungspolitik entsprechend den Anforderungen der Wissensgesellschaft.« Die Kernaussagen des Memorandums (Fahle, 2001) folgen der Erkenntnis der aktuellen Bildungsforschung und Entwicklung und bringen eine Systematisierung der Bildungspolitik auch als Grundlage für nationale Strategien.

Auf dieser Grundlage bauen inzwischen viele Entwicklungen in der deutschen Bildungspolitik auf, von Bund und Ländern koordiniert betrieben (siehe z.B. BMBF, 2008a). Aktivitäten zur systematischen Unterstützung des lebenslangen Lernens umfassen »Themennetze« wie z.B. Bildungsberatung, neue Lernwelten und Lernorte, neue Übergänge, Aus- und Weiterbildung in und mit KMU, alles mit dem Ziel der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und Verwirklichung der Chancengerechtigkeit im Bildungs- und Beschäftigungssystem (BMBF, 2007d). Bereits 2004 hat die Bund-Länder-Kommission folgende Entwicklungsthemen zum lebenslangen Lernen formuliert: Einbeziehung informellen Lernens, Selbststeuerung, Kompetenzentwicklung, Vernetzung, Modularisierung, Lernberatung, neue Lernkulturen/Popularisierung des Lernens und chancengerechter Zugang (Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, 2004).

Dies wird in den 10 Leitthemen zur Modernisierung der beruflichen Bildung des Innovationskreises Weiterbildung (BMBF 2007) nachdrücklich herausgearbeitet.

Die Expertenkommission Finanzierung Lebenslanges Lernen (Expertenkommission, 2002) hat sich intensiv mit der Thematik beschäftigt. Nach Auffassung der Kommission umfasst lebenslanges Lernen „die Gesamtheit allen formalen, nicht-formalen und informellen Lernens über dem gesamten Lebenszyklus eines Menschen hinweg“. Folglende wesentliche Aussagen hierzu sollen zitiert werden:

- Lebenslanges Lernen ist ein Lernen in Eigenverantwortung. Dieses Prinzip verlangt, dass die Lernenden befähigt werden müssen, ihren Lernbedarf zu identifizieren, ihre Lernbedürfnisse und –interessen eigenverantwortlich zu verfolgen und ihr Lernen zu finanzieren.

- Eine Landschaft des lebenslangen Lernens benötigt eine nachfragefreundliche Informations- und Beratungsinfrastruktur wie auch Institutionen der Qualitätssicherung und Akkreditierung.
- Die Individuen sollen lernen, im starken Maße die Verantwortung für die Gestaltung und Organisation ihres kontinuierlich zu gestaltenden Lernens selbst zu übernehmen.
- Ein Finanzierungskonzept lebenslangen Lernens muss die Bildungsnachfrager stärken.

Die Expertenkommission hat auch sehr unfassend die Notwendigkeit des lebenslangen Lernens untersucht. Sie kommt zusammenfassend zu folgenden Schlüssen:

- Der Weg Deutschlands in eine wissensbasierte Gesellschaft führt dazu, dass lebenslanges Lernen für die (individuelle) gesellschaftliche Teilhabe überlebensnotwendig wird.
- Lebenslanges lernen fördert über komplexe Wirkungsketten das Wirtschaftswachstum.
- Die Veränderungen in der Arbeitswelt, z.B. neue Produktionsverfahren und Arbeitsformen, können nicht mehr abgedeckt werden über Absolventen aus dem Erstausbildungssystem. Dieser Trend wird noch verstärkt durch den demografischen Wandel.
- Der internationale Wettbewerbsdruck erzeugt ebenfalls einen wachsenden Bedarf an anspruchsvollen Qualifikationen.
- Die Verschiebung der Wertschöpfungs- und Beschäftigungsanteile vom industriellen Sektor zum Dienstleistungsbereich und der wachsende Anteil an Dienstleistungen im industriellen Produktionsbereich erfordern ebenfalls einen stetigen Wandel bei den Qualifikationen.
- Seit langem wird die Arbeitsorganisation im Betrieb weg von tayloristischen Formen hin zu ganzheitlich orientierten Arbeitsformen im Team oder in Gruppen verändert, die entsprechend umfassendere Qualifikationen und höhere Verantwortung verlangen.
- Der Arbeitsmarkt selbst wird beeinflusst durch die demografische Entwicklung, die Zuwanderung sowie die Veränderung bei Normalarbeitsverhältnissen und Erwerbsbiografien. Das stellt sekundär höhere Anforderungen an die Flexibilität von Qualifikationsbeschaffung.
- Auch die Veränderung in den privaten Lebenswelten stellt zunehmende Anforderungen an die Gesellschaftsmitglieder, durch ständiges Lernen die gesellschaftliche Teilhabe sicher zu stellen.

Dies sind einige wesentliche Erklärungen dafür, dass die Halbwertzeit der Aktualität von Wissen zunehmend verringert wird.Die Zusammenfassung zeigt, dass lebenslanges Lernen heute und in Zukunft aus vielfältigen Gründen zur conditio sine qua non geworden ist. Die Bund-Länder-Kommission (BLK, 2004) hat aber auch auf die wesentlichen Voraussetzungen für lebenslanges Lernen hingewiesen. Zwei davon, selbstgesteuertes Lernen und Informati-

on und Beratung, sollen hier noch einmal besonders betont werden. Selbstgesteuertes Lernen basiert auf Lernzielen, Selbstvertrauen, Feedback bezüglich des Lernerfolges und auf entsprechenden Freiheitsgraden während des Lernens. Voraussetzungen sind Sachkompetenz, Sozial-, Kooperations-, Kommunikationskompetenz sowie Lern- und Organisationsstrategien, um nur wesentliche zu nennen. Dazu kommen muss das nötige Empowerment (Selbstverantwortung, Selbstbestimmung, Engagement, etc.). Viele Grundlagen und Überlegungen gibt es hierzu z. B. bei Dybowski (2001), Hörwick/Bender (2006) und Faulstich (2002a, 2002b).

Ohne eine umfassende Beratungslandschaft, möglichst unabhängig und mit niederschwelligem Zugang, ist lebenslanges Lernen in Eigeninitiative nicht denkbar. Das nationale Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung hat dazu Eckpunkte für ein zeitgemäßes und zukunftsfähiges Beratungsangebot in Deutschland veröffentlicht (nfb, 2009). Hier wird die Problemlage umfassend beschrieben und es werden entsprechende Schlussfolgerungen daraus gezogen. Zwei Aussagen sollen besonders hervorgehoben werden:

- Der Zugang zu kompetenter Beratung für alle Bürgerinnen und Bürger muss durch Transparenz, Vernetzung und Weiterentwicklung der Beratungsangebote erleichtert werden. Der Ausbau von Infrastruktur hat angesichts der Bedeutung von lebenslangem Lernen besondere Prioritäten.
- Für die Beratungsbelange besonderer Zielgruppen (Personen mit Migrationshintergrund, Menschen mit Behinderungen, BerufsrückkehrerInnen, ältere ArbeitnehmerInnen, Jugendliche mit schlechten Startchancen) muss man sich besonders einsetzen.

Die Weiterbildungsbereitschaft ist, wie gezeigt, eine wesentliche Bedingung für die ökonomische Entwicklung und Wettbewerbsfähigkeit von Volkswirtschaften und für die soziale Partizipation und Integration in einer alternden Gesellschaft (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung, 2008: 137). Wie im Bildungsbericht 2006 (siehe S.128) offengelegt, besteht jedoch ein eklatanter Widerspruch zwischen der politischen Programmatik und dem tatsächlichen Abbau von Weiterbildungsangeboten während der letzten Jahre. Dies wird auch im Handbuch Bildungsforschung (Tippelt/Schmidt, 2009) dargestellt. In einem Kapitel zur Bildungsökonomie (Hummelsheim/Timmermann, 2009) wird angemerkt, dass ein integratives Konzept der präventiven Weiterbildung Erwachsener völlig fehlt und weite Teile der Bevölkerung an Weiterbildung nicht teilnehmen können bzw. von dieser ausgeschlossen sind (siehe auch Expertenkommission Finanzierung Lebenslanges Lernen 2002 und 2004). Durch die Vermittlung einer neuen Lernkultur und die Verbesserung eines chancengerechten Zuganges sollten alle Bevölkerungsgruppen unabhängig von ihrem Lebensalter oder ihrer gesundheitlichen Situation erreicht werden.

Die verschiedenen Themen im Kontext des lebenslangen Lernens haben eine hohe Relevanz für die berufliche Rehabilitation und sollten von den Akteuren auf ihre Transferfähigkeit hin systematisch überprüft werden. Die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation muss in Zukunft damit stärker in diesen Kontext eingeordnet werden, selbstverständlich mit ihren Besonderheiten als ein Leistungsbereich zum Ausgleich von Benachteiligung durch Behinderung.

2.5 Arbeitsmarktentwicklungen und Herausforderung Demografie

Das Leitbild für berufliche Rehabilitation der Zukunft ist wesentlich durch die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung der nächsten Dekaden geprägt. Im Wesentlichen sind es zwei prägnante Entwicklungslinien, die für die Gestaltung des beruflichen Rehabilitationssystems zentral sind: Unter dem Stichwort »demografischer Wandel« ist die erste Entwicklungslinie subsumiert. Der mit diesem demografischen Wandel verbundene drastische Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials, die »Alterung« der Belegschaften, die zur Finanzierung der Sozialsysteme und speziell der Rente erforderliche Verlängerung der Lebensarbeitszeit sowie der daraus folgende Erhalt der Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer haben auch unmittelbare Konsequenzen für das berufliche Rehabilitationssystem. Berufliche Rehabilitation ist nicht zuletzt ein dringend erforderliches Instrument der Sicherung von Arbeitsplätzen und auch der Rückführung von Erwerbspersonen in das Beschäftigungssystem.

Unabhängig von der rein quantitativen Entwicklung des Arbeitskraftpotenzials ist der Wandel der Arbeitswelt und die damit verbundene Wirkung auf die beruflichen Qualifikationsanforderungen die zweite Entwicklungslinie, die das Bild der beruflichen Rehabilitation zukünftig mehr noch als heute prägen wird. Zunehmend höhere Anforderungen an Wissen, Handlungskompetenzen und Schlüsselqualifikationen haben Einfluss auf die Qualifizierungsprozesse während der beruflichen Rehabilitation. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen vor dem Verlust von Qualifikationen bewahren. Die Weiterführung der Erwerbstätigkeit an Stelle von Rente auch jenseits der 50 ist ein wesentlicher Beitrag zur Ausschöpfung der Lebensarbeitszeit.

Das Reha-System der Zukunft muss sich diesen beiden Entwicklungen stellen und zeitgemäße Antworten finden, wenn es in diesem veränderten gesellschaftlichen Umfeld und einer sich wandelnden Arbeitswelt seine Funktion optimal erfüllen will. Die Möglichkeiten oder Chancen einer Erwerbsintegration – im Übrigen nicht nur von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen – stehen und fallen mit der globalen Angebot-Nachfrage-Relation am Arbeitsmarkt und den Passgenauigkeiten von angebotenen und nachgefragten Qualifikationen. Für die Erwerbsbeteiligung behinderter Menschen stellen sich diese beiden Entwicklungen noch eindringlicher dar, weil deren Erwerbsfähigkeit durch chronische Erkrankungen, Unfälle oder Behinderungen eingeschränkt ist. Berufliche Rehabilitation hat das Ziel, die Beeinträchtigungen zumindest so weit zu kompensieren, dass eine normale Teilhabe am Arbeitsleben möglich ist. Das System der beruflichen Rehabilitation muss deshalb zwangsläufig den Entwicklungen der Tätigkeitsstrukturen und des Arbeitskräftebedarfs Rechnung tragen, wenn es erfolgreich sein will.

2.5.1 Demografische Entwicklung

Die sich augenblicklich abzeichnende demografische Entwicklung wird die Arbeitslandschaft in Deutschland auf lange Sicht deutlich verändern, denn die Bevölkerung schrumpft und altert (Übersicht 1). Zum einen werden im Jahr 2050 deutlich weniger Menschen in Deutschland leben – Prognosen gehen von 68 bis 74 Millionen Einwohnern aus (Statistisches Bundesamt, 2006), im Vergleich zu 82 Millionen im Jahr 2007. Denn seit über 30 Jahren werden in Deutschland weniger Menschen geboren als versterben (Dorbritz et al., 2008). Durch Zuwanderungen wird diese Entwicklung, die sich in den nächsten Jahren noch verstärken wird,

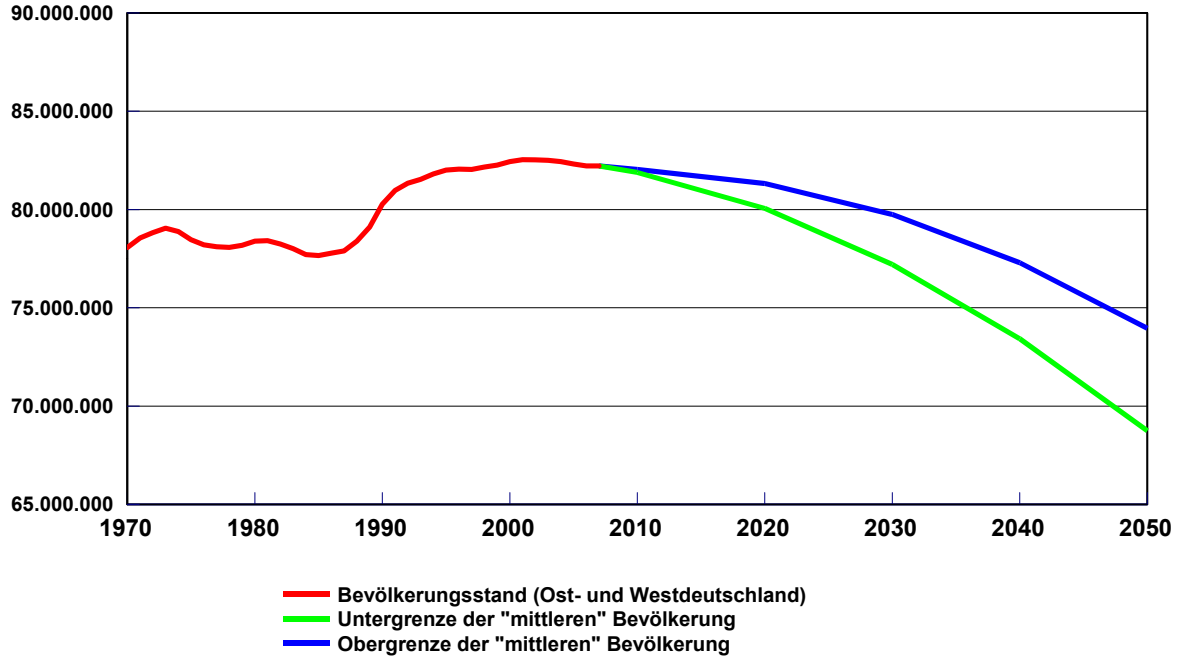
nicht mehr ausgeglichen (Dorbritz et al., 2008). Allein dies wird die Zahl der Personen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, reduzieren.

Zudem wird für das Jahr 2050 ein deutlich anderer Altersaufbau vorhergesagt, als er sich noch gegen Ende des letzten Jahrhunderts zeigte: Waren im Jahr 1980 noch 27 % der Bevölkerung jünger als 20 Jahre, wird mit dem Geburtenmangel ihre Zahl bis zum Jahr 2050 deutlich sinken. Der prognostizierte Anteil liegt dann nur noch bei 15 % (Statistisches Bundesamt, 2006). Umgekehrt waren 1980 nur 16 % der Bevölkerung über 65 Jahre alt, für das Jahr 2050 wird ein Anteil von 33 % vorausgesagt (Statistisches Bundesamt, 2006). Gleichzeitig steigt bis 2020 auch die absolute Zahl der 55- bis 64-Jährigen an. Ab 2020 wird sie wieder fallen, liegt allerdings im Durchschnitt immer noch auf einem höheren Niveau als heute (Bach et al. 2009).

Übersicht 1

Entwicklung der Bevölkerungszahl in Deutschland

Ab 2006 Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Quelle: Statistisches Bundesamt: Bevölkerung; 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung;

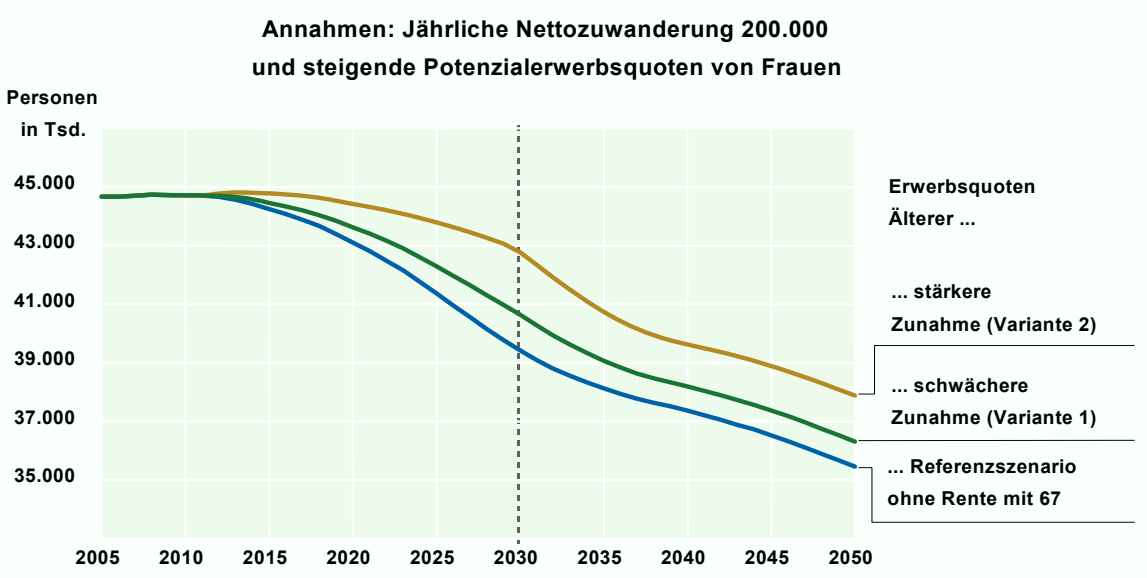
Damit ändert sich aber auch das Verhältnis zwischen den Personen im erwerbsfähigen Alter (15–67 Jahre) und den Jüngeren bzw. Älteren. So war beispielsweise im Jahr 2005 die Relation von Kindern unter einem Jahr (685.987) und Personen im Alter von 43 Jahren (1.397.128) etwa 1:2 (Bach et al., 2009), 2050 wird sie noch etwa 1:1,6 betragen (Statistisches Bundesamt, 2006). Auch die Zahl der dann 43-Jährigen wird sich (abgesehen von Zuwanderung und Sterbefällen) halbiert haben. Damit werden sich insgesamt im Vergleich zu heute immer weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter befinden. Dem Arbeitsmarkt von morgen stehen damit erheblich weniger Arbeitskräfte zur Verfügung.

Einige Faktoren dämpfen die demografische Entwicklung ein wenig ab. Durch die Änderung im Rentenrecht (»Rente mit 67«) wird mit einer höheren Erwerbsbeteiligung Älterer zu rechnen sein (Übersicht 2), und auch die Erwerbsbeteiligung von Frauen dürfte noch anwachsen (Bach et al. 2009). Vor allem die Anhebung des faktischen Renteneintrittsalters wird zu ei-

nem deutlichen Anstieg des Erwerbspersonenpotenzials führen. Schätzungen gehen bis zum Jahr 2030 von zwischen 1,2 und 3 Millionen zusätzlichen Erwerbspersonen aus (Fuchs, 2006, siehe auch Bach et al., 2009). Da aber ab 2020 die sogenannten Baby-Boomer-Generationen (die geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er und 1960er Jahren) langsam aus dem Erwerbsleben ausscheiden, »schwindet dieser Berg zusätzlicher Arbeitskräfte wieder. … Im Zeitraum 2040–2050 steigert deshalb die Rente mit 67 das Arbeitskräftepotenzial nur noch um 1 bis 2 Millionen« (Bach et al., 2009: 43).

Übersicht 2

Erwerbspersonenpotenzial bei Einführung einer Rente mit 67



Quelle: Eigene Berechnungen
Aus: Fuchs, Johann (2006): Rente mit 67. IAB Kurzbericht 16/2006

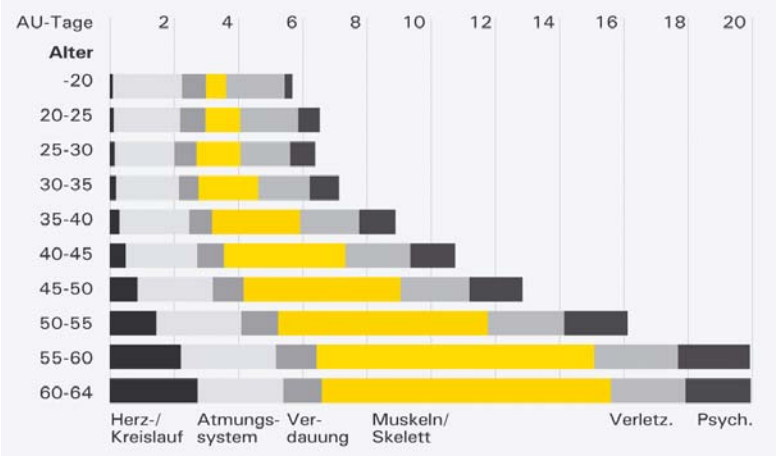
© IAB

Ausgleichen kann dies den demografisch bedingten Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials nicht, nur abbremsen (Bach et al. 2009). Auch immens hohe Zuwanderungsraten und eine deutliche Erhöhung der Erwerbsbeteiligung von Frauen dürften diese Entwicklung nicht völlig auffangen können. Unter den gegebenen Umständen werden bis 2050 rund sieben Millionen Arbeitnehmer weniger zur Verfügung stehen als heute. Dies ist fast ein Sechstel der heute Erwerbstätigen.

Konsequenz dieser Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt ist, dass mehr Ältere dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden und es in den Betrieben mehr Personen jenseits der 50 als Jüngere unter 30 Jahren geben wird. Mit steigendem Durchschnittsalter der Belegschaften wird unter den gegebenen Bedingungen auch der Anteil der gesundheitlich eingeschränkten Mitarbeiter in den Unternehmen ansteigen. Diese werden häufiger, das zeigen Studien und auch die Statistiken der Krankenkassen, unter physischen und psychischen Arbeitsbelastungen leiden. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten steigen ab Mitte 40 exponentiell und dauern zumeist länger als bei jüngeren Altersgruppen (Übersicht 4).

Übersicht 3

Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Krankheitsarten



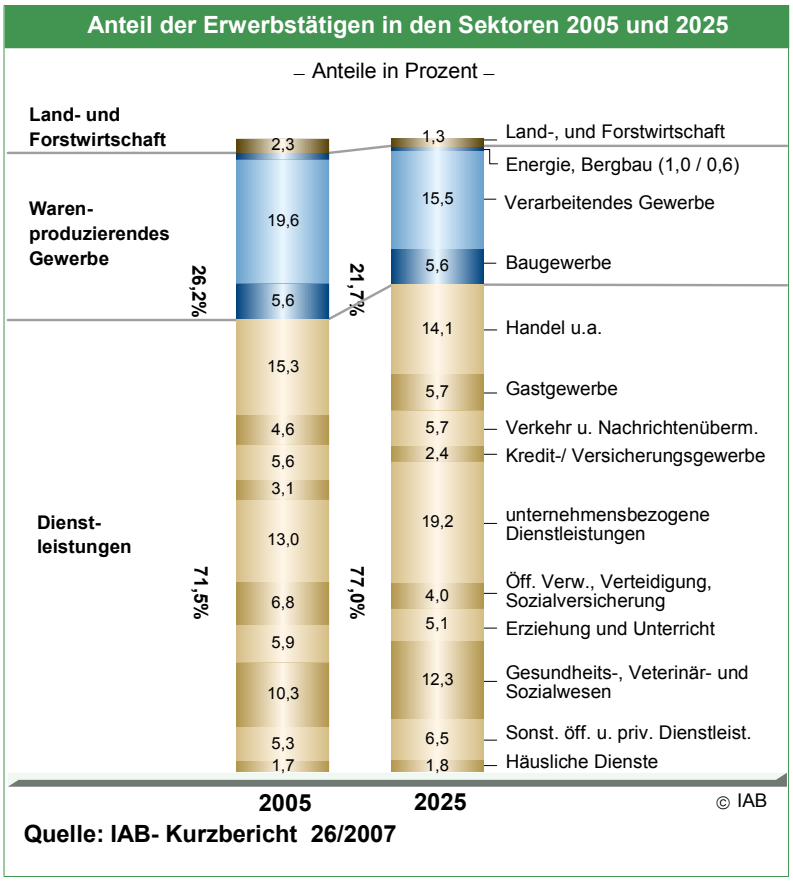
Angaben in Prozent; Quelle: BKK Bundesverband, Faktenspiegel 2006; Daten BKK AU-Daten

Das aufgezeigte Entwicklungsszenario wirft Fragen und Anforderungen an alle im politischen Feld aktiven Akteure auf, im Besonderen aber an die Praxis der betrieblichen Prävention, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) sowie die berufliche Rehabilitation. Die Arbeitskraft des Einzelnen zu erhalten bzw. diesen nach einer Erkrankung durch BEM und durch berufliche Rehabilitation wieder in das Erwerbspersonenpotenzial zurückzuführen, ist ein Gebot sowohl aus unternehmerischer als auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive. Dies gilt im gleichen Maß für Arbeitslose.

2.5.2 Veränderungen der Arbeitslandschaft

Welche Qualifikationen in Zukunft in der Bundesrepublik Deutschland nachgefragt werden, ist eine Frage, die Politik und Forschung seit Jahren beschäftigt. Die Prognosen und Projektionen über die Jahre hinweg kommen immer zur gleichen Aussage: Die Tätigkeitsstrukturen im rohstoffarmen Hochlohnland Deutschland haben sich in den letzten Jahren schon verändert und werden sich weiter verändern. Arbeitsplätze im Bereich der Hilfs- und der einfachen Fachtätigkeiten werden immer weniger, qualifizierte und hochqualifizierte (Fach-) Tätigkeiten hingegen werden immer mehr Raum einnehmen. Damit entsteht ein steigender Bedarf an Personen mit hoher Qualifikation, während die Nachfrage nach gering qualifizierten Arbeitskräften weiter sinkt.

Übersicht 4



Prognosen des IZA (Bonin et al., 2007) wie auch des IAB (Schnur/Zika, 2007) vermelden einen hohen Bedeutungsverlust für den primären Sektor der Beschäftigung (Landwirtschaft, Bergbau) sowie leichte Einbußen im sekundären Sektor (Waren produzierendes Gewerbe). Der tertiäre Sektor (Dienstleistungen) wird immer weiter an Bedeutung gewinnen (Übersicht 4). Im Bereich der Land- und Forstwirtschaft ist mit einem weiteren Beschäftigungsabbau zu rechnen (Schnur/Zika, 2007). Gleiches gilt für den Bergbau, vor allem aber für das verarbeitende Gewerbe. Zurückgehen wird auch der Anteil der Beschäftigten im Handel, in der öffentlichen Verwaltung sowie in Branchen, die innerhalb des Dienstleistungsgewerbes produktivitätsstark sind, wie das Kredit- und Versicherungsgewerbe. Beschäftigungsgewinne hingegen werden bei den unternehmensbezogenen Dienstleistungen (wie Softwarehäuser, Forschung und Entwicklung, Wirtschaftsprüfung oder Unternehmensberatung) erwartet (Schnur/Zika, 2007). Gleiches gilt für die Beschäftigung im Gesundheits- und Sozialwesen sowie für die sonstigen öffentlichen und privaten Dienstleister.

Die Folgen dieser Entwicklung liegen auf der Hand: Die Zahl von Einfacharbeitsplätzen wird weiter sinken, während der Bedarf an gut qualifizierten Arbeitskräften zunimmt. Die Anforderungen an den einzelnen Erwerbstätigen sind in den letzen Jahren gestiegen und steigen weiter. Wir leben in einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft, die gering Qualifizierten nur wenig Platz lässt (Allmendinger/Rauch, 2005). Der Zusammenhang von Bildungsniveau und Erwerbsbeteiligung ist offensichtlich: So lag im Jahr 2005 die Arbeitslosenquote von Menschen ohne Berufsabschluss bei 26 %, diejenige von Lehr- und Fachschulabsolventen bei 9,7 %, während sie bei Hoch- und Fachhochschulabsolventen nur 4,1 % betrug (Biersack

et al., 2008). Diese qualifikationsspezifischen Beschäftigungsrisiken werden in Zukunft noch weiter auseinander klaffen.

Will man den steigenden Qualifikationsanforderungen gerecht werden und die Beschäftigungsrisiken minimieren, ist die Entwicklung eines entsprechend qualifizierten Erwerbspersonenpotenzials eine kontinuierliche volkswirtschaftliche Zukunftsaufgabe. Ein rohstoffarmes Land wie Deutschland ist auf die hohe Qualifikation seiner Erwerbspersonen angewiesen, um marktfähig zu bleiben. Bildungspolitik zielt zwar auch auf Hochqualifizierte und die Förderung von Begabten ab, allein die immer weiter steigenden Anforderungen an die einzelnen Arbeitstätigkeiten zeigen dies. Aber sie darf hier nicht stehen bleiben. Sie muss sich auch die Vermeidung von Bildungsarmut als Ziel setzen, denn diese führt oft in finanzielle Armutslagen und soziale Ausgrenzung.

Um so mehr irritiert, dass die jahrzehntelange Bildungsexpansion in Deutschland mit Beginn der 1990er Jahre zu einer Bildungsstagnation geworden ist. Bis dahin hatte sich der Anteil der Ungelernten massiv reduziert, während im Gegenzug der Anteil der Qualifizierten stieg. Diese Entwicklung ist unterbrochen. So sind laut Mikrozensus im Jahr 2005 15% der Erwerbstätigen ohne Berufsabschluss (Reinberg/Hummel 2007), obwohl der zukünftige Bedarf an gering qualifizierten Arbeitnehmern weiterhin sinken wird. Daraus resultiert eine Angebots-Nachfrage-Schere, die auch für die nächste Zukunft keine Verbesserung der Lage von gering Qualifizierten erwarten lässt.

2.5.3 Schlussfolgerungen für die berufliche Rehabilitation

Vor dem Hintergrund einer veränderten Arbeitslandschaft muss auch die besondere Lage der behinderten und der von Behinderung bedrohten Menschen eingeordnet werden. Arbeitnehmer, die ihren gelernten Beruf nicht mehr ausüben können, verlieren die Möglichkeit, ihre beruflichen Qualifikationen zu verwerten. Sie geraten damit rasch in ein Konkurrenzverhältnis zu gering qualifizierten Arbeitnehmern. Durch die Vermittlung einer neuen oder angepassten Berufsqualifikation im Rahmen einer beruflichen Rehabilitation wird die Chance zur Wiedereingliederung in den qualifizierten Arbeitsmarkt eröffnet.

Berufliche Bildung, sei es in Form einer Teilqualifizierung, einer Qualifikationsanpassung oder einer Umschulung, kommt eine zentrale Rolle für die nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben zu. Eine gelungene berufliche Rehabilitation vermittelt das notwendige Rüstzeug, um diesen Anforderungen gerecht zu werden, möglichst bis zum Ende des regulären Renteneintrittsalters. Nur so lassen sich ein Ausschluss aus dem Erwerbsleben und Einbußen bei der Alterssicherung, im schlimmsten Fall Altersarmut bekämpfen. Das berufliche Reha-System der Zukunft hat die zentrale Funktion, diese Beschäftigungsfähigkeit von beeinträchtigten Arbeitnehmern zu sichern. Berufliche Rehabilitation stellt insofern einen Eckpfeiler des europäischen Konzepts von Employability dar, das aus Gesundheitsprävention, Rehabilitation und Qualifikation besteht.

Angesichts der demografischen und wirtschaftlichen Entwicklung sind Alter, Gesundheit und Qualifikation Schlüsselfaktoren der beruflichen Integration. Darin liegen Chancen und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation. Das Reha-System muss diesen gestiegenen Anforderungen Rechnung tragen. So können beispielsweise eine stärkere betriebliche Ausrichtung, Modularisierung und Individualisierung der beruflichen Rehabilitation und eine Verzahnung mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement einen Beitrag dazu leisten, die berufliche Integration von gesundheitlich beeinträchtigten und behinderten Menschen zu stär-

ken. Erforderlich ist aber auch ein wesentlich stärkeres Einbeziehen von Personen jenseits der 40 in das System beruflicher Rehabilitation.

Stärker als dies in den zurückliegenden Jahrzehnten gesehen wurde, bildet die berufliche Rehabilitation der Zukunft einen Baustein der Beschäftigungsfähigkeit und des lebenslangen Lernens. Rehabilitation heißt insofern mehr als nur den Rehabilitanden in »irgendeine« Erwerbsarbeit zurückzuführen – sie heißt Sicherung der Entwicklungsfähigkeit des Arbeitnehmers in einer sich wandelnden Erwerbsgesellschaft.

2.6 Rehabilitation bei einzelnen Rehabilitationsträgern

-Strukturen im Zeitverlauf-

Das Rehabilitationssystem der Zukunft kann nicht losgelöst von der strukturellen Ist-Situation betrachtet werden. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), auch als berufliche Rehabilitation bezeichnet, werden von den unterschiedlichsten Trägern beruflicher Rehabilitation erbracht. Bei allen Kostenträgern haben sich in den letzten Jahren deutliche Veränderungen ergeben. Exemplarisch wird dies im Folgenden für die Rehabilitationsträger Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung Bund und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung dargelegt, soweit die Daten dem öffentlichen Diskurs zur Verfügung stehen.

2.6.1 Berufliche Rehabilitation im Rahmen der Bundesagentur für Arbeit sowie der Träger der Grundsicherung

2.6.1.1 Anerkennung als beruflicher Rehabilitand

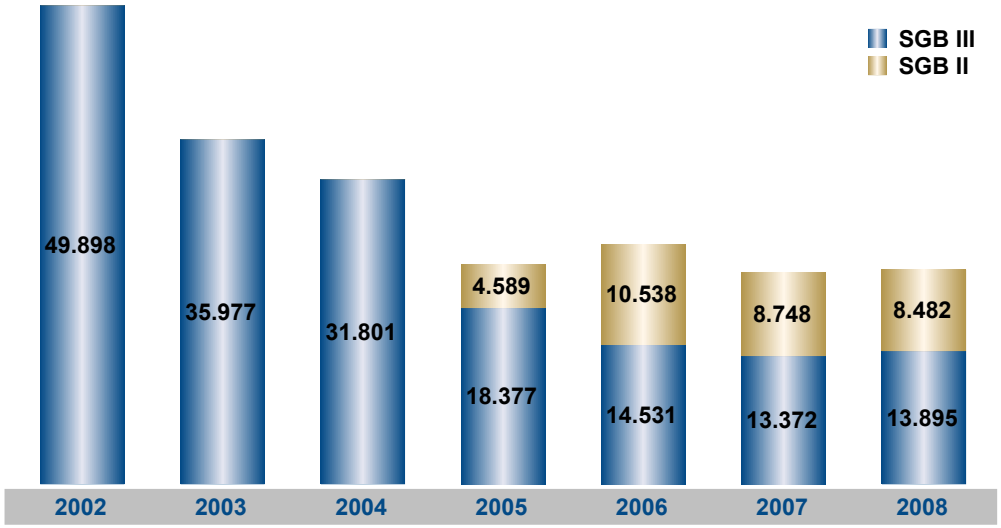
Die Bundesagentur für Arbeit ist, was die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betrifft, mit einem Budget von 2,175 Milliarden Euro der größte Rehabilitationsträger. Die Rechtsgrundlage für Teilhabeleistungen der Bundesagentur für Arbeit bzw. die Grundsicherungsstellen sind das Dritte Sozialgesetzbuch SGB III in Verbindung mit dem Neunten Sozialgesetzbuch SGB IX sowie das Zweite Sozialgesetzbuch SGB II in Verbindung mit dem SGB III. Vor einer Förderung durch rehabilitationsspezifische oder allgemeine arbeitsmarktpolitische Maßnahmen im Rahmen beruflicher Rehabilitation steht in beiden Rechtskreisen die Anerkennung als Rehabilitand nach § 19 SGB III. Dabei ist zu beachten, dass die Bundesagentur für Arbeit die Status-Anerkennung für Arbeitslosengeld-II-Empfänger durchführt, da sie auch Träger beruflicher Rehabilitation für diejenigen Personen ist, die sich im Rechtskreis des SGB II befinden.[9]

Die Zahl der anerkannten Rehabilitanden im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung ging in den letzten Jahren kontinuierlich zurück, mit einer Stabilisierung in den Jahren 2007 und 2008 (Übersicht 1).[10] So wurden im Jahr 2008 13.895 Personen im Rechtskreis SGB III und 8.482 Personen im Rechtskreis SGB II als berufliche Rehabilitanden anerkannt.[11]

[9] Daten aus dem bereich des SGB II beinhalten hier und im Folgenden ausschließlich solche der Arbeitsgemeinschaften und getrennten Trägerschaften, nicht aber Daten von den zugelassenen kommunalen Trägern.
[10] Dies gilt, allerdings in deutlich geringerem Maße, auch für die berufliche Ersteingliederung (vgl. Rauch et al., 2008).
[11] Daten zur beruflichen Rehabilitation im Rahmen der Bundesagentur für Arbeit sind zu finden unter: http://www.pub.arbeitsagentur.de/hst/services/statistik/detail/n.html

Übersicht 1

Anerkennung als Rehabilitand bei der Bundesagentur für Arbeit, Wiedereingliederung, 2002 bis 2008 nach SGB II und SGB III



Quelle: ANBA Jahreszahlen; Arbeitsmarkt in Zahlen; Förderstatistik, DWH der BA, eig. Berechnungen des IAB

Diesen Rückgängen liegt ein Ursachengeflecht zugrunde. So wandelt sich die Arbeitswelt langsam, aber beständig (siehe hierzu auch Kapitel 2.5). Mittelfristig ändern sich sowohl die Tätigkeiten und die Arbeitsbedingungen als auch die Art und Struktur der auftretenden Krankheiten. Neben den klassischen arbeitsmedizinischen Stressoren wie Lärm, Hitze, Staub, Dämpfe, Nässe und einseitigen körperlichen Belastungen treten vermehrt psychische Belastungen auf (Greiner, 2001). Die früher »typischen« Krankheitsfälle wie »Handwerker mit Rückenleiden« werden hingegen weniger. Aber auch diese Verschiebung in der Struktur der Krankheiten dürfte nur einen Teil der rückläufigen Anerkennungen als beruflicher Rehabilitand erklären.

Ein weiterer möglicher Grund für den Rückgang ist die Änderung in der Sozialgesetzgebung. Im Jahr 2003 begann die grundlegende Reform der Arbeitsmarktpolitik mit dem Beginn der Hartz-Reformen und der darin enthaltenen geänderten arbeitsmarktpolitischen Instrumente und organisatorischen Vorgaben, aber auch der Neuausrichtung der Bundesagentur für Arbeit (Schneider et al., 2006); (Kruppe, 2006).

Die vierte Hartz-Reform führte das Sozialgesetzbuch II »Grundsicherung für Arbeitsuchende« (SGB II) ein. Mit dieser Implementierung im Jahr 2005 hat sich – wie in Kapitel 2.1 beschrieben – der Zugangsprozess in die berufliche Rehabilitation einschließlich der zuständigen Institutionen und Ansprechpartner geändert. Zwei Studien deuten hier auf einen Zusammenhang mit der Rückentwicklung der Anerkennungen als Rehabilitand hin. Zum einen sind dies Ergebnisse des Untersuchungsfeldes 2 im Rahmen der § 6c (SGB II)-Forschung; hier werden als Hauptprobleme sowohl das Diagnostizieren potenzieller Rehabilitanden seitens der Fachkräfte in den SGB-II-Institutionen als auch finanzielle Restriktionen seitens der SGB II-Institutionen thematisiert (ISR/infas/WZB, 2008).

Diese auf einer schmalen empirischen Basis gewonnenen Hinweise werden durch eine explorative, qualitative Studie des IAB mit einer leitfadengestützten Befragung in Arbeitsagenturen und zugelassenen kommunalen Trägern bestätigt (Rauch et al., 2008). Hier werden die Rückgänge bei der Anerkennung als Rehabilitand einem Ursachengeflecht zugeschrieben. Dieses besteht sowohl aus organisationalen Vorgaben sowie aus der Umsetzung der Vorgaben durch die Vermittler: Neben der Problematik der Erkennung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs steht die im SGB II verankerte Definition der »Erwerbsfähigkeit« einer möglichen weiteren Prüfung entgegen, denn »erwerbsfähig« suggeriert die Fähigkeit der Ausübung irgendeiner Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gleiches gilt für die vorherrschende Handlungsmaxime einer schnellen Vermittlung in irgendeine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt, während bei Menschen mit Behinderungen die Beratungs- und Qualifizierungsbedarfe oft aufwendig und zeitraubend sein können. In Konsequenz dessen wird eine Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs zum Teil nicht in Erwägung gezogen.

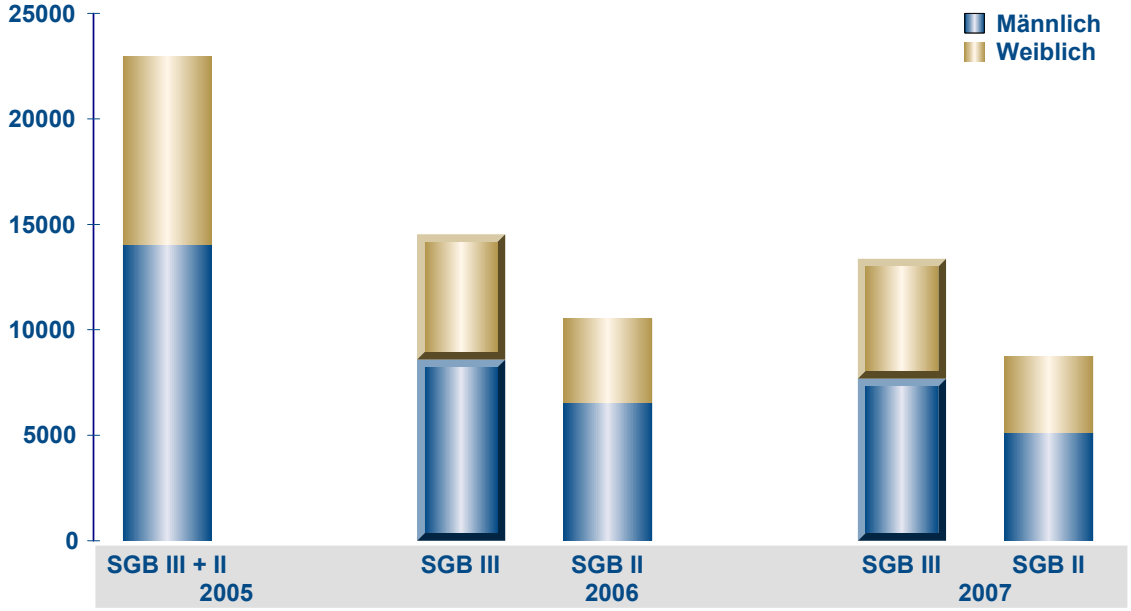
2.6.1.2 Strukturmerkmale beruflicher Rehabilitanden[12]

Unter den Personen, die bisher als beruflicher Rehabilitand nach § 19 SGB III anerkannt wurden, finden sich mehr Männer als Frauen (Übersicht 2). Für das Jahr 2007 weist die Statistik eine Relation von 58 % Männer zu 42 % Frauen aus. Unterschiede bei den Zugängen nach Rechtskreisen finden sich hierbei nicht (SGB III: 57 % zu 43 %; SGB II: 59 % zu 41 %). Im Zeitverlauf scheint sich das Geschlechterverhältnis allerdings langsam anzugleichen: Im Jahr 2005 (regelkreisübergreifend) waren noch 61 % der Zugänge männlichen Geschlechts und 39 % weiblich.

[12] Hier und im Folgenden: Zugangszahlen

Übersicht 2

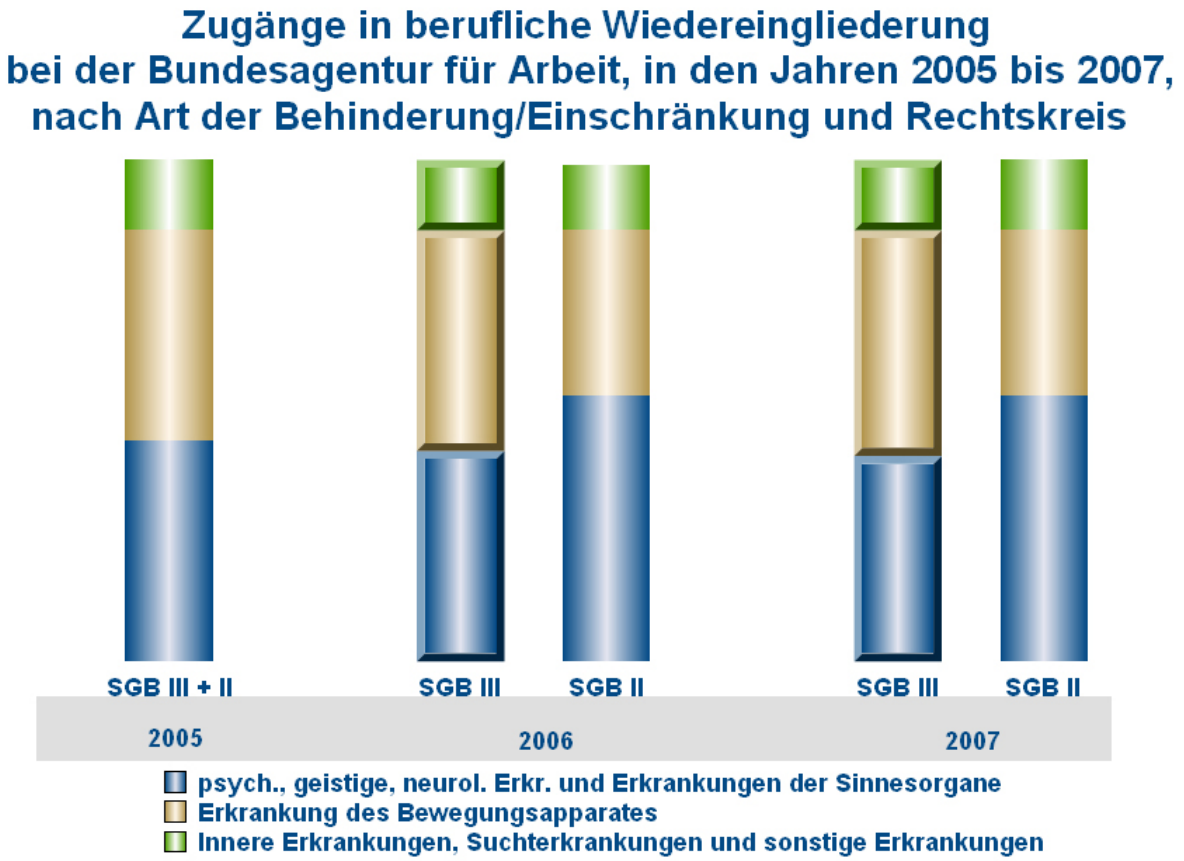
Zugänge in berufliche Wiedereingliederung bei der Bundesagentur für Arbeit, in den Jahren 2005 bis 2007, nach Geschlecht und Rechtskreis



Quelle: DWH der BA, eig. Berechungen des IAB
Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.
Für das Jahr 2005 erscheint eine Auswertung getrennt nach Regelkreisen nicht sinnvoll.

46 % aller Zugänge in Wiedereingliederung litten im Jahr 2007 an einer psychischen, geistigen oder neurologischen Erkrankung oder einer Erkrankung der Sinnesorgane; 40 % an einer Erkrankung des Bewegungsapparates (Übersicht 3). Diese Anteile sind über die Jahre relativ stabil geblieben.

Übersicht 3



Quelle: DWH der BA, eig. Berechungen des IAB
Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.
Für das Jahr 2005 erscheint eine Auswertung getrennt nach Regelkreisen nicht sinnvoll.

In Bezug auf die Erkrankungsarten finden sich leichte Unterschiede zwischen den Rechtskreisen. Die Gruppe der Rehabilitanden mit psychischen und neurologischen Erkrankungen ist mit 53 % im SGB II -Bereich häufiger vertreten als im SGB III-Bereich (41 %). Demgegenüber findet sich eine zweite Erkrankungsgruppe mit den körperlichen Beeinträchtigungen mit 33 % seltener im Rechtskreis SGB II. Innere Erkrankungen, Suchterkrankungen und sonstige Erkrankungen sind hingegen über die Rechtskreise gleich verteilt.

Die Altersverteilung der Rehabilitanden lässt einen Schwerpunkt erkennen: Eher jüngere Personengruppen bis 39 Jahre (Zeitpunkt der Anerkennung als Rehabilitand) machen bei beruflichen Rehabilitanden den Großteil der Fälle aus. Allerdings hat hier in den letzten Jahren eine leichte Verschiebung stattgefunden. Die Rehabilitanden sind heute zum Zeitpunkt der Anerkennung im Durchschnitt älter. Im Jahr 2005 waren noch 29 % unter 25 Jahren, gefolgt von 25- bis 29-Jährigen mit 28 % und 30- bis 34-Jährigen mit 19 % (Übersicht 4). Unterschiede zwischen den Rechtskreisen zeigten sich nur in geringem Maße bei der Altersgruppe 25–29 Jahre (SGB III: 27 %; SGB II: 30 %). Im Jahr 2007 fanden sich mit 23 % deutlich weniger Rehabilitanden unter 25 Jahre, während alle anderen Altersgruppen leichte Zuwächse erfuhren. Weiterhin werden hier die Unterschiede zwischen den Rechtskreisen deutlicher, vor allem bei der jüngsten Altersgruppe (SGB III: 26 %; SGB II: 17 %).

Zudem steigt im Zeitverlauf, allerdings nur moderat, der Anteil von Personen ab 40 an. Waren es 2005 noch 12,8 %, stieg die Anzahl bis 2007 auf 15,3 % an. Dies entspricht aber nicht dem Anteil, den die Altersgruppe ab 40 Jahren an allen Arbeitslosen hat. 2007 war dies et-

was über die Hälfte aller Arbeitslosen (54 %). Dies ist wohl hauptsächlich der Tatsache geschuldet, dass diejenigen, die vor ihrer Arbeitslosigkeit insgesamt 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren, in die Zuständigkeit der Deutschen Rentenversicherung fallen.

Übersicht 4

Zugänge in berufliche Wiedereingliederung bei der Bundesagentur für Arbeit in den Jahren 2005–2007, nach Altersgruppen und Rechtskreis, in %

Altersgruppen	Insgesamt	SGB III	SGB II
	2005		
Unter 25 Jahre	29,3	-	-
25–29 Jahre	27,7	-	-
30–34 Jahre	19,2	-	-
35–39 Jahre	10,9	-	-
40–44 Jahre	6,7	-	-
45–49 Jahre	3,7	-	-
50 Jahre und älter	2,4	-	-
N=	*22.966*	-	-
	2006		
Unter 25 Jahre	29,0	29,0	29,2
25–29 Jahre	27,5	27,6	27,4
30–34 Jahre	19,1	19,1	19,0
35–39 Jahre	11,4	10,9	12,0
40–44 Jahre	7,1	7,0	7,1
45–49 Jahre	3,7	3,7	3,5
50 Jahre und älter	2,3	2,6	1,8
N=	*25.069*	*14.531*	*10.538*
	2007		
Unter 25 Jahre	22,8	26,2	17,5
25–29 Jahre	29,3	28,1	31,0
30–34 Jahre	21,1	20,3	22,3
35–39 Jahre	11,7	10,9	12,8
40–44 Jahre	7,9	7,1	9,0
45–49 Jahre	4,5	4,4	4,6
50 Jahre und älter	2,9	2,9	2,8
N=	*22.120*	*13.372*	*8.748*

Quelle: DWH der BA, eig. Berechnungen des IAB
Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.
Für das Jahr 2005 erscheint eine Auswertung getrennt nach Regelkreisen nicht sinnvoll.

2.6.1.3 Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation[13]

Die Maßnahmen im Rahmen beruflicher Rehabilitation werden an unterschiedlichsten Lernorten durchgeführt. Vier von zehn Maßnahmen fanden im Jahr 2007 bei sonstigen Trägern statt, gefolgt von Berufsförderungswerken und der Werkstatt für behinderte Menschen als zweit- und dritthäufigste Lernorte. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Rechtskreisen (Übersicht 5). Rehabilitanden im Rechtskreis SGB II finden sich anteilsmäßig eher in Berufsförderungswerken als in Werkstätten oder Betrieben wieder. Allerdings werden in beiden Rechtskreisen die Maßnahmen anteilsmäßig am häufigsten bei sonstigen Trägern durchgeführt.

Übersicht 5

Bestände in Maßnahmen beruflicher Rehabilitation im Rahmen der Wiedereingliederung bei der Bundesagentur für Arbeit in den Jahren 2005–2007, nach Lernort und Rechtskreis, in %

Quelle: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderstatistik. Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.
Für das Jahr 2005 erscheint eine Auswertung getrennt nach Regelkreisen nicht sinnvoll.

Zudem hat es in den letzten Jahren eine Verschiebung innerhalb der Ausbildungsanteile bei den jeweiligen Ausbildungsstätten gegeben (Übersicht 5). Fand im Jahr 2005 (SGB II und SGB III) noch knapp jede fünfte Ausbildung in einem Berufsförderungswerk statt, waren es 2007 im Bereich des SGB III nur noch 14 % (SGB II: 24 %). Auch die Zahl der Maßnahmen bei den sonstigen Trägern ist von 48 % (SGB II + SGB III) auf 39 % (SGB III) gesunken. Deutlich angestiegen ist hingegen die Zahl der Maßnahmen im Eingangsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen, von 21 % (SGB II + SGB III) auf 34 % (SGB III; 19 % im SGB II).

Der Schwerpunkt bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt bei rehabilitationsspezifischen Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung, die nächsthäufige Maßnahmekategorie

[13] Hier und im Folgenden: Bestandszahlen. Zu beachten ist zudem, dass die Anzahl der Maßnahmen nicht gleich der Anzahl von Personen sein muss, da eine Person in einem Jahr auch mehrere Maßnahmen durchlaufen kann.

sind individuelle rehabilitationsspezifische Maßnahmen (Übersicht 6). Allerdings erfolgte hier in den Jahren 2005 bis 2007 eine Akzentverschiebung. Waren im Jahr 2005 noch zwei Drittel aller Maßnahmen solche zur Aus- und Weiterbildung, lag ihr Anteil 2007 noch bei 64 %. Der Anteil individueller rehabilitationsspezifischer Maßnahmen hingegen hat sich von 18 % auf 28 % erhöht.

Übersicht 6

Maßnahmen beruflicher Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit in den Jahren 2005–2007, nach Geschlecht und Rechtskreis, in %, 12-Monatsdurchschnittswerte

	2005	2006			2007		
	SGBIII + II	Insgesamt	SGB III	SGB II	Insgesamt	SGB III	SGB II
	Insgesamt						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	1	1	1	1	1	1
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	1	1	1	3	2	1	2
Individuelle sonstige Maßnahmen	1	1	1	1	0	0	0
Reha Aus- und Weiterbildung	72	66	63	75	64	60	71
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	18	25	29	15	28	33	20
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	4	3	4	2	3	3	3
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	1	1	1	1	1	1
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	2	1	1	3	1	1	2
Sonstiges [1]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*36.930*	*29.616*	*22.266*	*7.352*	*25.156*	*15.886*	*9.270*
	Frauen						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	1	1	2	1	1	1
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	1	1	1	2	1	1	2
Individuelle sonstige Massnahmen	1	1	1	1	0	0	1
Reha Aus- und Weiterbildung	70	64	61	74	62	58	70
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	20	27	30	15	30	34	21
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	4	3	4	2	3	3	2
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	1	1	1	1	1	1
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	2	1	1	3	1	1	2
Sonstiges [1]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*13.27 1*	*10.92 1*	*8.370*	*2.551*	*9.505*	*6.173*	*3.332*
	Männer						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	1	1	1	1	1	1
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	1	1	1	3	2	1	3
Individuelle sonstige Maßnahmen	1	1	1	1	0	0	0
Reha Aus- und Weiterbildung	73	67	65	76	65	61	72
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	17	24	27	14	27	32	19
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	4	3	4	2	3	3	3
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	1	1	1	1	1	1
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	2	1	1	3	1	1	2
Sonstiges [1]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*23.65 9*	*18.698*	*13.896*	*4.802*	*15.65 1*	*9.713*	*5.938*

[1] EQJ, Arbeitsassistenz, sonstige Reha-Leistungen
Quelle: DWH der BA, eig. Berechnungen des IAB
Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.
Für das Jahr 2005 erscheint eine Auswertung getrennt nach Rechtskreisen nicht sinnvoll.

Gleichzeitig finden sich hier Unterschiede in der Maßnahmenverteilung zwischen den Rechtskreisen (Übersicht 6): Im Bereich des SGB III liegt der Anteil der individuellen rehabilitationsspezifischen Maßnahmen bei einem Drittel aller Maßnahmen, im SGB II-Bereich ist dies nur jede fünfte Maßnahme. Dafür finden hier 71 % aller Maßnahmen im Bereich der rehabilitationsspezifischen Maßnahmen zur Aus- und Weiterbildung statt, im Bereich des SGB II sind dies 60 %. Geschlechtsspezifische Unterschiede einer Förderung zeigen sich hingegen nicht.

Zudem zeigen sich altersabhängige Fördermuster (Übersicht 7). Bei jüngeren Altersgruppen dominieren Maßnahmen der Reha- Aus- und Weiterbildung. Bei den über 40-Jährigen nimmt der Anteil der Rehabilitanden in diesen Maßnahmen ab. Dies gilt vor allem für den Bereich des SGB III. Hier ist bei den über 45-Jährigen nur noch jeder fünfte in solch einer Maßnahme, im Vergleich zu 46 % im Rechtskreis SGB II. Damit geht einher, dass bei den unter 25-

Jährigen neben dieser Art der Förderung noch berufsvorbereitende Maßnahmen sowie die Förderung der Berufsausbildung eine gewisse Rolle spielen.

Übersicht 7

Maßnahmen beruflicher Rehabilitation bei der Bundesagentur für Arbeit im Jahr 2007, nach Alter und Rechtskreis, in %, 12-Monatsdurchschnittswerte

	Insgesamt	Unter 25 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	35–39 Jahre	40–44 Jahre	45 Jahre und älter
	Insgesamt						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	2	1	0	0	0	0
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	2	5	1	0	0	0	0
Individuelle sonstige Maßnahmen	0	2	0	0	0	0	0
Reha Aus- und Weiterbildung	64	63	73	70	60	48	26
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	28	21	21	25	35	47	67
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	3	5	3	2	2	3	4
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	2	1	1	0	0	0
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	1	2	1	1	1	1	1
Sonstiges[1)]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*25.156*	*5.479*	*7.961*	*5.325*	*3.095*	*1.834*	*1.463*
	darunter:						
	SGB III						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	1	0	0	0	0	0
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	1	2	1	0	0	0	0
Individuelle sonstige Maßnahmen	0	1	0	0	0	0	0
Reha Aus- und Weiterbildung	60	63	71	67	52	39	19
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	33	22	23	29	44	57	75
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	3	5	2	2	2	2	4
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	2	1	1	0	0	0
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	1	2	1	1	1	1	1
Sonstiges[1)]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*15.886*	*3.837*	*4.818*	*3.189*	*1.803*	*1.166*	*1.074*
	SGB II						
Berufsvorbereitende Maßnahmen	1	2	1	1	1	1	1
Förderung der Berufsausbildung Benachteiligter	2	12	1	0	0	0	0
Individuelle sonstige Maßnahmen	0	2	0	0	0	0	0
Reha Aus- und Weiterbildung	71	61	77	76	73	65	46
Individuelle rehaspezifische Maßnahmen	20	16	16	19	22	28	47
Eingliederungszuschüsse für Schwerbehinderte	3	3	3	2	2	3	4
Arbeitgeberzuschüsse Reha	1	1	1	1	0	0	0
Eignungsfeststellung/Trainingsmaßnahmen Reha	2	2	2	2	2	2	2
Sonstiges[1)]	0	0	0	0	0	0	0
N=	*9.270*	*1.641*	*3.142*	*2.137*	*1.292*	*669*	*389*

[1)] EQJ, Arbeitsassistenz, sonstige Reha-Leistungen

Quelle: DWH der BA, eig. Berechnungen des IAB

Ergebnisse auf Basis der Förderdaten aus den BA-Systemen, ohne Förderinformationen z.k.T.

Der Anteil individueller rehabilitationsspezifischer Maßnahmen an der jeweiligen Altersgruppe hingegen nimmt mit steigendem Alter stetig zu. Bei den über 45-Jährigen liegt im Bereich des SGB III der Anteil bei 75 %. Im Rechtskreis SGB II ist es knapp die Hälfte der 45-Jährigen und Älteren, wobei sich dieser Anteil im Vergleich zur vorherigen Altersgruppe (40 bis unter 45 Jahre) fast verdoppelt hat.

Insgesamt betrachtet treten in den letzten Jahren neben dem Rückgang der Statusanerkennung »beruflicher Rehabilitand« Akzentverschiebungen nach Art der geförderten Maßnahme und der Lernorte, an denen diese Maßnahmen durchgeführt werden, auf. Die Gründe dürften in dem eingangs erwähnten Ursachengeflecht mit den Änderungen in der Sozialgesetzge-

bung wie der Neuausrichtung der Bundesagentur für Arbeit und der Einführung des SGB II zu finden sein, wie auch in finanziellen Erwägungen (siehe Kapitel 2.6.5).

2.6.2 Berufliche Rehabilitation im Rahmen der Deutschen Rentenversicherung

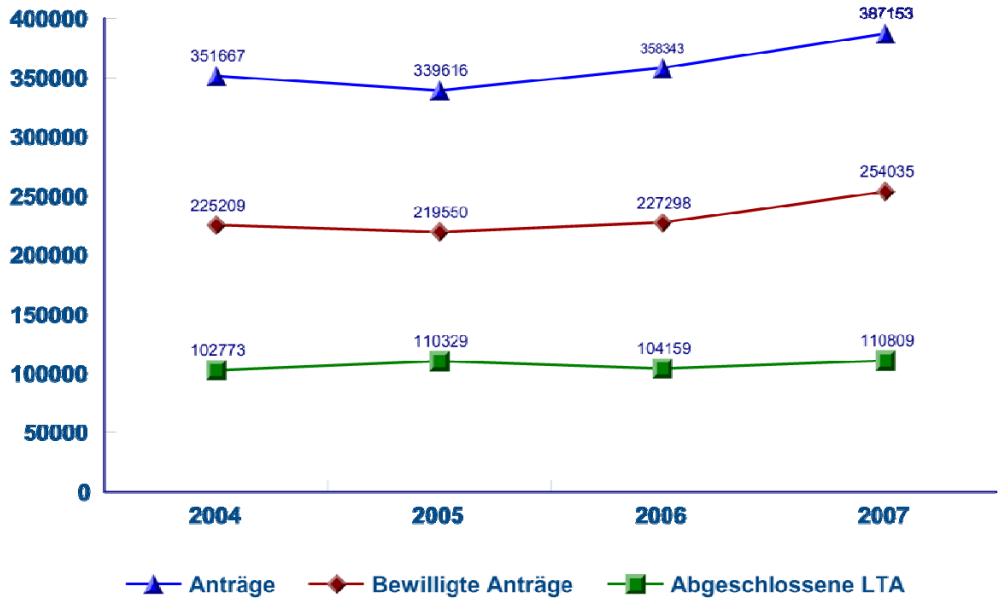
2.6.2.1 Leistungsumfang

Die Deutsche Rentenversicherung ist mit Ausgaben von 4,86 Milliarden Euro (2007) einer der großen Rehabilitationsträger. Von diesem Budget entfallen rund zwei Drittel auf medizinische Rehabilitationsleistungen. Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden 2007 1,06 Milliarden Euro eingesetzt. Damit ist die Rentenversicherung der zweitgrößte Kostenträger für berufliche Rehabilitation (vgl. auch Kapitel 2.6.5).

Die Leistungsstatistiken der Deutschen Rentenversicherung weisen eine kontinuierliche Steigerung der Antragszahlen und Bewilligungen von LTA in den letzten anderthalb Jahrzehnten aus. Die Anzahl der Anträge hat sich zwischen 1991 und 2007 von rund 145.000 auf rund 387.000 im Jahr 2007 mehr als verdoppelt (Übersicht 8). Die Antragsentwicklung wird mit der Altersstruktur und der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Versicherten sowie mit Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und der demografischen Entwicklung erklärt (Thode/Klosterhuis/Hansmeier, 2004). Ausgehend von der demografischen Entwicklung wird ein weiteres Ansteigen der Antragszahlen in den nächsten Jahren erwartet.

Übersicht 8

Anträge, Bewilligungen und abgeschlossene LTA bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in den Jahren 2004 bis 2007



Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik, verschiedene Jahrgänge, Rehabilitation, verschiedene Jahrgänge; http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/view3sp.jsp?chstatzr_Rehabilitation=e560e56&collapse&viewName=statzr_Rehabilitation&viewCaption=Statistiken%20-%20Rehabilitation%20-%20Zeitreihen#e560e56, Stand: Feb 09

Ebenfalls kontinuierlich gestiegen ist der Anteil der Bewilligungen. Im Jahr 2000 wurde noch weniger als die Hälfte der Anträge positiv beschieden, dagegen lag der Anteil der Bewilligungen 2007 deutlich höher bei rund 65 %. Der relative Anstieg der Bewilligungen ist zum Teil

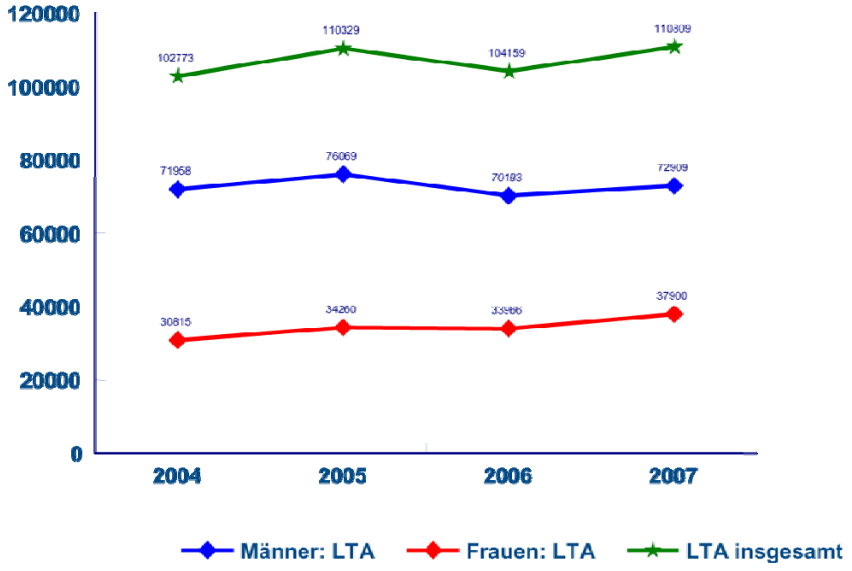
verursacht durch die zunehmende Erteilung von Vermittlungsbescheiden. Das sind bedingte Bereitschaftserklärungen, eine LTA zu erbringen, sobald bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Nicht alle Vermittlungsbescheide führen allerdings auch zur Leistungserbringung (Erbstößer/Verhorst/Lindow, 2008).

2.6.2.2 Strukturmerkmale

Der Bestand der Rehabilitanden belief sich 2007 auf rund 92.000 Personen. Davon waren rund 60.000 Männer (65 %) und 32.000 Frauen (35 %). Im Verlauf der letzten Jahre ist eine leichte Verschiebung zwischen beiden Gruppen zu beobachten. Lag der Anteil der Frauen 2004 noch bei 30 %, hat er heute die Größenordnung von 35 % erreicht (Übersicht 9). Synchron zum Verhältnis von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen hat sich auch die Leistung entwickelt. In den Jahren 2004 bis 2007 wurden jährlich zwischen 103.000 und 111.000 Leistungen zur Teilhabe abgeschlossen. 2007 wurde rund ein Drittel dieser Leistungen für Frauen erbracht und zwei Drittel für Männer.

Übersicht 9

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Deutschen Rentenversicherung Bund in den Jahren 2004–2007, nach Geschlecht

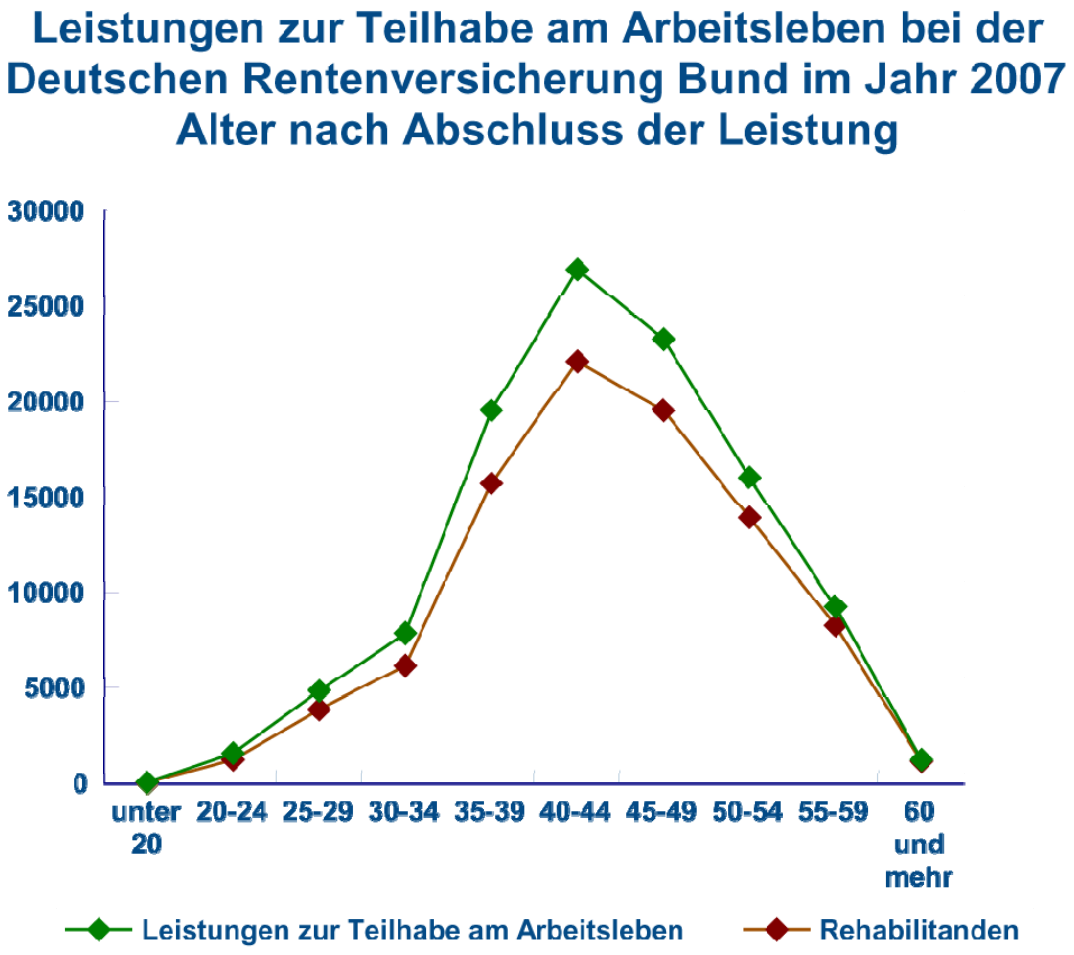


Quelle: Statistikbände Rehabilitation 2004-2007, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_19988/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Statistiken/Alle__StatistikBroschueren.html, Stand: Jan. 09, eigene Berechnungen

Die Verteilung der Leistungen und der Rehabilitanden lässt deutliche Schwerpunkte nach Altersgruppen erkennen (vgl. Übersicht 10). Die Gruppe der 40- bis 50-Jährigen bildet mit 42.000 Leistungsbeziehern einen Schwerpunkt. In der etwas weiter gefassten Altersspanne von 35 bis 54 Jahren bewegen sich 78 % der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Jüngere Arbeitnehmer unter 35 Jahren bilden bei LTA der Rentenversicherung eher eine Minderheit. Zum einen sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den jüngeren Altersgruppen noch nicht so ausgeprägt. Zum anderen erfüllen jüngere Arbeitnehmer meist noch nicht die erforderlichen Voraussetzungen von insgesamt 15 Versicherungsjahren für einen Leistungsanspruch gegenüber der Rentenversicherung.

Aufmerksamkeit verdient allerdings, dass ab Anfang 50 und dann verstärkt ab Mitte 50 der Anteil der Rehabilitanden drastisch sinkt. Obwohl bei den älteren Arbeitnehmern die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Chronifizierung von Beschwerden deutlich steigt, sinkt gerade bei den Altersgruppen jenseits der 50 die Teilnahme an einer beruflichen Rehabilitation. Dahinter stehen oftmals Abwägungen, ob sich eine berufliche Rehabilitation angesichts der verbleibenden Lebensarbeitszeit und der Beschäftigungsprobleme älterer Arbeitnehmer noch lohnt. Der Weg in die Verrentung mag hier für die Betroffenen und die beratenden Institutionen oftmals der nahe liegendere Weg sein.

Übersicht 10



Quelle: Statistikbände Rehabilitation 2004-2007,
http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_19988/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Statistiken/Alle__StatistikBroschueren.html, Stand:Jan. 09)

2.6.2.3 Leistungsstrukturen

Der Schwerpunkt der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der Rentenversicherung liegt bei den Maßnahmen zur beruflichen Bildung und den Maßnahmen zum Erhalt bzw. zur Erlangung eines Arbeitsplatzes. Zwischen diesen beiden Maßnahmen, die 2007 zusammen fast 57 % der Leistungen ausmachten, hat sich in den letzten Jahren eine Akzentverschiebung ergeben.

2004 hatten die beruflichen Bildungsmaßnahmen noch einen Anteil von rund 31 % an allen Leistungen; rund 24 % entfielen auf Arbeitsplatz sichernde bzw. schaffende Maßnahmen. 2007 hat sich dieses Verhältnis nahezu umgekehrt: 32 % der Leistungen entfielen auf den Arbeitsplatzerhalt bzw. die Gewinnung einer neuen Stelle und rund 25 % auf qualifizierende Maßnahmen (Übersicht 11). Die Arbeitsplatzsicherung hat eine zunehmende Priorität erlangt. Erklärtermaßen besteht das Ziel des Trägers in einer stärkeren Sicherung vorhandener Arbeitsplätze.

Die Umgewichtung der Leistungsschwerpunkte wird von der Deutschen Rentenversicherung auch als Ergebnis einer engeren Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation interpretiert. Durch eine frühzeitige Einbeziehung von Rehabilitationsberatern bereits zu Ende der medizinischen Rehabilitation werden mehr Arbeitplatzanpassungsmaßnahmen eingeleitet, die der Sicherung der Einsatzfähigkeit am angestammten Arbeitsplatz dienen (Erbstößer/Verhorst/Lindow, 2008: 345).

Übersicht 11

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung (2004–2005)
Gesamt und nach Geschlecht

	Gesamt							
Leistungsart	2004		2005		2006		2007	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
LTA insgesamt	**102773**	**100**	**110329**	**100**	**104159**	**100**	**110889**	**100**
Auswahl von Leistungen, Eignungsabklärung	13562	13,2	13194	12,0	12756	12,2	14942	13,5
Überbrückungsgeld	710	0,7	891	0,8	695	0,7	347	0,3
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	24375	23,7	29808	27,0	28728	27,6	34950	31,5
Berufsvorbereitung	10534	10,2	9890	9,0	8576	8,2	8632	7,8
berufliche Bildung	31496	30,6	32342	29,3	28627	27,5	27335	24,7
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	441	0,4	574	0,5	645	0,6	739	0,7
Werkstatt für behinderte Menschen	7429	7,2	9075	8,2	10014	9,6	10156	9,2
Kfz-Hilfe-Leistungen	3094	3,0	3617	3,3	3681	3,5	3163	2,9
Leistungen an Arbeitgeber	11132	10,8	10938	9,9	10435	10,0	10545	9,5
Anzahl Rehabilitanden	***88493***		***93024***		***87573***		***92235***	
	Männer							
Leistungsart	2004		2005		2006		2007	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
LTA insgesamt	**71958**	**100**	**78069**	**100**	**70193**	**100**	**72989**	**100**
Auswahl von Leistungen, Eignungsabklärung	10179	14,1	9808	12,9	9369	13,3	10813	14,8
Überbrückungsgeld	623	0,9	767	1,0	571	0,8	282	0,4
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	15669	21,8	18640	24,5	16774	23,9	19817	27,2
Berufsvorbereitung	7710	10,7	7220	9,5	6263	8,9	6270	8,6
berufliche Bildung	21928	30,5	22376	29,4	19703	28,1	18520	25,4
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	281	0,4	345	0,5	392	0,6	462	0,6
Werkstatt für behinderte Menschen	5090	7,1	6109	8,0	6791	9,7	6703	9,2
Kfz-Hilfe-Leistungen	2185	3,0	2532	3,3	2416	3,4	2003	2,7
Leistungen an Arbeitgeber	8295	11,5	8270	10,9	7914	11,3	8039	11,0
Anzahl Rehabilitanden	***61297***		***63309***		***58412***		***50990***	
	Frauen							
Leistungsart	2004		2005		2006		2007	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
LTA insgesamt	**30815**	**100**	**34260**	**100**	**33966**	**100**	**37900**	**100**
Auswahl von Leistungen, Eignungsabklärung	3383	11,0	3386	9,9	3369	10,0	4129	10,9
Überbrückungsgeld	87	0,3	124	0,4	124	0,4	65	0,2
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	8706	28,3	11168	32,6	11954	35,2	15133	39,9
Berufsvorbereitung	2824	9,2	2670	7,8	2313	6,8	2362	6,2
berufliche Bildung	9570	31,1	9964	29,1	8924	26,3	8815	23,3
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	160	0,5	229	0,7	253	0,7	277	0,7
Werkstatt für behinderte Menschen	2339	7,6	2966	8,7	3223	9,5	3453	9,1
Kfz-Hilfe-Leistungen	909	2,9	1085	3,2	1265	3,7	1160	3,1
Leistungen an Arbeitgeber	2837	9,2	2668	7,8	2521	7,4	2506	6,6
Anzahl Rehabilitandinnen	***27196***		***29715***		***29161***		***32245***	

(Quelle: Statistikbände Rehabilitation 2004-2007, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_19968/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Statistiken/Alle__Statistik&Broschueren.html, Stand: Jan. 09), eigene Berechnungen

Die Leistungsstrukturen sind durch einen deutlichen Gender-Effekt gekennzeichnet. Bei Frauen hat sich der Rückgang von beruflichen Bildungsmaßnahmen und die Hinwendung zu Arbeitsplatz erhaltenden Maßnahmen ungleich stärker vollzogen als bei den Männern. Auch die Berufsvorbereitungsmaßnahmen sind bei Frauen stärker rückläufig als bei den Männern (Übersicht 11).

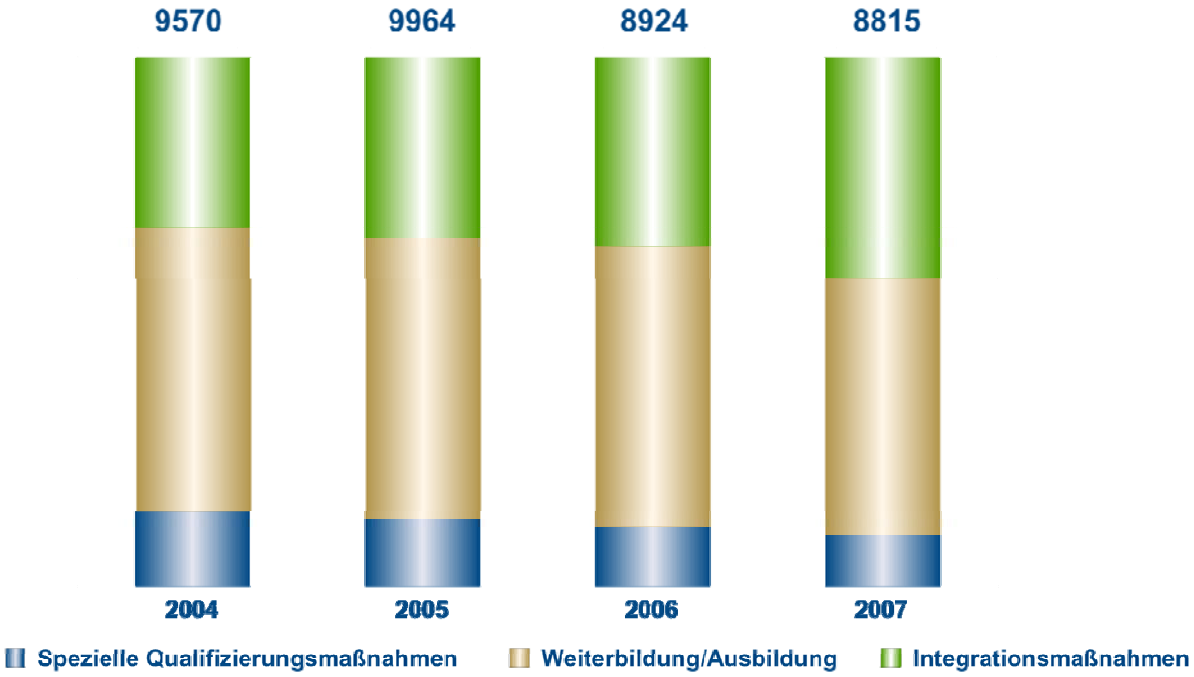
Nachdem zwischen 2000 und 2004 die Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der LTA der Rentenversicherung erheblich ausgeweitet worden waren, ist ab 2004 wieder eine deutliche

Absenkung der Zahl der Bildungsmaßnahmen zu beobachten (Erbstößer/Verhorst/Lindow, 2008: 346). Dies gilt bei Männern wie bei Frauen gleichermaßen: Die beruflichen Bildungsleistungen sind absolut und relativ zu den übrigen Leistungen wieder auf das Niveau von 2000 gesunken. Diese Entwicklung ist insofern bemerkenswert, als die absolute Anzahl der Leistungen und der Rehabilitanden im selben Zeitraum gestiegen ist.

Insbesondere wurden die speziellen Qualifizierungsmaßnahmen, Teilqualifizierungen mit einer Dauer von etwa einem Jahr sowie Weiterbildungen bzw. Umschulungen mit einer Dauer von etwa zwei Jahren, in den letzten Jahren etwas zurückgefahren (vgl. Übersicht 12). Dafür wurden die Integrationsmaßnahmen deutlich ausgeweitet. Diese Maßnahmen zielen auf die Vermittlung von Grundkenntnissen, Bewerbungstechniken und berufpraktischen Fertigkeiten (Praktika) ab. Sie dauern zwischen sechs und neun Monate und sollen unmittelbar in einer Arbeitsaufnahme münden.

Übersicht 12

Entwicklung der einzelnen Leistungen zur beruflichen Bildung in den Jahren 2004 bis 2007, in Prozent



Quelle: Statistikbände Rehabilitation 2004-2007, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_19988/SharedDocs/de/Inhalt/04

Offensichtlich wurde ein Strategiewechsel vollzogen. Die Ursachen sind möglicherweise ähnliche wie bei der Entwicklung im Regelkreis des SGB III (Erbstößer/Verhorst/Lindow, 2008: 346). Andererseits ist die Leistungsstruktur wohl auch nicht unabhängig von Budgetrestriktionen zu betrachten. Die insgesamt angestiegenen Leistungen wurden bei einem seit 2005 rückläufigen Budget (vgl. Kapitel 2.6.5) bewältigt. Eine stärkere Verlagerung auf weniger kostenintensive Maßnahmen wäre vor diesem Hintergrund durchaus nachvollziehbar.

Der Einsatz von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lässt ein altersabhängiges Muster erkennen. In den Altersgruppen bis Ende 40 spielt die berufliche Bildung eine ganz zentrale Rolle. Im Jahr 2007 machen diese Bildungsmaßnahmen zwischen 22 und 28 % der eingesetzten Maßnahmen in diesen Altersgruppen aus. Damit geht einher, dass insbesondere bei

den jüngeren Arbeitnehmern – oft auch im Zusammenhang mit diesen Langzeitmaßnahmen – eine Eignungsabklärung erfolgt. Diese Leistungsart macht bei den jungen Altersgruppen einen Anteil von 25 bis 40 % aus.

Übersicht 13

Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung nach Altersgruppen (2007)

	Alter (Jahre)								
	unter 24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 u. mehr
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Leistungsart (2007)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Auswahl von Leistungen, Eignungsabklärung	39,7	26,3	24,8	20,6	14,1	8,6	5,6	3,1	0,6
Gründungszuschuss	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1
Erhaltung/Erlangung eines Arbeitsplatzes	9,6	12,8	18,6	21,8	26,7	34,4	44,9	54,8	74,7
Berufsvorbereitung	17,3	14,3	13,6	11,1	8,6	5,0	3,9	3,3	0,9
berufliche Bildung	21,8	27,8	24,2	27,3	28,1	26,6	20,6	13,6	2,4
Rehabilitation psychisch kranker Menschen	2,4	1,4	1,0	0,7	0,7	0,6	0,4	0,2	0,1
Werkstatt für behinderte Menschen	5,2	9,8	9,2	7,7	8,8	10,4	10,2	9,4	6,5
Kfz-Hilfe-Leistungen	0,3	0,8	1,5	2,4	2,6	3,1	3,7	4,3	8,4
Leistungen an Arbeitgeber	3,7	6,6	6,9	8,2	10,1	10,9	10,4	10,9	6,4
Anzahl der Leistungen	**1697**	**4851**	**7879**	**19545**	**26966**	**23295**	**16055**	**9246**	**1275**
Nachrichtlich: Anzahl Rehabilitanden	*2617*	*3883*	*6198*	*15744*	*22139*	*19549*	*13922*	*8271*	*1188*

Quelle: Statistikbande Rehabilitation 2004-2007, http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_19968/SharedDocs/de/Inhalt/04__Formulare__Publikationen/03__publikationen/Statistiken/Alle__StatistikBroschueren.html, Stand:Jan. 09), eigene Berechnungen

Bei den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ab Mitte/Ende 40 rückt dagegen der Erhalt bzw. die Erlangung eines Arbeitsplatzes in das Zentrum des Leistungsgeschehens. Der Anteil dieser Leistungsart steigt von rund 35 % in der Altersgruppe Ende 40 auf 75 % bei der ältesten Gruppe Anfang 60 (Übersicht 13). Auch der Anteil der Arbeitgeberleistungen liegt bei den Rehabilitanden ab 40 höher als bei den jüngeren Altersgruppen.

Insgesamt betrachtet finden sich auch bei der Deutschen Rentenversicherung Akzentverschiebungen, die in dem eingangs erwähnten Ursachengeflecht begründet sein dürften.

2.6.3 Berufliche Rehabilitation im Rahmen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind bei Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation zuständig. Bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung drittgrößter Rehabilitationsträger. Die Unfallversicherung wurde im Jahr 2007 vom Gesetzgeber neu strukturiert: Seit Juni 2007 werden die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände von dem gemeinsamen Spitzenverband »Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V.« (DGUV) vertreten (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2007). Dieser ging aus der Verschmelzung des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Bundesverband der Unfallkassen hervor.

Da dieses Kapitel sich auf die Jahre 2004 bis 2007 bezieht, also die Zeit vor der Fusion abbildet, beziehen sich sämtliche Angaben in diesem Kapitel ausschließlich auf die gewerblichen Berufsgenossenschaften. Förderfälle der Unfallversicherung der öffentlichen Hand und der Landwirtschaftlichen Unfallversicherung sind nicht berücksichtigt. Die Angaben fußen auf einer Sonderauswertung der DGUV aus der Gemeinschaftsstatistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften vom März 2009.

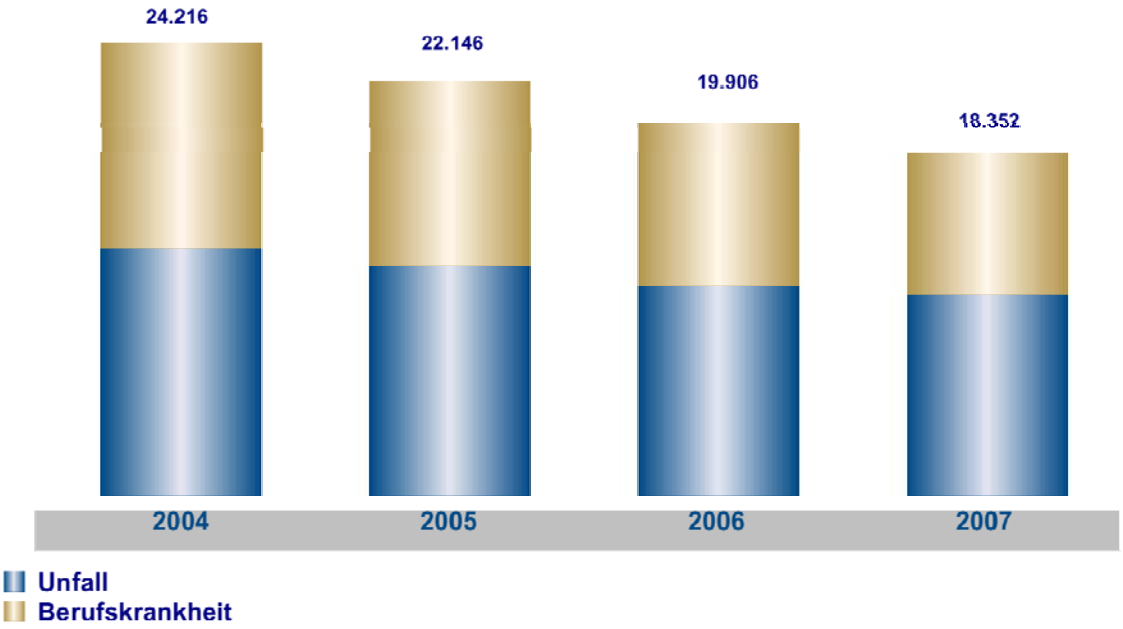
2.6.3.1 Leistungsfälle

Die gewerblichen Berufsgenossenschaften unterscheiden zwischen zwei Arten von Versicherungsfällen: Unfällen und Berufskrankheiten. Die Statistiken weisen für die letzten Jahre einen spürbaren Rückgang der Leistungsfälle aus, sowohl insgesamt als auch nach Art des Versicherungsfalles (Übersicht 14). Waren es im Jahr 2004 noch 24.216 Leistungsfälle, für die im betreffenden Jahr Aufwendungen erforderlich wurden, waren es im Jahr 2007 nur noch 18.352 Fälle. Dabei sind die Versicherungsfälle aufgrund von Berufskrankheiten deutlicher gesunken als diejenigen aufgrund von Unfällen.

LTA aufgrund von Unfällen machen dabei den größeren Teil der Leistungsfälle aus; im Jahr 2007 waren dies 58 %. Das Anteilsverhältnis der beiden Versicherungsfälle hat sich jedoch leicht verschoben; der Anteil nach Verunfallten ist in den letzten Jahren leicht gestiegen (von 55 % im Jahr 2004 auf 58 % im Jahr 2007), während der Anteil nach Berufskrankheiten leicht sank (von 45 % im Jahr 2004 auf 42 % im Jahr 2007).

Übersicht 14

Leistungsfälle der Teilhabe bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften in den Jahren 2004 bis 2007 nach Art des Versicherungsfalles



Quelle: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Geschäftsstatistiken; eigene Auswertungen DGUV

Die Verteilung der Leistungsfälle zeigt deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede (Übersicht 15). Im Bereich der Leistungsfälle nach Unfall finden sich hauptsächlich Männer; Frauen sind mit 12 % im Jahr 2007 nur in geringem Maße vertreten, und dieser Anteil hat sich im Zeitverlauf nicht geändert (2004: 11 %). Bei den Berufskrankheiten stellt sich die Situation deutlich anders dar: Hier stellen Frauen über ein Drittel (39 % im Jahr 2007) der Leistungsfälle. Auch dies hat sich im Laufe der Jahre nicht geändert (2004: 38 %).

In den Rückgängen der Leistungsfälle spiegeln sich vermutlich verbesserte bzw. geänderte Arbeitsbedingungen, gesteigerte Arbeitssicherheitsanforderungen sowie erhöhte Präventionsprogramme innerhalb der Betriebe wider, die in Zusammenhang mit der speziellen Klientel der gewerblichen Berufsgenossenschaften stehen. Rückgänge bei den Leistungsfällen im Zeitverlauf beruhen im Wesentlichen auf einem signifikanten Rückgang der Unfälle bei den Männern. Die Zahl der Förderfälle bei Frauen sinkt im Vergleich dazu nur minimal. Bei den Leistungsfällen nach Berufskrankheiten sind keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellbar. Vermutlich spiegeln sich in den Leistungsstrukturen die in Teilen unterschiedlichen Berufe und Tätigkeiten, denen Frauen und Männer nachgehen, wider.

Übersicht 15

Leistungsfälle der Teilhabe: Gewerbliche Berufsgenossenschaften 2004-2007 nach Geschäftsjahr, Alter und Geschlecht der Leistungsempfänger sowie Art des Versicherungsfalles

Art des Versicherungsfalles	Unfall			Berufskrankheit		
Altersgruppen	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
Sp. %	2004					
unter 25	8	10	8	11	19	14
25 bis 29	12	11	12	15	20	17
30 bis 34	14	12	14	15	13	14
35 bis 39	19	18	19	16	12	14
40 bis 44	18	16	18	14	11	13
45 bis 49	13	13	13	8	9	8
über 50	17	20	17	21	15	19
N=	*11811*	*1389*	*13200*	*6798*	*4218*	*11016*
	2005					
unter 25	7	8	7	11	18	14
25 bis 29	12	12	12	16	20	18
30 bis 34	13	11	13	13	13	13
35 bis 39	18	16	18	16	12	14
40 bis 44	18	16	18	14	11	13
45 bis 49	14	14	14	9	9	9
über 50	18	22	18	21	17	19
N=	*10949*	*1354*	*12303*	*6000*	*3843*	*9843*
	2006					
unter 25	7	7	7	11	18	13
25 bis 29	12	11	12	17	20	18
30 bis 34	12	11	12	12	12	12
35 bis 39	17	14	17	16	12	14
40 bis 44	19	17	18	14	11	13
45 bis 49	15	16	15	10	10	10
über 50	19	24	19	22	18	20
N=	*9891*	*1332*	*11223*	*5257*	*3426*	*8683*
	2007					
unter 25	7	8	7	12	17	14
25 bis 29	11	12	11	16	19	17
30 bis 34	11	10	11	11	12	11
35 bis 39	16	14	16	14	11	13
40 bis 44	18	16	18	13	10	12
45 bis 49	15	15	15	10	10	10
über 50	21	24	22	24	21	23
N=	*9423*	*1284*	*10707*	*4656*	*2989*	*7645*

Quelle:Reha-Maßnahmenstatistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sonderauswertung DGUV, März 2009
Ohne Unfallversicherung der öffentlichen Hand und ohne Landwirtschaftliche Unfallversicherung

Die Verteilung der Leistungsfälle der Teilhabe nach Unfall lässt nur geringe Schwerpunktsetzungen nach Altersgruppen erkennen (Übersicht 15). Allerdings zeigt sich über die vergangenen Jahre hinweg eine leichte Verschiebung: Der Anteil der Älteren hat zwischen 2004

und 2007 leicht zugenommen. Dies gilt ebenso für Leistungsfälle nach Berufskrankheiten, wobei hier die Verteilung über die Altersgruppen mit Ausnahme der über 50-Jährigen noch weniger differenziert als bei den Verunfallten.

Aufmerksamkeit verdient allerdings, dass bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, anders als bei der Bundesagentur für Arbeit oder der Deutschen Rentenversicherung, ein knappes Drittel der Rehabilitanden 45 Jahre und älter ist. Auch dies dürfte dem besonderen Klientel der gewerblichen Berufsgenossenschaften geschuldet sein.

2.6.3.2 Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Der Schwerpunkt der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen der gewerblichen Berufsgenossenschaften liegt nach einem Unfall bei den Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes (Übersicht 16). Vier von fünf Maßnahmen finden in diesem Interventionsfeld statt. Der Anteil der Arbeitsplatz erhaltenden bzw. schaffenden Maßnahmen hat sich zwischen 2004 und 2007 zudem leicht erhöht. Maßnahmen der Berufsfindung, Arbeitserprobung oder Ausbildung haben zusammen genommen (gruppiert) einen Anteil von rund 8 %. Dieser Anteil blieb über die Jahre relativ konstant. Maßnahmen der beruflichen Umschulung oder Fortbildung, die 2004 noch einen Anteil von 9 % hatten, haben sich bis zum Jahr 2007 auf 5 % reduziert, also fast halbiert. Signifikant ist auch der Rückgang bei Maßnahmen der Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, bei beruflicher Anpassung oder bei Hilfen für eine selbstständige Existenz. Diese Förderfälle haben sich von 7 % im Jahr 2004 auf 5 % 2007 verringert.

Beim Maßnahmeeinsatz zeigen sich leichte geschlechtsspezifische Effekte (Übersicht 16). Männer werden deutlich häufiger als Frauen in Maßnahmen zur Berufsfindung, Arbeitserprobung oder Ausbildung gefördert (9 % gegenüber 4 % im Jahr 2007). Bei Frauen bleibt der Anteil der Fördermaßnahmen über die Jahre relativ stabil. Der erwähnte Rückgang bei den Maßnahmen der beruflichen Umschulung oder Fortbildung schlägt sich hauptsächlich bei den Männern nieder – der Maßnahmeanteil wurde seit dem Jahr 2004 um die Hälfte zurückgefahren, auf noch 5 % im Jahr 2007.

Für den Bereich der Berufskrankheiten zeichnen die Statistiken ein etwas anderes Bild als bei den Unfällen. Im Bereich der Reha-Maßnahmen nach Berufskrankheiten spielen die Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes zwar auch eine wichtige Rolle (Übersicht 16). Insgesamt machen sie aber nur knapp die Hälfte der Förderfälle aus. Berufliche Umschulung oder Fortbildung spielt nach Berufserkrankungen eine wichtigere Rolle als bei Unfällen. Jede vierte Maßnahme findet hier als Qualifizierung statt. Dieser Anteil ist über die Jahre relativ stabil geblieben. Jeder fünfte Leistungsfall wurde im Jahr 2007 durch Berufsfindung, Arbeitserprobung oder Ausbildung gefördert. Dieser Anteil ist über die Jahre leicht gestiegen.

Übersicht 16

Reha-Maßnahmen zur Teilhabe für Versicherungsfälle der gewerblichen Berufsgenossenschaften die in den Jahren 2004 bis 2007 abgeschlossen wurden,nach Art des Versicherungsfalles, Jahr des Abschlusses (des Falles) und Geschlecht; in Prozent

Reha-Ende (Jahr)	2004	2005	2006	2007	2004	2005	2006	2007
Art desVers.-Falles	Unfall				Berufskrankheit			
Sp. %	Insgesamt				Insgesamt			
Art der Reha-Maßnahme								
Hilfe z.Erhaltung, Erlangung eines Arbeitsplatz	78	78	80	82	52	48	47	47
Berufsfindung, Arbeitserprobung, schulische und sonst. berufsvorber. Maßn., Bewerbungstraining [1], berufl. Ausbildung	7	8	9	8	14	20	19	20
Berufliche Umschulung u. Fortbildung	9	8	6	5	26	24	26	24
Umsetzung auf anderen Arbeitsplatz, berufl. Anpassung, Hilfen f. selbständige Existenz	7	6	5	5	8	8	8	9
N=	16.908	18.440	19.369	18.558	4.797	4.686	3.848	3.160
	Frauen				Frauen			
Art der Reha-Maßnahme								
Hilfe z.Erhaltung, Erlangung eines Arbeitsplatz	87	87	88	89	52	45	44	43
Berufsfindung, Arbeitserprobung, schulische und sonst. berufsvorber. Maßn., Bewerbungstraining [1], berufl. Ausbildung	3	4	4	4	16	23	22	22
Berufliche Umschulung u. Fortbildung	4	4	3	3	25	26	29	27
Umsetzung auf anderen Arbeitsplatz, berufl. Anpassung, Hilfen f. selbständige Existenz	6	5	5	4	7	6	6	8
N=	2.837	3.363	3.939	3.854	2.076	1.989	1.886	1.383
	Männer				Männer			
Art der Reha-Maßnahme								
Hilfe z.Erhaltung, Erlangung eines Arbeitsplatz	76	76	78	80	51	51	50	50
Berufsfindung, Arbeitserprobung, schulische und sonst. berufsvorber. Maßn., Bewerbungstraining [1], berufl. Ausbildung	7	9	10	9	14	17	18	19
Berufliche Umschulung u. Fortbildung	10	9	7	5	27	23	25	21
Umsetzung auf anderen Arbeitsplatz, berufl. Anpassung, Hilfen f. selbständige Existenz	7	6	5	6	9	9	9	10
N=	14.071	15.077	15.430	14.704	2.721	2.897	2.162	1.777

*) Erfassung vor 2006 unter "Schulische und sonstige berufsvorb. Maßnahmen"
Quelle:Reha-Maßnahmenstatistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften, eigene Auswertungen DGUV, März 2009
Ohne Unfallversicherung der öffentlichen Hand und ohne Landwirtschaftliche Unfallversicherung

Auch bezüglich des Maßnahmeeinsatzes sind deutliche Gender-Effekte zu erkennen (Übersicht 16). Männer werden eher als Frauen durch Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes gefördert (50 % gegenüber 43 % im Jahr 2007). Zudem ist der Anteil an diesen Maßnahmen bei den Männern über die Jahre stabil geblieben, während er bei den Frauen von 52 % im Jahr 2004 auf 43 % im Jahr 2007 deutlich gesunken ist.

Umgekehrt finden sich mehr Frauen als Männer in einer beruflichen Umschulung oder Fortbildung (27 % zu 21 %). Und auch hier gelten ähnliche Strukturverschiebungen: Der Anteil dieser Maßnahmen ist – diesmal bei den Frauen – über die Jahre relativ stabil geblieben, während er bei den Männern um sechs Prozentpunkte auf 21 % im Jahr 2007 gesunken ist.

Übersicht 17

Reha-Maßnahmen zur Teilhabe für Versicherungsfälle der gewerblichen Berufsgenossenschaften die im Jahr 2007 abgeschlossen wurden, nach Art des Versicherungsfalles und Jahr des Abschlusses (des Falles) und Alter bei Reha-Ende; in Prozent

Reha-Ende (Jahr)	Hilfe z. Erhaltung, Erlangung eines Arbeitsplatz	Berufsfindung, Arbeitserprobung, schulische und sonst. berufsvorber. Maßn., Bewerbungstraining [1], beruf. Ausbildung	Berufliche Umschulung u. Fortbildung	Umsetzung auf anderen Arbeitsplatz, beruf. Anpassung, Hilfen f. selbständige Existenz
Sp. %	Unfall			
unter 25 Jahre	6	10	7	4
25 bis 29 Jahre	7	14	18	9
30 bis 34 Jahre	8	12	19	13
35 bis 39 Jahre	11	17	22	14
40 bis 44 Jahre	15	19	18	16
45 bis 49 Jahre	16	12	10	17
über 50 Jahre	36	16	6	27
N=	*15.141*	*1.493*	*906*	*1.018*
	Berufskrankheit			
unter 25	12	20	18	12
25 bis 29	14	23	30	17
30 bis 34	9	11	16	15
35 bis 39	13	18	16	18
40 bis 44	13	12	10	15
45 bis 49	12	8	7	12
über 50	26	8	3	11
N=	*1.482*	*647*	*748*	*283*

[1] Erfassung vor 2006 unter "Schulische und sonstige berufsvorb. Maßnahmen"
Quelle: Reha-Maßnahmenstatistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften, eigene Auswertungen DGUV, März 2009
Ohne Unfallversicherung der öffentlichen Hand und ohne Landwirtschaftliche Unfallversicherung

Die Auswertung des Maßnahmeeinsatzes nach Altersgruppen lässt deutliche Schwerpunktsetzungen nach Eintritt eines Unfalls erkennen (Übersicht 17). Hilfen zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes kommen schwerpunktmäßig Älteren zugute. Zwei Drittel der Förderfälle sind 40 Jahre und älter. Ähnlich verhält sich dies bei Maßnahmen der Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, der beruflichen Anpassung oder Hilfen für selbstständige Existenz; 60 % der Geförderten sind hier über 40 Jahre alt. In Maßnahmen der beruflichen Umschulung oder Fortbildung hingegen finden sich eher jüngere Jahrgänge; 44 % der Geförderten sind hier unter 35 Jahre alt. Jeder dritte Geförderte in Maßnahmen von Berufsfindung, Arbeitserprobung oder Ausbildung ist ebenfalls jünger als 35 Jahre.

Bei den Versicherungsfällen nach Berufskrankheiten zeigt sich ein ähnliches Bild. In Maßnahmen von Hilfen zum Erhalt oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes ist mehr als die Hälfte 40 Jahre und älter. Hingegen ist über die Hälfte (54 %) der Förderfälle in Maßnahmen von Berufsfindung, Arbeitserprobung oder Ausbildung jünger als 35 Jahre, in Maßnahmen der beruflichen Umschulung oder Fortbildung sind es sogar 64 %. Die einzige Ausnahme bilden Maßnahmen der Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz, der beruflichen Anpassung oder Hilfen für selbstständige Existenz; hier herrscht eine relative Gleichverteilung von jüngeren und älteren Altersgruppen vor.

2.6.4 Zwischenfazit: Strategiewandel bei Bildungsmaßnahmen und heterogene Datenlage

Die Förderstatistiken der Rehabilitationsträger weisen zum Teil erhebliche Unterschiede von LTA im dreigliedrigen Rehabilitationssystem auf. Diese beruhen im Wesentlichen auf den unterschiedlichen Rechtsaufgaben und Versicherungszuständigkeiten der Träger. Die Förderfälle unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihres Alters, ihres Erwerbsstatus und ihrer Vorgeschichte. Insofern bedienen die drei Träger also ganz unterschiedliche Bereiche und Arbeitnehmer bzw. arbeitslose Personen.

Bemerkenswert sind deshalb die Übereinstimmungen und vergleichbaren Strukturen beim Maßnahmeeinsatz. Bei allen drei Rehabilitationsträgern ist eine Tendenz zum altersspezifischen Maßnahmeeinsatz erkennbar. Ältere Arbeitnehmer ab Mitte 40 werden signifikant häufiger mit Instrumenten zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes beruflich rehabilitiert. Jüngere Arbeitnehmer gelangen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in Umschulungs-, Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen. Ob dieser Maßnahmeeinsatz sich an Amortisierungsüberlegungen im Hinblick auf die Restlebensarbeitszeit orientiert oder andere Erwägungen wie z.B. die Lernfähigkeit und Lernmotivation im Alter zugrunde liegen, lässt sich an dieser Stelle nicht entscheiden. Dies ist eine empirische Frage, für die keine Forschungsergebnisse vorliegen. Unabhängig von der dahinter stehenden Ursache verdient allerdings der Sachverhalt Aufmerksamkeit, dass ältere Rehabilitanden offensichtlich mit einer kurzfristigeren Strategie gefördert werden als jüngere. Bei allen Trägern ist eine Tendenz zu beobachten, den Anteil der Qualifizierungs- und Umschulungsmaßnahmen zu verringern und Arbeitsplatz erhaltende und vermittelnde Maßnahmen auszuweiten. Die berufliche Rehabilitation gewinnt damit zunehmend eine kurzfristigere, vermutlich auch Kosten reduzierende Ausrichtung. War die berufliche Rehabilitation früher stärker auf eine berufliche Neupositionierung der Rehabilitanden orientiert, richtet sich nun das Augenmerk stärker auf eine kurzfristige Rückführung in die Arbeitswelt. Ob dieser Strategiewandel unter Nachhaltigkeitsgesichtspunkten richtig ist, lässt sich in Anbetracht fehlender Wirkungsanalysen kaum entscheiden. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Arbeitswelt und die Rentenzahlung gilt es allerdings kritisch zu diskutieren, ob nicht vielmehr eine Qualifizierung von behinderten Menschen unter dem Gesichtspunkt der verlängerten Lebensarbeitszeit und der hohen Anforderungen an die Qualifikation und Flexibilität von Arbeitnehmern im Sinne einer nachhaltigen Integration erforderlich ist.

Auch spiegelt sich in den hier durchgeführten Auswertungen die unterschiedliche Datenlage wider, die unterschiedlichen Systeme, in denen die einzelnen Statistiken bei den Trägern geführt werden. Selbst wenn eine Vergleichbarkeit zwischen den Trägern aufgrund des unterschiedlichen Klientels nur bedingt möglich ist, kann die Wirkung von beruflicher Rehabilitation nur bei differenzierter statistischer Erfassung gemessen werden. Dies ist zurzeit nicht bei allen Rehabilitationsträgern möglich.

2.6.5 Finanzielle Ausgaben der Rehabilitationsträger[14]

Die Entwicklung der Leistungen ist nicht unabhängig von den Budgets der Kostenträger zu sehen. Diese standen in den letzen Jahren unter erheblichem Druck, ihre Gesamtkosten zu senken, um beispielsweise auch zur Senkung der Lohnnebenkosten beizutragen. Infolgedessen haben alle Sozialversicherungsträger ihre Ausgaben einer kritischen Kontrolle unterzogen. Dies trifft relativ einheitlich auf alle Träger zu. So haben im Jahr 2007 die drei größten Träger beruflicher Rehabilitation (Bundesagentur für Arbeit, Deutsche Rentenversicherung Bund und Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) 3,4 Milliarden Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgegeben, und damit etwa 25 % weniger als noch im Jahr 2003 (4,5 Milliarden Euro).

Den größten Anteil zu den Aufwendungen der Teilhabeleistungen trägt die Bundesagentur für Arbeit mit ca. 2,17 Milliarden Euro bei und damit 790 Millionen weniger als noch 2003 (2,96 Milliarden Euro; Übersicht 18). Sie unterscheidet dabei in Pflichtleistungen der beruflichen Rehabilitation, die den größten Teil der Leistungen ausmachen, sowie Ermessensleistungen beruflicher Rehabilitation (hier und im Folgenden: (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2008: 23). Vor allem letztere wurden mit 59 Millionen Euro im Jahr 2007 im Vergleich zu noch 424 Millionen Euro im Jahr 2003 deutlich reduziert. Pflichtleistungen umfassen hierbei Übergangsgeld, Ausbildungsgeld und -beihilfe, Teilnahmekosten für Maßnahmen, sonstige Hilfen (wie Kfz-Hilfen oder Wohnkosten), Darlehen für sonstige Hilfen und andere mehr. Die Ermessensleistungen umfassen u.a. Unterhaltsgeld, Förderung benachteiligter behinderter Auszubildender, Zuschüsse zu Kosten beruflicher Wiedereingliederung, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie Darlehen für Mobilitätshilfen. Zusätzlich zahlt die Bundesagentur Zuschüsse zur Förderung der Eingliederung besonders betroffener schwerbehinderter Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt (117 Millionen Euro im Jahr 2007; (Bundesagentur für Arbeit, 2008: 59); (BAR, 2008: 23).

Die Rentenversicherung hat im Jahr 2007 1,06 Milliarden Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgegeben, und damit knapp 176 Millionen Euro weniger als noch 2003 (1,24 Milliarden Euro, Übersicht 18; hier und im Folgenden: (BAR, 2008: 22). Im Jahr 2007 entfiel der größte Teil der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit 33 % auf die Zahlung von Übergangsgeld. 13 % waren stationäre und 33 % ambulante Leistungen. 12 % waren Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes. Für spezielle Aufgaben (wie Abklärung der beruflichen Eignung, Arbeitserprobung) wurden 2 % und für sonstige ergänzende Leistungen 5 % aufgewandt.

Am deutlichsten sind die Ausgaben von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Unfallversicherung gesunken (Übersicht 18). Das Budget sank von 317 Millionen Euro im Jahr 2003 auf 179 Millionen Euro im Jahr 2007. 45 % der Leistungen waren Sachleistungen, 36 % Übergangsgeld inklusive Sozialversicherungsbeiträge, die übrigen Ausgaben verteilten sich auf Barleistungen, Reisekosten, Betriebshilfen und anderes (BAR, 2008: 23).

[14] Das folgende Kapitel stellt eine Zusammenfassung aus Publikationen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR-Informationen 3/2006 und 3/2008, Kapitel: Aus der Statistik) dar.

Übersicht 18

Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (in Mio.€) in den Jahren 2003 bis 2007, nach Trägern der Rehabilitation

	2003	2004	2005	2006	2007
Bundesagentur für Arbeit					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	2.965	2.940	2.641	2.304	2.175
darunter:					
Pflichtleistungen der berufl. Rehabilitation	2.541	2.556	2.482	2.224	2.116
Ermessensleistungen der berufl. Rehabilitation	424	384	159	80	59
Rentenversicherung					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	1.240	1.288	1.233	1.102	1.064
Unfallversicherung					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	317	297	254	209	179
Nachrichtlich:					
Integrationsämter					
Begleitende Hilfe im Arbeitsleben	260	292	320	298	280
Arbeitsmarktprogramme	32	29	27	15	11
Sozialhilfe (GSH) - Eingliederungshilfe[1]					
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	205	214	240	246	196

[1] Bruttoausgaben, durch Umstellung der Statistik der Eingliederungshilfe sind vergleichbare Angaben zu den Ausgaben 2003 und 2004 nur bedingt möglich.

Quelle: BAR-Informationen, div. Ausgaben

Die Eingliederungshilfen der Sozialhilfe als Rehabilitationsträger im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind 2007 mit 196 Millionen Euro im Vergleich zu 2003 mit 205 Millionen Euro ähnlich, wobei die zwischenzeitlichen Anstiege wieder zurückgingen, vermutlich bedingt durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe (Übersicht 18; Leistungen in anerkannten WfbM sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (u.a. Hilfen zur angemessenen Schulbildung, Hilfen zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder Hilfen zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit) werden hier nicht ausgewiesen).

Die Integrationsämter wandten im Jahr 2007 insgesamt 291 Millionen Euro für begleitende Hilfen im Arbeitsleben sowie für Arbeitsmarktprogramme auf, ein Betrag, der über die Jahre stabil geblieben ist (Übersicht 18).

Damit hat sich allein in den letzten drei, vier Jahren die Landschaft der beruflichen Rehabilitation strukturell und finanziell deutlich geändert. Aber auch die in den vorhergehenden Kapiteln beschriebenen politischen Entwicklungen setzten Akzente bei der beruflichen Rehabilitation. Das Bild wäre aber nicht vollständig, zeigte es nicht auch die Sicht der in dem Feld vertretenen Akteure, der Rehabilitationsträger, Maßnahmeträger und nicht zuletzt der Rehabilitanden selbst. Dies wird im nächsten Kapitel thematisiert.

3 Stand und Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen aus der Sicht der Akteure

Zur Unterstützung der Arbeit der Wissenschaftlichen Fachgruppe wurden die Vorstellungen, Ideen und Erfahrungen von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsberechtigten in die Überlegungen mit einbezogen. Mit allen relevanten Leistungsträgern und Leistungserbringergruppen wurde eine Anhörung durchgeführt. Hierzu wurde von der Fachgruppe ein für alle im Wesentlichen einheitlicher Fragenkatalog erstellt (s. Anhang). Die Fragenkomplexe betrafen folgende Themenfelder:

- Zugangssteuerung zur beruflichen Rehabilitation
- Durchführung der beruflichen Rehabilitation
- Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel
- Weiterentwicklung der Strukturen des Rehabilitationssystems
- Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Die Beantwortung erfolgte im Falle der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Bundesagentur für Arbeit (BA) schriftlich und mündlich, von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) schriftlich und von den Leistungserbringern mündlich.

Die Kernaussagen aus diesen Anhörungen sind im Anhang zusammenfassend wiedergegeben.

Darüber hinaus wurde mit Leistungsberechtigten ein Workshop durchgeführt. Im Mittelpunkt des Workshops stand das Thema Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten in der beruflichen Rehabilitation. Am Workshop nahmen außerdem Vertreter von Leistungsträgern und Leistungserbringern teil. Die verschiedenen Akteure diskutierten die vorgegebenen Themen im ersten Schritt in den jeweiligen Gruppen unter sich und danach in gemischten Gruppen. Ein umfassender Ergebnisbericht ist im Anhang beigefügt. Die Dokumentation der genannten Aktionen gibt eine Vielzahl an Hinweisen auf die aktuelle Situation in der beruflichen Rehabilitation und einen Überblick über die verschiedenen Vorstellungen zur weiteren Entwicklung aus Sicht der Akteure. Im Folgenden soll auf einige Kernthemen innerhalb der Themenfelder besonders aufmerksam gemacht werden.

3.1 Zugangssteuerung

Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, die am **Workshop** teilnahmen, haben sich u.a. sehr dezidiert über das Zugangsverfahren geäußert. Von 36 Teilnehmern hatten nur fünf Teilnehmer ohne größere Schwierigkeiten und Probleme den Zugang zum Reha-Verfahren geschafft. Die Aussagen sind nicht repräsentativ und die Informationen aus den Diskussionen im Workshop wurden nicht systematisch erhoben, aber sie geben doch wichtige Hinweise für die Beurteilung der allgemeinen Situation vor dem Eintritt in den Rehabilitationsprozess.

Zu dieser Unterstützung sind mit dem SGB IX Gemeinsame Servicestellen geschaffen worden. Diese haben einen wichtigen Stellenwert bezüglich Information und Beratung des potenziellen Rehabilitanden bis hin zur Klärung des Rehabilitationsbedarfs und zur Information über das weitere Vorgehen für die Ratsuchenden. Den Rehabilitanden im Workshop waren

die Servicestellen jedoch weitgehend unbekannt. Ihr Zugang zur Rehabilitation verlief unabhängig von den Servicestellen. Dies bestätigt noch einmal die Aussagen des zweiten Berichts der BAR über die Gemeinsamen Servicestellen vom 14.12.2007 (BAR, 2007), dem zu entnehmen ist, dass im Verhältnis zur jährlichen Zahl der Reha-Anträge bei allen Leistungsträgern nur eine verschwindend geringe Anzahl von Beratungsfällen zu Reha-Anträgen zu verzeichnen ist.

Weitere Aussagen der Leistungsberechtigten sind nachfolgend zusammengestellt:

- Von fast allen Beteiligten wurde die fehlende Transparenz des Systems beklagt.
- Die Aussagen wiesen darauf hin, dass in der Gesellschaft eine weit verbreitete Unkenntnis über berufliche Rehabilitation vorliegt. Keiner der Teilnehmer hatte im Vorfeld einschlägige Kenntnisse.
- Es wurde von nahezu allen Teilnehmern angegeben, dass der Umfang der Informationen, die den Ratsuchenden durch die Kontaktmitarbeiter der Leistungsträger vermittelt wurden, zu gering war, um als Grundlage für eine unabhängige persönliche Entscheidung zu dienen.
- Der Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation wurde kritisiert (wenig Koordination, Zeitverzögerungen).
- Es wurde allgemein angegeben, dass die Beteiligung des Leistungsberechtigten bei den Entscheidungen wegen des fehlenden Informationshintergrundes häufig nur formal gegeben war.
- Es wurde auf Verfahrensverzögerungen und Verschleierungen hingewiesen, die nach Meinung von Teilnehmern zumindest teilweise bewusst erzeugt wurden.
- Es wurde angedeutet, dass die Informations- und Beratungsprozesse in ihrer Qualität sehr stark abhängig von der Person des Beraters waren.
- Es wurde vielfach ein herablassendes, entmündigendes Verhalten der zuständigen Sachbearbeiter der Leistungsträger erlebt (keine Gespräche auf Augenhöhe).
- Es wurde häufig die Meinung vertreten, dass die Beratungsqualität nicht ausreichend war (fehlende Kompetenz, Massengeschäft, keine klaren Zuständigkeiten).
- In einer Arbeitsgruppe von zwölf Teilnehmern gaben drei Teilnehmer an, sie seien erst durch Sonderwege zu ihrer Rehabilitationsmaßnahme gekommen (Brief an die Bundeskanzlerin, Brief an den Geschäftsführer einer Agentur für Arbeit, Terminfindung in der Agentur nur über einen Rechtsanwalt). Diese Teilnehmer hatten den Eindruck, dass umfassende Leistungen nur gewährt werden, wenn mit Anwälten oder Klage gedroht wird.
- Bei der Meinungsbildung über die einzelnen Leistungsträger ergab sich, dass hier erhebliche Unterschiede bestanden: Die größten Hindernisse und Probleme wurden bei den optierenden Gemeinden und Arbeitsgemeinschaften sowie der Bundesagentur für Arbeit wahrgenommen. Die Erfahrungen mit Rententrägern bewegten sich im Mittelfeld der Kritik. Die Berufsgenossenschaften wurden mehrheitlich gut beurteilt.

Wie schon eingangs bemerkt sind dies keine belastbaren Ergebnisse, aber die Hinweise könnten im Rahmen einer geeigneten Studie näher untersucht werden.

Im Laufe der Diskussion in den verschiedenen Workshopgruppen wurden auch Verbesserungsvorschläge abgeleitet:

- Mehr allgemeine Informationen über berufliche Rehabilitation
- Mehr Fortbildung für die handelnden Personen
- Unabhängige Beratungsangebote
- Unterstützung in der Beratungssituation durch Rehabilitanden bzw. ehemalige Rehabilitanden, die ihre Erfahrungen zur Verfügung stellen können und praktische Hilfen auf „Augenhöhe“ als Gleichgestellte geben können (Reha-Pilot)
- Einrichtung von regelmäßigen Veranstaltungen mit Betroffenen und Vertretern von Leistungsträgern und Leistungserbringern, um Erfahrungen rückzukoppeln, im Sinne eines Dialoges der Akteure
- Einführung eines betrieblichen Praktikums in der Beratungsphase zur Unterstützung der Entscheidungsfindung
- Gezielte Motivierung des Ratsuchenden nach der Maxime „keine Reha-Maßnahme ohne Motivation des Leistungsberechtigten“, d.h. ggf. Vorschaltung von motivationsfördernden Maßnahmen zur Aktivierung der Leistungsberechtigten

Die Fragen, die den verschiedenen Vertretern der **Leistungserbringer** zum Thema Zugangssteuerung gestellt wurden, führten in der Tendenz zu vergleichbaren Resultaten. Die Antworten ergänzten sich aber auch aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsfelder und ergaben insgesamt ein abgerundetes Bild aus der Perspektive der Leistungserbringer. Die Kernaussagen in den zusammengefassten Ergebnissen im Anhang geben einen deutlichen Eindruck der verschiedenen Erfahrungen und subjektiven Sichtweisen zur aktuellen Situation der beruflichen Rehabilitation im Erwachsenenbereich.

Übereinstimmend werden Zugangshemmnisse bei allen Trägern und im Besonderen bei der Arbeit der Bundesagentur für Arbeit (BA) und im Speziellen bei den SGB II-Institutionen beschrieben. Gleiches gilt für Hinweise auf systematische Schwierigkeiten (organisatorische, fachliche) beim Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation im Verantwortungsbereich der Deutschen Rentenversicherung (DRV).

Weiterhin ist nach Aussage der Workshopteilnehmer eine notwendige Qualität von Information und Beratung nicht gegeben. Diese ist aber Voraussetzung für die im SGB IX eingeforderte Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten. Unter anderem wird in diesem Zusammenhang auf die öfter fehlende Kompetenz des Fachpersonals hingewiesen. Es wird auch vermutet, dass der Informations- und Beratungsprozess unter Umständen manchmal einen Lenkungsprozess für Entscheidungen im Sinne des Leistungsträgers beinhaltet. Zudem geben die Leistungserbringer an, dass alle Leistungsträger in unterschiedlichem Maße die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben budgetieren, und davon auch die Bewilligung von Leistungen abhängig gemacht wird. Ein sehr wichtiger Komplex ist die von allen Befragten unterstellte und beklagte Benachteiligung von verschiedenen Zielgruppen, insbesondere von Menschen mit psychischen Behinderungen, Älteren und Frauen. Dies wurde auch teilweise im Zusammenhang der erlebten Prozessabläufe beschrieben. Beispielsweise wurde auf die konkrete Anordnung eines Leistungsträgers hingewiesen, dass Leistungen der beruflichen Rehabilitation (unhabhängig von individuellen Voraussetzungen) generell nur für Personen zulässig seien, die nach Abschluss des Rehabilitationsprozesses noch keine 45 Jahre alt seien.

Es wurden auch verschiedene Verbesserungsvorschläge aus Sicht der operativen Arbeit gemacht, nicht zur Veränderung des Rehabilitationssystems, sondern im Wesentlichen zur Optimierung der laufenden Arbeit. Von allen wird eine geeignete Form des übergreifenden

und durchgängigen Prozessmanagements erwünscht. Eine stärkere Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation wird für sehr notwendig erachtet. Einvernehmen herrscht auch beim Hervorheben der Notwendigkeit der Einführung und geeigneten Anwendung der ICF als Klassifizierungsinstrument für die Steuerung von Rehabilitationsprozessen.

Alle **Leistungsträger** geben übereinstimmend an, dass finanzielle Begrenzungen (Budgets) sich bei bestehenden Rechtsansprüchen nicht auf die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe auswirken. In dem Zusammenhang wird auch keine Unterversorgung bei bestimmten Personengruppen gesehen. Insgesamt werden keine größeren Informations- und Beratungsschwierigkeiten als Störungen für einen reibungslosen Zugang zur Reha-Leistung angenommen.

Die DRV z.B. sieht ein niederschwelliges Informationsangebot als wichtige Zugangsvoraussetzung an, das z.B. durch die Gemeinsamen Servicestellen realisiert werden soll und merkt Verbesserungsbedarf an. Eine Mitsprache der Leistungsberechtigten beim Reha-Zugang und bei der Entscheidung zu Leistungen zur Teilhabe wird allgemein als ausreichend gegeben angesehen.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) weist in diesem Zusammenhang auf ein Pilotprojekt zur verstärkten Partizipation hin. Die positiven Erfahrungen in diesem Pilotprojekt sollen für eine grundsätzliche Veränderung des Eingangsverfahrens genutzt werden.

Grundsätzlich sprechen sich auch die Leistungsträger für die Anwendung der ICF als Klassifizierungsinstrument aus, wobei sie alle noch am Anfang stehen, jedoch für die Zukunft in diesem Instrument eine Unterstützung bei der Feststellung des individuellen Reha-Bedarfs sehen. Zudem sieht die DRV beim Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation noch Verbesserungsbedarf. Hier fordert auch die BA Kontinuität des Gesamtprozesses ein.

Insgesamt wird aber systematisch wenig Veränderungsbedarf gesehen, da man sich aus Sicht der Leistungsträger konzeptionell auf dem richtigen Weg sieht, wobei im Einzelnen die Umsetzung ins Tagesgeschäft immer verbesserungsfähig bleibt.

3.2 Durchführung der beruflichen Rehabilitation

Die im Anhang zusammengefassten Anhörungsergebnisse zeigen, dass eine der entscheidenden Fragestellungen in der aktuellen Umsetzung der beruflichen Rehabilitation im Erwachsenenbereich ist, welcher Qualifizierungsumfang des Rehabilitanden für das Rehabilitationsziel „nachhaltige Integration“ erforderlich ist. Nach den Erfahrungen der Leistungserbringer ist eine möglichst umfassende Qualifikation, ausgerichtet an den Anforderungen des Arbeitsmarkts, erforderlich, um vor allem die Nachhaltigkeit sicherzustellen. Aus Sicht der Leistungserbringer unterscheiden sich die Leistungsträger deutlich in Bezug auf ihre Präferenzen für bestimmte Bildungsmaßnahmen. Die Rentenversicherungen verfolgen nach Einschätzung der Leistungserbringer in der Regel die Zielrichtung umfassender Qualifizierung. Eine völlig andere Tendenz beobachten die Leistungserbringer bei der BA. Hier werde der Grundsatz einer möglichst kurzen Qualifikation wahrgenommen. Das gelte insbesondere für die allgemeinen Maßnahmen der Rehabilitation (Arbeitsplatzfähigkeit statt Beschäftigungsfähigkeit als Ziel). Dies sei bei der DGUV weniger erkennbar. Von den Leistungserbringern wird einhellig darauf hingewiesen, dass Kurzmaßnahmen vor allem auch für den Personenkreis der psychisch behinderten Menschen bezüglich ihrer persönlichen Entwicklung problematisch sein können.

In der Anhörung hat die DRV bestätigt, dass für sie eine umfassende Qualifizierung eine wichtige Voraussetzung und vorrangiges Rehabilitationsziel ist. Beschäftigungs- und Eingliederungschancen sind bei Auswahl von Maßnahmen ebenfalls ein Entscheidungskriterium. Wichtig ist aber auch die Motivation und Leistungsbereitschaft des Einzelnen. Zudem wird die Arbeitsmarktentwicklung berücksichtigt. Vorgaben hinsichtlich einer Rangfolge von Maßnahmearten existieren nicht. Ähnliches gilt für die DGUV, wobei sie noch den Vorrang von der Erhaltung des Arbeitsplatzes im alten Betrieb betont sowie von wohnortnaher und betrieblicher Rehabilitation, aber unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts. Flexible und pragmatische Lösungen werden angestrebt. Auch die BA betont, dass durch Eingliederungskonzepte allgemeine und individuelle arbeitsmarktliche Chancen zusammengebracht werden müssen. Daneben betont auch sie den Vorrang wohnortnaher Angebote. Zudem verweist die BA darauf, dass die veränderte Berufswelt mit einer Entwicklung weg von Formalqualifikationen hin zu Fachkompetenzen und schnelllebigen inhaltlichen Veränderungen zu berücksichtigen ist.

3.3 Berufliche Rehabilitation und der gesellschaftliche Wandel

Alle Beteiligten sind sich darin einig, dass individualisierte Reha-Prozesse in Zukunft verstärkt erforderlich sind, und dass im Hinblick auf das Integrationsziel die Kenntnis der regionalen Entwicklung des Arbeitsmarktes von entscheidender Bedeutung ist. Hierzu müssen noch geeignete Instrumente entwickelt werden. Die Notwendigkeit der stärkeren Verbindung von Prävention, betrieblicher Eingliederung (BEM) und Rehabilitation wird als wichtig erachtet. In diesem Zusammenhang werden nach Meinung aller Regionalisierung, Wohnortnähe und Flexibilisierung bei Leistungsangeboten zunehmende Bedeutung gewinnen. Die Leistungserbringer weisen nochmals darauf hin, dass zukünftig zunehmend auch Ältere eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten müssen. Es werden aber Bedenken geäußert, dass das tatsächlich von den Leistungsträgern realisiert wird. Die DRV geht jedoch davon aus, dass aufgrund der demografischen und gesetzlichen Entwicklung zukünftig vermehrt Ältere erfasst werden. Bei der DGUV stellt sich die Frage so nicht. Hier geht es altersbedingt eher um die Art der Maßnahme. Die BA verweist in diesem Zusammenhang auf Prävention, die an Bedeutung gewinnen muss.

3.4 Weiterentwicklung der Strukturen des Rehabilitationssystems

Alle Befragten äußerten, dass zukünftig die Leistungserbringungsprozesse eine stärkere Kooperation bzw. Vernetzung mit Betrieben bzw. Verwaltungen benötigen. Die Individualisierung der Leistungsprozesse muss diese Anforderungen berücksichtigen. Es wird von Leistungserbringern teilweise darauf hingewiesen, dass derartige individuelle und flexible Prozesse neue Strukturen bei Leistungserbringern und Leistungsträgern sowie gegebenenfalls mehr personellen und organisatorischen Aufwand erforderlich machen.

Neue Koordinierungsstrukturen für die berufliche Rehabilitation Erwachsener werden allgemein als nicht notwendig erachtet, obwohl andererseits verschiedene Mängel in der heutigen Verfahrensweise aufgeführt werden. Aus Sicht der Leistungserbringer findet eine grundsätzliche Abstimmung zwischen den Leistungsträgern immer weniger statt. Das Gleiche wird reklamiert bei der Abstimmung zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern, vor allem mit der BA bzw. den SGB II-Trägern. Einer der Leistungserbringer (BTZ) vermisst eine trägerübergreifende Institution für die Definition von Qualitätsstandards. Insgesamt gibt es

zumindest Hinweise für Handlungsbedarf. Aber es wird stets nur eine Reparatur von Mängeln angesprochen, nie eine generelle Untersuchung oder Veränderung von Strukturen gefordert. Als positiv wird die Rolle des BMAS als Prozesstreiber für neue Entwicklungen gesehen.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass der Nutzen von Prämienmodellen für die Vergütung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allgemein zurückhaltend bewertet wird. Es werden Vor- und Nachteile aufgeführt, aber es wird keine abschließende Bewertung versucht.

3.5 Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Allgemein wird festgestellt, dass bisher wenige Erkenntnisse aus Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung stehen. Alle Befragten sehen die Unterstützung ihrer Arbeit durch Forschung im Grundsatz positiv. Es werden auch eine Reihe von Forschungsthemen und konkrete Felder zur wissenschaftlichen Bearbeitung aufgeführt. Die DRV benennt als Forschungsthemen u.a. Entwicklung von Assessments zur Prozess- und Leistungssteuerung, Forschung zu Prädiktoren des Erfolgs von LTA. Zudem verweist sie auf den Bericht der Reha-Kommission Berufsförderung, in dem konzeptionelle Vorstellungen zu wissenschaftlicher Arbeit eingegangen sind. Hier setzt die DGUV an, die u.a. die Untersuchung von Auswirkungen einer arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation auf die frühzeitige berufliche Wiedereingliederung als eine Forschungsfrage benennt, ebenso wie den Vergleich von Wiedereingliederungserfolgen unterschiedlicher Maßnahmen. In diese Richtung zielen auch die Vorschläge der BA, die u.a. auch die Forschungsfrage der Veränderung der Rehabilitation durch demografische Entwicklung bzw. durch die Veränderung der Arbeitswelt benennt.

3.6 Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

Aufgrund der zentralen Bedeutung des Themas „Selbstbestimmung/Selbstverantwortung“ der Leistungsberechtigten im SGB IX und damit auch in der Arbeit der wissenschaftlichen Fachgruppe sollen alle Aussagen, die hierzu im Workshop wie auch in den Anhörungen gefallen sind, noch einmal gesondert zusammengefasst werden. Die Hinweise in beiden Veranstaltungen geben ein deutliches Bild der Wirklichkeit bezüglich der aktiven, selbstbestimmten und verantwortlichen Beteiligung der Leistungsberechtigten in allen Phasen des Reha-Prozesses (Beratung, Entscheidung, Umsetzung der Reha-Leistung und Integration). Die Rehabilitanden betonen den im SGB IX formulierten Anspruch, dass ein Mensch mit Behinderung nicht als Objekt behandelt wird, sondern auf Augenhöhe als selbstbestimmte und selbstverantwortliche Persönlichkeit. In ihren Augen setzen dies die Leistungserbringer und Leistungsträger allerdings nicht durchgängig um. Sie haben eher den Eindruck, dass im Selbstverständnis der Akteure in der aktuellen Reha-Arbeit das SGB IX nur eine aktive Beteiligung der Betroffenen im Prozess und keine selbstbestimmten, selbstverantworteten und selbstorganisierten Handlungen der Betroffenen im Reha-Prozess vorsieht. Allerdings bezweifeln sie auch, ob intellektuelle Voraussetzungen und Kompetenzen einzelner Leistungsberechtigter im Normalfall konsequente selbstbestimmte und -gesteuerte Handlungsabläufe in allen Phasen des Reha-Prozesses zulassen. Ähnlich argumentierten die Leistungserbringer und Leistungsträger bei den Anhörungen.

Dennoch forderten Vertreter der Betroffenen im Workshop nachdrücklich mehr Selbstverantwortung im Prozess und sahen dies als selbstverständliche Voraussetzung für Selbstbestimmung an. Sie sahen sich und ihre Mitbetroffenen auch ohne Weiteres dazu in der Lage, unter Voraussetzung der dazu notwendigen Informationen und Beratung. Vor allem das Zulassen der Eigenständigkeit bei der möglichst selbstständigen Suche nach dem richtigen Weg wurde reklamiert, wobei die Selbstständigkeit durch Unterstützung und Anleitung erst entwickelt werden müsse (Hilfe zur Selbsthilfe). Die Überprüfung der selbst erarbeiteten Ergebnisse durch die Fachkräfte der Leistungsträger wurde als selbstverständlich vorausgesetzt.

3.7 Resümee

Die Diskrepanzen in der Beurteilung und Bewertung der Lage bei Leistungsträgern und -erbringern fallen auf. Die Unterschiede sind nur teilweise den verschiedenen Interessenlagen der Akteure geschuldet, teilweise dem unterschiedlichen Klientel, das die jeweiligen Institutionen betreuen. Aber es geht auch um grundsätzliche Positionen und Sichtweisen zur beruflichen Rehabilitation, den Unterschied zwischen Theorie und Praxis, zwischen dem, was man möchte und dem, was machbar ist. Aber auch politische Interessen spielen u.a. als Einflussgröße mit.

Wenn man alle Aussagen zusammenfasst, drängen sich u.a. folgende Fragen auf:

- Muss man heute von einem bewirtschafteten Rechtsanspruch sprechen? Diese Frage wird von den Leistungserbringern bejaht. Aus Sicht der Leistungsträger gibt es keinen Zusammenhang zwischen Bewilligungsentscheidung und finanzieller Ausstattung. Im Vordergrund steht der individuelle Bedarf. Festzustellen ist jedoch auch, dass fehlende Transparenz des Systems den Zugang zur beruflichen Rehabilitation und damit den Kostenaufwand beeinflusst.
- Gab und gibt es einen Mangel an grundsätzlichem Interesse bei den Akteuren, sich den aus großer praktischer Erfahrung geborenen Vorschlägen der Reha-Kommission (siehe unten) anzunehmen?
- Ist eine gemeinsame Entwicklung, getragen von Leistungsträgern und -erbringern, grundsätzlich überhaupt möglich oder erwünscht? Im gegliederten System müssten für gemeinsame Entwicklungen Mittel und Wege gefunden werden. Dazu gehört vor allem aber auch die Einsicht in den grundsätzlichen Bedarf von Forschung und Entwicklung zur Zukunftssicherung einer effektiven und effizienten beruflichen Rehabilitation, wobei die Forschung und Entwicklung bezogen auf den Bedarf aller Akteure koordiniert wird. In der Anhörung wurde dies wenig erkennbar. Chancengerechtigkeit für Leistungsberechtigte setzt aber an erster Stelle voraus, dass grundlegende Entwicklungen von allen Beteiligten gemeinsam betrieben, getragen und umgesetzt werden, damit im gegliederten System die Abdeckung von Schnittstellen und die Harmonisierung von Leistungen im Interesse der Leistungsberechtigten möglich bleiben. Heute führen immer noch die unterschiedlichen Sichtweisen der Träger im gegliederten System zu unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe.
- Welche Interessen haben Vorrang, die der Leistungsträger oder die der Leistungsberechtigten?
- Besteht nicht die wichtigste Sicherung des gegliederten Systems darin, dass die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation harmonisiert werden?

- Hat die berufliche Rehabilitation bei allen Beteiligten den gleichen Stellenwert, steht bei den Leistungsträgern der behinderte Mensch oder die jeweilige Kassenlage im Vordergrund?

Last, but not least zeigen die Anhörung und der Workshop mit Betroffenen, dass die Umsetzung der Forderung des SGB IX zum Thema Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, auch bezogen auf das Selbstverständnis aller Akteure, noch ganz am Anfang steht. Man denkt noch zu sehr im alten System, in dem die notwendigen Rahmenbedingungen für diesen Weg auch nicht gegeben sind. Man muss für die notwendigen Entwicklungen neue Wege denken, auf denen sie möglich sind. Gerade dies erfordert aber für alle Beteiligten bei konsequenter Inangriffnahme einen Paradigmenwechsel in vielen Handlungszusammenhängen. Auch hier muss man die Frage stellen, ob überhaupt großes Interesse bei Leistungsträgern und Leistungserbringern besteht, diesen Weg zu gehen. Es wurde schon darauf hingewiesen, dass selbstbestimmtes Handeln umfassende Informationen und Beratung, d.h. Transparenz, erforderlich macht. Es wäre nicht das erste Mal, dass Transparenz als Machtverlust begriffen wird. Dies aber würde Veränderungsprozesse stark beeinträchtigen.

Die Reha-Kommission Berufsförderung, organisiert vom Verband Deutscher Rentenversicherung (VDR), hat 1996 sehr umfassend den Stand der beruflichen Rehabilitation im Bereich der Rentenversicherung analysiert und systematisch konkrete Vorschläge zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation erarbeitet. Einige sollen hier genannt werden (VDR, 1997):

- Nahtloser Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation mit konkreten Umsetzungsvorschlägen
- Verstärkung der Umsetzung der Angebote für Ältere
- Möglichst umfassende Qualifikation mit Abschluss
- Individuelle und flexible Ergänzung vorhandener Kompetenzen mit engem Bezug zur Praxis, modularer Aufbau der Prozesse
- Anstoß eines Strukturanpassungsprozesses mit allen Leistungsträgern und dem BMAS
- Regionalisierung der BFW-Angebote
- Externe Qualitätssicherung für Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität
- Investition in Forschung und Entwicklung (Effizienz, Instrumente, Qualitätssicherung)

Diese Vorschläge gehen in weiten Teilen erheblich weiter als die in der Anhörung dargestellten Positionen der Leistungsträger und Leistungserbringer. Insbesondere verdeutlichen die aufgeführten Punkte sehr klar den auch heute noch aktuellen Entwicklungsbedarf der beruflichen Rehabilitation.

4 Leitbild RehaFutur

4.1 Vision

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

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

Berufliche Rehabilitation ermöglicht eine dauerhafte und nachhaltige Teilhabe am Arbeitsleben auf Basis einer qualifizierten Beschäftigung.

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

4.2 Innovationspotenziale beruflicher Rehabilitation

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

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

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

Bildungs- und Gesundheitsressourcen müssen so genutzt werden, dass sie zur Inklusion und zum sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft beitragen. Brüche in der Berufsbiografie aufgrund gesundheitlicher Problemlagen führen dann nicht zum Verlust der Teilhabe am Arbeitsleben, wenn sie durch geeignete Vorgehensweisen und Strukturen der Rehabilitation aufgefangen werden. Berufliche Rehabilitation muss der Bevölkerung deshalb ähnlich bekannt sein wie andere Institutionen (z.B. Hausarzt und Krankenhaus) des Gesundheitssystems auch.

Eine Verknüpfung von arbeitsmarkt-, bildungs- und gesundheitspolitischen Konzepten zu einem integrativen Interventionsansatz im Rahmen der beruflichen Rehabilitation besitzt vor dem Hintergrund der o.g. gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein hohes Innovationspo-

tenzial. Dieses Potenzial lässt sich für die Weiterentwicklung eines aktivierenden Sozialstaates nutzen, der die Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Eigeninitiative der Bürgerinnen und Bürger durch entsprechende Dienstleistungsangebote unterstützt.

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

4.3 Die neue Rolle der Akteure

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

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

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

Für Unternehmen können innerbetriebliche Rehabilitationsansätze (z.B. Eingliederungsmanagement) dazu beitragen, dass Mitarbeiter mit Gesundheitsproblemen ihre Leistungsfähigkeit bis zum Eintritt des gesetzlichen Renteneintrittsalters behalten. Damit leistet berufliche Rehabilitation einen Beitrag zur Gestaltung des demografischen Wandels in den Betrieben. Darüber hinaus kann berufliche Rehabilitation eine Möglichkeit sein, an gut qualifizierte Mitarbeiter zu gelangen, die bereits im Rahmen der Rehabilitation auf ihren zukünftigen Arbeitsplatz vorbereitet werden. Präventiv orientierte, innerbetriebliche Ansätze werden durch externe Dienstleistungen gestärkt. Netzwerke zwischen Leistungserbringer und Unterneh-

men (insbesondere KMU) unterstützen die Kooperation. Insgesamt trägt berufliche Rehabilitation somit auch zur Beschäftigungsfähigkeit der Unternehmen bei.

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

5 Handlungsfelder einer zukunftsorientierten beruflichen Rehabilitation

Die Beurteilung der Ausgangssituation (Kapitel 1) und die Bewertung der Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren (Kapitel 2) haben die wissenschaftliche Fachgruppe veranlasst, ein Leitbild (Kapitel 4) für die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen zu skizzieren. Auf dieser Basis hat die wissenschaftliche Fachgruppe das Ziel verfolgt, Grundlagen für ein zukünftiges System der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln. Im folgenden Kapitel sollen die wesentlichen Handlungsfelder beschrieben werden, die im Gesamtzusammenhang Grundlinien und wichtige Elemente eines zukunftsorientierten Systems definieren.

Maßgebliche Ausgangslage war der entscheidende normativ rechtliche und von der Gesellschaft getragene Anspruch im SGB IX, dass die Selbstbestimmung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen das Leitziel der Rehabilitation ist, verstanden als verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal. Paragraf 1 des SGB IX zielt wie alle Vorschriften im SGB IX darauf ab, so weitgehend wie möglich die eigenen Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und damit auch zur Selbsthilfe zu stärken, zu unterstützen und eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

Es stellt sich die Frage, wie sich Selbstbestimmung und damit eine stärkere eigenverantwortliche Steuerung praktisch umsetzen lassen und welche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen dazu erforderlich sind. Die im Folgenden behandelten Handlungsfelder geben Antworten auf diese Fragen.

Im ersten Handlungsfeld wird die Ausgangslage behandelt, wie Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu verstehen und zu fördern sind (Kapitel 5.1). Auf dieser Basis werden die anderen Handlungsfelder entwickelt. Der **Zugang** zur beruflichen Rehabilitation unter dem Blickwinkel Selbstbestimmung und Selbstverantwortung setzt entsprechende Information (Kapitel 5.2) und Beratung (Kapitel 5.3) voraus. Die **Anforderungen** an die Leistungsberechtigten ergeben sich prinzipiell aus den Wegen und Möglichkeiten im System der beruflichen Bildung (Kapitel 5.4) in unserer Gesellschaft und aus den Anforderungen in der Arbeitswelt (Kapitel 5.5), auf die das System der beruflichen Rehabilitation aufsetzen muss. Der **Weg**, auf dem der Prozess der beruflichen Rehabilitation soweit wie möglich selbstbestimmt und selbstverantwortlich beschritten werden kann – mit individuellem Zuschnitt und subjektorientierter Steuerung des Prozesses – , wird in den Kapiteln 5.6 und 5.7 dargestellt. In Kapitel 5.8 werden Vorgehensweisen als Basis für die **Sicherung** und Machbarkeit von effektiven und effizienten, qualitätsgesicherten Handlungsweisen durch Forschung und Entwicklung beschrieben.

Diese Handlungsfelder beinhalten die wesentlichen Merkmale eines zukünftigen Systems der beruflichen Rehabilitation. Die konkrete Ausgestaltung liegt bei der Politik, den beteiligten Trägern unter Einschluss der Verbände der Betroffenen bzw. der Leistungsberechtigten, der Leistungserbringer sowie der Sozialpartner.

5.1 Selbstbestimmung ermöglichen und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern

Die Europäische Union (EU) engagiert sich für ihre behinderten Bürger, indem sie eine Politik etabliert, deren Leitgedanke davon geprägt ist, den Menschen mit Behinderungen nicht als passiven Leistungsempfänger zu betrachten, sondern seine Integration und aktive Teilhabe an Wirtschaft und Gesellschaft in den Mittelpunkt zu stellen. Ausdruck dieser Grundhaltung ist u. a. die »Richtlinie des Rates zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf« (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen 2000) sowie das »Aktionsprogramm zur Bekämpfung von Diskriminierungen« (2001–2006) (Rat der Europäischen Union, 2000). In Deutschland fließen diese Programme in die nationalen Politiken ein. Der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht wurde in Deutschland 2001 mit dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) gelegt.

Das Leitmotiv im Sozialgesetzbuch IX lautet »Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen«. Wunsch- und Wahlrechte sowie das Persönliche Budget konkretisieren den Selbstbestimmungsgedanken. Selbstbestimmung im Rehabilitationsprozess basiert insbesondere auf der Fähigkeit, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen und handlungskompetent zu sein. Für eine zukunftsfähige Rehabilitation wird es entscheidend darauf ankommen, dass die Festlegung der Rehabilitationsziele und die Überlegungen zu den notwendigen Rehabilitationsleistungen im Dialog mit dem Leistungsberechtigten erarbeitet und Prozesse gemeinsam gestaltet werden. Hierbei ist ein differenziertes Vorgehen in Abhängigkeit von den individuellen Ressourcen des behinderten Menschen und unter Berücksichtigung gender-, alters- und kulturspezifischer Benachteiligungsmuster erforderlich (vgl. Niehaus, 2007). Das setzt voraus, dass die Betroffenen über alle notwendigen Informationen verfügen und ohne allzu hohe bürokratische, technische und soziale Hürden entsprechende Beratungsangebote nutzen können.

Das Handlungsfeld »Selbstbestimmung« legitimiert sich aus den Erkenntnissen, dass Selbstbestimmung als ein positiver Faktor für die Motivation zur Rehabilitation und damit auch als ein ökonomischer Erfolgsfaktor gewertet wird, was wohl der Gesetzgeber erkannt hat (Schütte, 2003), und dass sich im Sozialgesetzbuch der direkte Hinweis darauf findet, dass der Versicherte, um den Reha-Erfolg zu sichern, zur aktiven Mitarbeit während der gesamten Rehabilitation verpflichtet ist. Das Handlungsfeld der Zukunft, »Selbstbestimmung«, ergibt sich insbesondere aber aus der Feststellung, dass der Realisierung des Selbstbestimmungsgedankens bisher im Prozess der beruflichen Rehabilitation zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Hier sind argumentativ einerseits die Stimmen der Betroffenen zu hören (siehe die Workshop Dokumentation im Anhang) und andererseits Forschungsarbeiten aus dem Parallelbereich Gesundheitswesen/Medizinische Rehabilitation hinzuzuziehen. Darüber hinaus werden Selbstbestimmung und Eigeninitiative im Rahmen individualisierter Rehabilitationsprozesse in Zukunft eine größere Rolle spielen.

Forschungsarbeiten und internationale Erfahrungen im Gesundheitswesen zeigen, dass Informationen, Mitwirkungsrechte und Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen die drei wesentlichen Bedingungen sind, um den Bürgern eine bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung von Angeboten zu ermöglichen (vgl. Badura, 2000). Im Gesundheitsbereich wird in diesem Zusammenhang von der Koproduktionsthese gesprochen. Die Exper-

ten sind zur rechtzeitigen und erfolgreichen Hilfeleistung auf die Mitarbeit der Betroffenen angewiesen: Für den Erfolg sind von grundlegender Bedeutung »wissenschaftlich fundierte Leitlinien, hohe Qualifikation der Gesundheitsexperten und ihre praktische Berufserfahrung. Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und sie zur aktiven Mitarbeit im therapeutischen Prozess zu motivieren. Dafür erforderlich sind eine hohe soziale Kompetenz und ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Experten und Hilfesuchenden, eine Abkehr von der bisher verbreiteten paternalistischen Arzt/Patientenbeziehung« (Badura, 2000).

Auch im Bereich der Rehabilitationswissenschaften finden Selbstbestimmung und Motivation als wesentliche Einflussgrößen für den Verlauf und den Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme große Beachtung. Dass Motivation als wichtige Einflussgröße auf Therapiemitarbeit und Reha-Erfolg bestätigt werden konnte, zeigen u.a. die Forschungsarbeiten des Rehabilitationswissenschaftlichen Verbundes Sachsen-Anhalt/Mecklenburg-Vorpommern. Prognostiziert wird, dass dem Prädiktor Motivation angesichts der allgemein wachsenden Bedeutung der Ressource Mensch künftig noch stärkere Aufmerksamkeit nicht allein in der Reha-Forschung zukommen wird. Die große Praxisrelevanz des Themas Selbstbestimmung liegt nicht nur in weiteren anzunehmenden Auswirkungen z. B. auf die Lebensqualität der Patienten und des Personals der Reha-Kliniken, sondern auch in möglichen ökonomischen Einsparungen begründet. Dieser ökonomische Effekt wird in einer Interventionsstudie, die zwei Behandlungsmethoden (Patientenorientiertes Programm versus Standard-Programm) bezüglich ihrer Wirksamkeit gegeneinander zu drei Messzeitpunkten testete, bestätigt. Die Resultate dieser HVBG-Studie (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. , 2006: 63) zeigen als durchgängiges Ergebnis, dass »ein stärkerer Einbezug der Patienten in die Zielsetzung und Planung ihrer eigenen rehabilitativen und therapeutischen Maßnahmen (patientenorientiertes Behandlungsmodell) zu einem bedarfsorientierten, effizienten und effektiven Einsatz von Ressourcen führt. Dadurch wird nicht nur eine optimale Reintegration des Einzelnen in sein soziales Umfeld ermöglicht, sondern die Ersparnisse für die Kostenträger sind substantiell und gravierend«.

Die Prozesse der beruflichen Rehabilitation sind daher zu hinterfragen, inwieweit sie Eigeninitiative und Selbststeuerung herausfordern bzw. beim Rehabilitanden eher eine passive Konsumhaltung fördern, und sie sind zudem mit Forschung systematisch zu begleiten. Dies ist auch mit Blick auf die zukünftigen Anforderungen des Arbeitsmarktes von entscheidender Bedeutung. Dieser fordert von dem einzelnen Erwerbstätigen eine hohe Orientierungsleistung, Eigenmotivation und die Fähigkeit, Arbeitsergebnisse selbstgesteuert erreichen sowie den eigenen Prozess des lebenslangen Lernens eigenständig gestalten zu können.

In der heutigen Forschung steht im Bereich der Rehabilitation in Untersuchungen die sogenannte »Selbstwirksamkeitserwartung« im Mittelpunkt. Diese motivationale Kraft »Ich kann etwas tun und ich will etwas tun« ist in empirischen Untersuchungen im medizinischen Reha-Bereich immer wieder im Zusammenhang mit erfolgreicher Reha-Bewältigung bestätigt worden. Warum sind einige Rehabilitanden erfolgreich und andere nicht? Es ist deshalb von entscheidender Bedeutung, dass der Betroffene Handlungsspielräume erhält und sich mit den Rehabilitationszielen identifizieren kann. Hat dieser jedoch den Eindruck, das Antragsverfahren nicht durch eigenes Handeln wesentlich beeinflussen zu können und spielen seine Ziele nur am Rande eine Rolle, kann die motivationale Kraft der Selbstwirksamkeitserwartung keine positive Wirkung entfalten.

Der Workshop mit Leistungsberechtigten zum Thema Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation in Rheinsberg 2008 verdeutlicht die Spannungsfelder der Interessen und Zielperspektiven zwischen den Leistungsträgern und Leistungsberechtigten und stellt die Frage auf, ob und wie es zu einem Arbeitsbündnis auf gleicher Augenhöhe kommen kann. Die Einstiegsphase in die berufliche Rehabilitation wird vielfach als zu langwierig und seitens der Leistungsberechtigten als demotivierend erlebt. Mehrheitlich wird berichtet, in eine »Schublade« eingeordnet zu werden und ein »Bittsteller« zu sein, dessen Interessen nicht ausreichend beachtet werden. Zugleich wurde in dem Workshop die hohe Motivation, die Verantwortung für sich selbst und die respektvolle Haltung und Unterstützung der Betroffenen untereinander erlebbar.

In der Gesellschaft ist Selbstbestimmung als Leitwert normativ verankert, aus Sicht der Versorgungsforschung spricht einiges für Selbstbestimmung und die Betroffenen selber wünschen sich ebenfalls mehr Selbstbestimmung. Wie lässt sich Selbstbestimmung und damit eine stärkere eigenverantwortliche Steuerung aber nun praktisch umsetzen? Folgende Aspekte sind in diesem Zusammenhang noch zu bedenken.

Behinderungen schränken häufig die Fähigkeit ein, die eigenen Lebensumstände ohne Fremdhilfe selbsttätig zu bestimmen. Es entsteht somit ein grundsätzliches, in der Sache begründetes Spannungsverhältnis zwischen der Eigeninitiative des Rehabilitanden und den von außen angebotenen Hilfen sozialer Sicherungssysteme. Es stellt sich also die Frage: Wie viel Selbstbestimmtheit ist möglich und wie viel Planungshilfe, Unterstützung bzw. Assistenz durch andere ist nötig?

Ein weiteres Spannungsverhältnis ergibt sich aus dem Dreiecksverhältnis Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigter. Die Förderung der Selbstverantwortung der Rehabilitanden bedeutet für die Leistungserbringer, dass der Rehabilitand zu seinem unmittelbaren, wirtschaftlich wichtigen Gegenüber wird. Weil das wirtschaftliche Wohlergehen eines Leistungserbringers im bestehenden System vorrangig von den Belegungsentscheidungen der Sozialversicherungen abhängt, besteht der primäre Anreiz, die Vorgaben der Sozialversicherungen zu erfüllen. Die Wünsche des Versicherten fließen erst sekundär, zum Beispiel durch Qualitätssicherungsprogramme ein. In den nächsten Jahren sollten daher zunächst einmal in überschaubaren Gruppen und mit wissenschaftlicher Begleitung Zugangsmodelle zu Rehabilitationsleistungen erarbeitet und untersucht werden, die ein Wahlrecht des Betroffenen ermöglichen und gleichzeitig die Kosten einer Maßnahme für alle Beteiligten transparent und kontrollierbar machen. Die Befriedigung der Wünsche des Betroffenen sollte mehr als bisher zum wirtschaftlichen Anreiz der Leistungserbringer werden.

Die eigenverantwortliche Steuerung des Rehabilitationsverlaufes durch den Rehabilitanden muss dabei berücksichtigen, dass das Verhältnis zwischen dem Leistungsanbieter und dem Leistungsempfänger im Bereich der sozialversicherten Dienstleistungen nicht der allgemein üblichen Beziehung zwischen Anbieter und Kunde entspricht. Der Empfänger einer Sozialleistung hat nämlich im Gegensatz zu einem Kunden auf dem freien Markt einen durch eine Notlage eingetretenen Leistungsbedarf mit gesetzlich verankertem Anspruch. Die zeitnahe Erbringung der Leistung ist daher keiner freien Konsumentenentscheidung unterworfen. Im Übrigen bezahlt der Leistungsempfänger nicht wie ein Kunde aus eigenen Mitteln. Die Leistung wird vielmehr von einer Sozialversicherung bezahlt, so dass die Interessen des Leistungsempfängers (optimale Versorgung) nicht deckungsgleich sind mit den Interessen der Sozialversicherung (kostengünstige Erfüllung des gesetzlichen Auftrages). Das Dreiecksver-

hältnis zwischen Leistungsberechtigtem, Leistungserbringer und Sozialversicherung ist somit prädestiniert für eine Dynamik, in der der Leistungsberechtigte Gefahr läuft, vom steuernden Subjekt zum Objekt des Verfahrens zu werden.

Um die Selbstverantwortung eines Rehabilitanden zu fördern, sollte zunächst eine Bestandsaufnahme mit dem betroffenen Menschen erarbeitet werden. Neben einem Assessment der Fähigkeiten sind in der Eingangsberatung mehr als bisher finanzielle und soziale Aspekte zu berücksichtigen. Beispielhaft seien hier genannt: aktuelles Einkommen, früheres Erwerbseinkommen, Einkommen bei Gewährung einer Rente, Abstand dieser Einkommensniveaus zur sozialen Grundsicherung. Nur wenn der Betroffene von Beginn der Rehabilitationsmaßnahme an erkennt, dass sich die Anstrengung einer neuen Ausbildung oder Qualifikation lohnt, wird er in der Lage sein, den Prozess motiviert zu steuern. Neben dem finanziellen Vorteil spielen hier auch die Aspekte der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eine wichtige Rolle.

Ein unabhängiger Sozialberater sollte dann einem über seine Möglichkeiten informierten Rehabilitanden den finanziellen Rahmen aufzeigen, innerhalb dessen ein Rehabilitationsverlauf durchgeführt und vom Sozialversicherungsträger finanziert werden kann. Inwieweit hier »Persönliche Budgets« eingesetzt werden können, sollte in einzelnen Gruppen unter wissenschaftlicher Begleitung untersucht werden. Persönliche Budgets, die vom Rehabilitanden verwaltet werden, setzen nämlich ein erhebliches Maß an Selbstverantwortung voraus. Gerade Menschen mit Behinderungen sind häufig hilflos im körperlichen oder auch im sozialen Bereich, so dass sozialstaatliche Fürsorge unumgänglich ist. Was passiert zum Beispiel, wenn sich Rehabilitanden offensichtlich falsch entschieden haben, das Budget ausgeschöpft ist, der moralische und rechtliche Anspruch auf soziale Integration aber fortbesteht? Die Lösung dieses Problems wird nur möglich sein, wenn individuelle Strategien zwischen dem Rehabilitanden und einem Berater erarbeitet werden, die eine möglichst große Wahlfreiheit des Betroffenen berücksichtigen.

Im Idealfall könnte ein Rehabilitationsprozess folgende Schritte[15] umfassen:

- Feststellung des individuellen Leistungsprofils und des Rehabilitationsbedarfs (»Assessment«).
- Überprüfung möglicher Defizite im Bereich der sozialen Teilhabe.
- Klärung des finanziellen Ist-Zustandes und Aufzeigen, was sich bei erfolgreicher Rehabilitation verbessern kann, bzw. wie die Lebenssituation ohne fördernde Maßnahmen aussehen wird (z.B. dauerhafte Abhängigkeit von Sozialtransfers).
- Information über mögliche Qualifikationswege mit Information über die anfallenden Kosten.
- Klares Aufzeigen, welche und wie viele Ressourcen im Einzelfall zur Verfügung stehen werden, so dass eine Leistungstransparenz für den Einzelnen entsteht.
- Entscheidung über den realisierten Integrationsweg durch den Betroffenen, ggf. mit Bonusregelungen für die Wahl eines raschen und kostengünstigen Verfahrens.

[15] Die ersten sechs Schritte stellen eine Standortbestimmung im Sinne der ICF dar.

- Den Rehabilitationsbedarf begleitende Beratung durch Rehabilitationsfachleute, die nicht unmittelbar von einem Leistungserbringer oder Sozialversicherungsträger abhängen.
- Regelhafte Nachevaluation am Ende der Maßnahme für mehrere Jahre.

Zusammenfassend lassen sich folgende Aspekte festhalten: Forschungen sowie die partizipationsorientierte Zugangsweise in Form eines Workshops zum Thema Selbstbestimmung verdeutlichen die Notwendigkeit, die persönlichen Möglichkeiten des Einzelnen als »Eigenleistung« im vollen Umfang, insbesondere auch für die Steuerung des gesamten Rehabilitationsprozesses, zu aktivieren. Die Fähigkeiten zur Selbststeuerung, zum Selbstmanagement und zum selbstgestalteten Lernen gilt es deshalb systematisch zu fördern, d. h. Fähigkeiten und Fertigkeiten mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Selbstbestimmungskompetenz »üben/entwickeln«, z.B. Kommunikation, Entscheidungsfindung, Problemlösung, persönliche Interessenvertretung, persönliche Autonomie.

Für die Umsetzung eines solchen Ansatzes werden neben entsprechenden Informations- und Beratungsstrukturen auch Assessmentkompetenzen benötigt, um die persönlichen Selbststeuerungsfähigkeiten, -potenziale und -grenzen des Leistungsberechtigten realistisch einschätzen zu können. Auch wirtschaftliche Aspekte sind in diesem Prozess zu berücksichtigen.

Auf Basis der assessmentgestützten Bewertung der »Eigenleistungsfähigkeit« anhand formeller und auch informeller Einschätzungen – hierbei sind auch das »Umfeld«, die Familie, die Angehörigen mit einzubeziehen – kann der notwendige Unterstützungsbedarf definiert werden, um die Eigenständigkeit und die Selbsthilfepotenziale des Leistungsberechtigten gezielt fördern zu können. Im laufenden Prozess gilt es dann, die Unterstützungsprozesse kontinuierlich an die Weiterentwicklung der Person anzupassen (zunehmende Eigenaktivität und -steuerung bei abnehmenden Unterstützungsprozessen). Unterstützung sollte immer bezogen auf die Bedürfnisse und Potenziale der Person erfolgen. Die professionell Tätigen sollen dabei verzahnt miteinander arbeiten. Sie sind angesichts der Prämisse der Realisierung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung von Rehabilitanden/Menschen mit Behinderungen weiter zu bilden, um den Rehabilitationsprozess gezielt unterstützen zu können.

Perspektivisch sollte ein sich selbst optimierendes System entstehen, das Selbst- und Fremdsteuerung unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Rehabilitationsziele ausbalancieren kann.

Entwicklungsrichtung: Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bilden die Grundlage für die Subjektorientierung der beruflichen Rehabilitation und tragen zu mehr Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit bei. Ressourcen für die Förderung von Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, selbstgestaltetem Lernen bzw. Selbstmanagement stehen zur Verfügung; sie müssen nur koordiniert werden und zielgerichtet zum Einsatz kommen. Die gesetzlichen Strukturen und vorhandenen Instrumente ermöglichen bzw. erleichtern die Eigeninitiative der Leistungsberechtigten. Selbstbestimmung stärkt damit auch das Beschäftigungspotenzial von Menschen mit Behinderung. Unterstützungsleistungen sind an den individuellen Voraussetzungen auszurichten und positionieren sich an der individuellen Grenze der Selbstgestaltung der Prozesse.

5.2 Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern

»Im Mittelpunkt rehabilitativer Zielsetzungen steht nach dem SGB IX, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken« (Seger et al., 2008). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) werden erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX).

»Vor dem Hintergrund tief greifender demografischer und sozioökonomischer Veränderungen wird der beruflichen Rehabilitation eine wachsende Bedeutung zukommen. Es wird nicht nur der Bedarf an beruflicher Rehabilitation steigen, sie wird auch mit neuen Anforderungen durch veränderte Trends im Zielgruppenspektrum konfrontiert sein, denen sie sich durch adäquate bedarfsorientierte, flexibilisierte und qualitätsgesicherte Angebotsstrukturen stellen muss.« (Seger et al., 2008).

Ganz im Gegensatz zu ihrer großen gesellschaftlichen und rechtlichen Bedeutung steht der geringe Bekanntheitsgrad der beruflichen Rehabilitation. Der Hausarzt bzw. andere ambulante Fachärzte sowie das Krankenhaus sind den Bürgern als zentrale Anlaufpunkte für gesundheitliche Probleme bekannt und vertraut. Dass im Versorgungssystem darüber hinaus eine »Kur« zur Stabilisierung der Gesundheit in Anspruch genommen werden kann, ist vielen Bürgern ebenfalls noch bekannt. Dass aber neben der medizinischen Rehabilitation auch eine berufliche Orientierung bzw. Neuorientierung als berufliche Rehabilitation bzw. Teilhabe fester Bestandteil des Versorgungssystems ist, wissen weite Teile der Bevölkerung nicht.

Die Bildungsangebote und Hilfen der beruflichen Rehabilitation zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit werden, selbst wenn sie bekannt sind, in der Regel nicht mit den Kernangeboten des Gesundheitssystems oder mit der beruflichen Bildung in Verbindung gebracht.

Auch die betriebliche Gesundheitsförderung und der Arbeits- und Gesundheitsschutz, als wichtige Präventionsbereiche, haben zwar viele Berührungspunkte mit beruflicher Rehabilitation, werden aber in den Betrieben nicht mit dieser in Verbindung gebracht. Hier muss eine systematische Verbindung zwischen diesen Präventionsbereichen und beruflicher Rehabilitation hergestellt werden. Der Nutzen beruflicher Rehabilitation für den Erhalt der Leistungsfähigkeit der Erwerbstätigen muss im Unternehmen bekannt sein. Darüber hinaus muss der Beitrag beruflicher Rehabilitation zum lebenslangen Lernen im öffentlichen Bewusstsein präsenter werden.

Erwerbstätige und Arbeitslose mit gesundheitlichen Problemen erfahren häufig spät und »eher zufällig« von den Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation. Es ist daher zwingend notwendig, den Bekanntheitsgrad beruflicher Rehabilitation zu steigern, damit sich Betroffene frühzeitig an die für berufliche Rehabilitation zuständigen Anlaufstellen wenden. Ein in der Bevölkerung allgemein präsenter Bekanntheitsgrad dieser Anlaufstellen würde generell dazu beitragen, dass jeder Bürger sehr früh von informierten Personen auf die Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation hingewiesen würde. Wenn ein Bürger erst bei akuter Erkrankung oder Behinderung von den Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation erfährt, ist in der Regel Prävention nicht mehr möglich.

Die potenziellen Nutzer müssen ihre Rechte und das Leistungsspektrum der beruflichen Rehabilitation kennen sowie in ihrer Motivation gestärkt werden, Leistungen frühzeitig und umfassend in Anspruch zu nehmen, denn bei Unkenntnis der Zusammenhänge sind Schwächen der zuständigen Anlaufstellen (z.B. Kompetenzmängel bei Arbeitsgemeinschaften und kommunalen Trägern) umso stärker wirksam.

Deshalb ist Folgendes erforderlich:

Vorhandenes ausbauen

Vorhandene mögliche Ansprechpartner und Institutionen müssen zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades beitragen. Dazu gehören insbesondere (vgl. BAR, 2004):

- Niedergelassene Ärzte/Innen, Krankenhaus- und Klinikärzte/Innen, Werks- und Betriebsärzte/Innen
- Psychotherapeuten/Innen und Psychologen/Innen
- Physiotherapeuten/Innen und Angehörige anderer Gesundheitsberufe
- Soziale Beratungsdienste wie z.B. Suchtberatungsstellen oder sozialpsychiatrische Dienste, Ehe- und Familienberatungen, Schuldnerberatungen u.a.
- Soziale Dienste in Krankenhäusern und Kliniken
- Betriebliche Akteure wie Schwerbehindertenvertretungen, Personal- und Betriebsräte und Vorgesetzte
- Pflegerinnen und Pfleger, Betreuer/Innen und Sozialarbeiter/Innen
- Lehrer/Innen, Jugendleiter/Innen und Erzieher/Innen
- Einrichtungen der Leistungserbringer/Rehabilitationseinrichtungen
- Ehrenamtliche Dienste, Selbsthilfegruppen und -organisationen
- Interessenverbände der Betroffenen
- Beratungsdienste der Rehabilitationsträger, Integrationsämter sowie Gemeinsame Servicestellen und Integrationsfachdienste
- Im Auftrag von Sozialleistungsträgern oder Arbeitgebern tätige Gutachter/gutachterliche Dienste
- Mitarbeiter/Innen kirchlicher und anderer Einrichtungen, in der Pflege, in Altenheimen und Tagesbetreuungsstätten

Alle diese Stellen müssen zum einen umfassend über berufliche Rehabilitation informiert werden. Soziale Dienste in Krankenhäusern und Kliniken sowie Beratungsdienste von Sozialleistungsträgern und Arbeitgebern und die Gemeinsamen Servicestellen sollten eine Verpflichtung zur Beratung potenziell Betroffener haben. Dazu muss in ausreichendem Umfang qualifiziertes Personal bereit stehen.

Die hauptverantwortlichen Akteure der beruflichen Rehabilitation (Rehabilitationsträger, Ministerien des Bundes und der Länder, Kommunen usw.) müssen ihre Öffentlichkeitsarbeit aktivieren und jährlich Bericht erstatten über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen zur Steigerung des Bekanntheitsgrades der beruflichen Rehabilitation.

Neues schaffen

Neben dem Ausbau vorhandener Institutionen müssen neue Wege gegangen werden, bei denen verschiedene Trägerschaften möglich sind. Folgende Wege sind denkbar:

- Systematische Einbindung aller Multiplikatoren in die Öffentlichkeitsarbeit (Sozialpartner, Medien, Beauftragte der Länder für die Belange der behinderten Menschen, Behindertenverbände und -organisationen usw.).
- Informationskampagnen und regelmäßige Informations-Workshops für Bürgerinnen und Bürger (unter Umständen gezielt auf Altersgruppen, Frauen und Migranten zugeschnitten) und die beteiligten Akteure mit der Botschaft: »Nutzen Sie die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation – das ist Ihr gutes Recht. Die Möglichkeit Ihrer Beteiligung am Arbeitsleben wird dadurch erhöht, auch wenn Sie gesundheitliche Probleme haben«. Außerdem muss darauf hingewiesen werden, dass auch die Bürger selbst die Verpflichtung haben, eine Erwerbsunfähigkeitsrente durch Gesundheitsförderung und berufliche Rehabilitation zu vermeiden.
- Systematische Nutzung des Mediums Internet durch einen laienfreundlichen Informationszugang und z.B. den Aufbau eines Informationsportals »Berufliche Rehabilitation« mit entsprechenden Suchhilfen (Plattformbetreiber könnte REHADAT sein).
- Gezielte kontinuierliche Informationsverteilung an alle Bevölkerungsgruppen in lesbarer Sprache und über barrierefreie Webseiten.
- Internet als interaktives Diskussions- und Beratungsmedium nutzen.
- Die Gemeinsamen Servicestellen werden eigenständiger gestaltet. Dabei sind zwei unterschiedliche Organisationsmodelle denkbar. 1. Die Servicestellen werden, anders als bisher, als selbstständige Organisationseinheiten in den heute verantwortlichen Trägerorganisationen positioniert (z.B. hauptamtliches Personal, eigene Infrastruktur, ergebnisorientierte Zielvereinbarung). 2. Denkbar wäre auch die Verselbstständigung aller Servicestellen, finanziert über eine ergebnisorientierte Umlage. Ziel muss es sein, dass die Servicestellen ihre Daseinberechtigung über eine stetig steigende Anzahl von Beratungsfällen nachweisen und die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation im Zweiten Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen vom 14.12.2007 berichteten Probleme beseitigt werden (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2007); Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2008).
- Institutionalisierter Informationsaustausch zwischen potenziellen Antragstellern und Absolventen der beruflichen Rehabilitation (siehe die Idee des »Reha-Piloten«, beschrieben in der Workshop- Dokumentation im Anhang).
- Erstellung von Informationsbroschüren durch unabhängige Stellen.
- Einbindung der Aktion Mensch in die Öffentlichkeitsarbeit.
- Anzeigenkampagnen zu beruflicher Rehabilitation.

Entwicklungsrichtung: Berufliche Rehabilitation ist als sozialpolitischer Auftrag des Staates in der Gesellschaft und der Bevölkerung so bekannt und akzeptiert wie der Hausarzt. Es wird kontinuierlich in den Medien über berufliche Rehabilitation und ihre Möglichkeiten informiert. Durch diesen veränderten Informationszugang und den allgemeinen Bekanntheitsgrad von beruflicher Rehabilitation werden die Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessert.

5.3 Unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen

Beratung ist ein zentrales Instrument, um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Rehabilitationszugang zu gewährleisten, und wird seitens der Leistungsberechtigten als Dreh- und Angelpunkt im gesamten Rehabilitationsprozess bewertet. Ihr kommt subjektiv wie objektiv eine Schlüsselrolle zu. Die Beratung ist als frühzeitige, inter- und multidisziplinäre Entwicklungsunterstützung unter Einbindung von Selbsthilfeaktivitäten zu verstehen. Sie sollte geprägt sein durch die Abkehr von einem advokatorischen Modell und einer »Inszenierung von Hilfebedürftigkeit«. Vielmehr sollte die Realisierung des Empowerment-Modells im Vordergrund stehen, bei dem der Prozess der Mobilisierung von Ressourcen und der Entwicklung eigener Fähigkeiten mit dem Ziel, die eigene Zukunft aktiv mitzugestalten, zentral ist. Diese Forderung wird politisch wie wissenschaftlich gestützt. So wird beispielsweise im Programm der Gemeinschaftsinitiative EQUAL das Empowerment als ein bedeutender Grundsatz bei der Aktivierung benachteiligter Personengruppen auf dem Arbeitsmarkt benannt. Hierbei wird Empowerment als eine Weiterentwicklung des Begriffs »participation« (Beteiligung) verstanden: »Während die Partizipation jedoch zunächst lediglich beinhaltet, Betroffenen bzw. Zielgruppen von Maßnahmen und Projekten die Möglichkeit zu geben, nach ihren Wünschen und Möglichkeiten Einfluss auf Entwicklungen zu nehmen und dabei deren Interessen zu berücksichtigen, setzt Empowerment eine aktive Strategie voraus, mit der die Betroffenen aktiviert und mit den nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausgestattet werden, um ihre eigenen Interessen einzubringen und mehr Verantwortung übernehmen zu können« (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (heute BMAS) – Nationale Koordinierungsstelle EQUAL, 2005). Die Handreichung des Thematischen Netzwerks »Empowerment«, in dem sich elf Entwicklungspartnerschaften der Ersten EQUAL-Förderrunde zusammengeschlossen und in dem sie ihre unterschiedlichen Empowerment-Ansätze ausgetauscht, bewertet und weiterentwickelt haben, gibt praktische Hilfestellung bei der Umsetzung von Empowerment sowohl in Unternehmen als auch bei Zielgruppen wie Menschen mit Behinderungen, Migrantinnen und Migranten. Es geht dabei um kollaborative Arbeitsbeziehungen auf gleicher Augenhöhe, wie sie auch von den Leistungsberechtigten im Workshop zum Thema Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation, der 2008 in Rheinsberg stattfand, eingefordert wurden. In dieser Mentorenschaft erfüllt der professionelle Helfer folgende Rollen (vgl. ausführlich Herriger, 2006: 227 ff.): Unterstützer und Mut machender ‚Orientierungshelfer', Lebenswelt-Analytiker und kritischer Lebensinterpret, Netzwerker, Ressourcendiagnostiker, Ressourcenmobilisierer, intermediärer Brückenbauer, Dialogmanager und Konfliktmediator, Vertrauensperson und anwaltschaftlicher Vertreter.

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

Im Rahmen der Beratung wird der Betroffene u. a. informiert über den Zugang zur beruflichen Rehabilitation, das Antragsverfahren, alternative berufliche Möglichkeiten und die damit verbundenen Anforderungen. Auch ist die Frage zu beantworten, ob überhaupt Rehabilitationsbedarf vorhanden ist bzw. inwieweit ein »Reha-Fall« vorliegt. Beratung trägt damit entscheidend dazu bei, dass der Leistungsberechtigte die Möglichkeiten, die sich durch berufli-

che Rehabilitation vor dem Hintergrund seiner persönlichen Situation ergeben, erkennt. Sie bildet die Voraussetzung dafür, den Hilfe-/Unterstützungsbedarf gemeinsam zu ermitteln.

Beratung hat jedoch nicht nur diese sachliche Komponente, sondern sie trägt auch ganz wesentlich zur psychosozialen Orientierung bei. Sie kann die notwendige persönliche Zielklarheit des Betroffenen fördern, ohne die weder Selbstbestimmung noch Selbstverantwortung funktionieren. Beratung unterstützt den Leistungsberechtigten somit dabei, sich über seinen persönlichen Handlungsspielraum klar zu werden, trotz einer schwierigen gesundheitlichen Gesamtsituation. Damit trägt Beratung dazu bei, die Kontrolle über die eigene Lebenssituation zu behalten. Trotz des biografischen Bruchs, den bisherigen Beruf nicht weiter ausüben zu können, kann sich der Betroffene als Gestalter seiner Lebenssituation erleben, der selbstbestimmt agiert und Verantwortung für seine Situation übernimmt. In diesem Sinne trägt die Art der Beratung zur Verantwortungsübernahme des Leistungsberechtigten im Rehabilitationsprozess bei und damit zu einer effizienteren Zielerreichung in der beruflichen Rehabilitation.

Das Handlungsfeld »unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung« ergibt sich insbesondere aus der auch von unterschiedlichen Stakeholdern konstatierten mangelhaften Beratungssituation (Durner/Fassbender, 2007). Seitens des Innovationskreises des BMBF (BMBF, 2008a: 18) wird empfohlen, dass zukünftig das Ziel verfolgt werden muss, Bildungsberatung als ein Dienstleistungsangebot zu etablieren, »das darauf ausgerichtet ist, Individuen jeden Alters und zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens dabei zu unterstützen, Bildungs-, Ausbildungs- und Berufsentscheidungen auf einer gut vorbereiteten und informierten Basis eigenständig zu treffen und ihr Berufsleben selbst in die Hand zu nehmen«. Zur Verwirklichung dieser Zielsetzung ist die Bildungsberatung in Deutschland dringend weiterzuentwickeln und auszubauen (siehe auch das Eckpunktepapier des nfb -nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung- 2009 hierzu).

Neben den Studien der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2002) und des BMBF (BMBF, 2007c) beklagen die Leistungsberechtigten gerade im Kontext der beruflichen Rehabilitationsberatung die Zugänglichkeit und die Qualität, insbesondere die unzureichende Aufklärung (Niehaus/Kurth-Laatsch, 2001) und wünschen sich eine unterstützende Beratung aus einer Hand.[16] Diese Beratung aus einer Hand ist auch durch die Gemeinsamen Servicestellen nicht zufriedenstellend realisiert, wie im Bericht nach § 24 (BAR, 2007: 20) nachzulesen ist, insbesondere in Bezug auf die quantitativen Aspekte: »Von vielen Rehabilitationsträgern wurde eine zwar ansteigende, aber immer noch geringe Inanspruchnahme der GS mitgeteilt«.

Die Interpretation des Berichts, dass die quantitativ geringe Nutzung der Gemeinsamen Servicestellen darin begründet liegt, »dass die betroffenen Menschen sehr genau wissen, welcher Träger für welche Art von Leistung zuständig ist« (BAR, 2007: 21), ist nur eingeschränkt nachvollziehbar. Die Leistungsberechtigten jedenfalls beklagen die mangelnde Bekanntheit und Undurchsichtigkeit der Beratungsangebote und wünschen sich ein niederschwelliges Angebot (Riedel, 2008).

Die im Bericht nach § 24 SGB IX (2007: 22f) benannten möglichen Verbesserungen sind insofern weiterhin anzustreben:

[16] Um unterschiedliche Zugangsprobleme zu reduzieren, sind in der Praxis unterschiedliche Modelle bekannt wie z.B. »Fit for Work«.

- »Intensivierung des Erfahrungsaustausches der Servicestellen-Mitarbeiter, sowohl im Team als auch regional und überregional; damit verbunden Intensivierung und Verbesserung der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger z.B. durch „Runde Tische“«.
- Neue und weitere Schulungskonzepte und Schulungsangebote für Servicestellen-Mitarbeiter.
- Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit auf allen Ebenen, Info-Kampagne zu GS und deren Möglichkeiten.
- Neuausrichtung durch zusätzliche Aufgaben im Rahmen des Persönlichen Budgets.
- Neuausrichtung auf Mitarbeit der GS beim betrieblichen Eingliederungsmanagement; Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Integrationsämtern und Integrationsfachdiensten.
- Stärkere Nutzung des Internets für die Darstellung und Arbeit der GS (z.B. aktuelles Verzeichnis, ggf. auch »online«, Forum für Servicestellen-Mitarbeiter)“.

Darüber hinaus ist durch systematische Forschung der Frage nachzugehen, ob bestimmte Personengruppen wie psychisch Beeinträchtigte, Frauen oder Migranten in der Beratung zur beruflichen Rehabilitation unterrepräsentiert sind, bei ihnen spezifische Zugangsprobleme vorherrschen und ob ihre spezifischen Belange aufgegriffen werden.

Zusammenfassend: Um die genannten Aspekte zu gewährleisten, bedarf es einer all umfassenden ebenso wie einer unabhängigen Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung, die eine psychosoziale und sachliche Orientierung des Betroffenen ermöglicht und zur Entwicklung einer neuen Lebensperspektive beiträgt. Dabei sind auch gender-, insbesondere frauenspezifische Angebote (Niehaus, 2001) vorzuhalten und auf kulturelle Spezifika ist einzugehen (Niehaus, 2001).

Ortsbezogene und lokale Ressourcen sind dabei zu nutzen, ebenso sollte ausreichend Zeit für den Beratungsprozess vorhanden sein. Empowerment orientierte Beratungsangebote sollten dabei im Mittelpunkt stehen. Entsprechende Qualifizierungsangebote für die Professionellen sind vorzuhalten.

Neben professionellen Beratungsangeboten ist zu überlegen, inwieweit diese durch unterschiedliche Formen von peer-counseling[17] ergänzt werden können. Ansätze in diese Richtung bieten die kollektive Fallberatung und auch Supervisionsangebote. Von den Rehabilitanden im Workshop zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation in Rheinsberg 2008 wurde ein »Reha-Pilot« vorgeschlagen (sieh Workshop-Dokumentation im Anhang), der als ehemaliger Rehabilitand aus der eigenen Betroffenheit einen direkter Zugang zu den Interessenlagen hat, seine Erfahrungen einbringen kann und als Vertrauensperson durch den Dschungel der Reha-Welt lotsen kann.

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

[17] „ Peer Counseling in unserem Sinne bedeutet: Behinderte beraten Behinderte - einfühlsam zuhörend, die Erfahrungen und Wünsche des anderen wertschätzend, partnerschaftlich, kompetent, solidarisch und "ermächtigend" zu selbstbestimmter Lebensführung“ (siehe: http://www.bzsl.de/bzsl/beratung_peer_counseling.php. Zugriff: 12.05.09).

Von Bedeutung sind im gleichen Maße Möglichkeiten der selbstständigen Informationsbeschaffung (barrierefreie Webseiten, Info-Broschüren, auch in leichter Sprache).

Entwicklungsrichtung: Trägerunabhängige Beratungsangebote stehen als wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung den Leistungsberechtigten zur Verfügung. Der Berater versteht sich als Mentor, im Sinne des Empowerment als professioneller Unterstützer von Autonomie und Selbstgestaltung. Hierzu sind die Berater zu qualifizieren, ist die Kompetenzentwicklung wissenschaftlich zu begleiten. Professionelle Beratung wird ergänzt durch Formen des peer-counseling. Betroffenenen-Organisationen (z.B. Selbstbestimmt Leben, People First, u.a.) sind stärker zu beteiligen. Die Schnittstelle zur Einleitung des Reha-Verfahrens ist definiert.

5.4 Am System der beruflichen Bildung orientieren

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

In Bezug auf das Anforderungsbündel, mit dem sich Erwerbstätige in Zukunft konfrontiert sehen, ist Baethge, Buss und Lanfer (2003: 29) zuzustimmen, wenn sie schreiben: »Es entsteht ein neuer Typus von Arbeitskraft, dem neben fachlichen und sozial-kommunikativen Qualifikationen in der Arbeit Kompetenzen des Selbstmanagements im Sinne von eigenständiger Lebensplanung und Koordinierung von Arbeit und Leben, der Mitgestaltung der Gemeinschaft, der Orientierungs- und Handlungsfähigkeit (Mobilität) auf dem Arbeitsmarkt und vor allem des Umgangs mit Unsicherheit abverlangt werden. Diese Anforderungen zielen nicht auf den totalen flexiblen Menschen, der sich – einem Chamäleon gleich – jeder neuen Situation bedingungslos anpasst. Vielmehr geht es um die Ausbildung einer persönlichen und beruflichen Identität, die dem Individuum eine eigenständige und selbstbewusste Biographiegestaltung in einer von zunehmender Unsicherheit und Komplexität geprägten Umwelt gestatten«. In Bezug auf die Konsequenzen für das Bildungssystem formulieren die Autoren folgendes Resümee (S. 30). »Dem Bildungssystem und seinen unterschiedlichen Institutionen kommt bei der Hervorbringung und Weiterentwicklung des neuen Arbeitskrafttypus eine Schlüsselrolle zu. Es wird eine sozial- und lebenslaufpolitische Funktion nur angemessen erfüllen können, wenn es auf all seinen Stufen einem Leitbild lebenslangen Lernens folgt und wenn Schulen und andere Ausbildungseinrichtungen ihre institutionelle Abgeschlossenheit lockern und sich zu den außerschulischen und außerbetrieblichen Lernwelten hin öffnen. Es ist also sowohl eine Neudefinition von Lernzielen als auch von Lernorganisation gefordert«.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der im zweiten Kapitel dargelegten Arbeitsmarktentwicklungen wird berufliche Bildung der zentrale Interventionsansatz für eine zukunftorientierte berufliche Rehabilitation sein. Dies hat zur Folge, dass sich die Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation im Wesentlichen als Institutionen der beruflichen Bildung weiterentwickeln werden und deshalb die allgemeinen Entwicklungen im System der beruflichen Bildung im Auge behalten müssen.

Um die Besonderheiten und auch die Eigenständigkeit des Bildungsauftrages der beruflichen Rehabilitation zu gewährleisten, sind vier Stränge miteinander zu verknüpfen, die im System der beruflichen Bildung derzeit eher unverbunden nebeneinander stehen. Diese vier Stränge sind:

Inklusion als normative Leitidee. Ziel beruflicher Rehabilitation ist die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und der Selbstbestimmung. Damit ist berufliche Rehabilitation dem Inklusionsgedanken verpflichtet. Inklusion ist das zentrale Thema der Behindertenbewegung, und die Verringerung der sozialen Selektivität ist eine der großen Herausforderungen in Bezug auf die Bildungsinstitutionen in Deutschland. Zwei wichtige institutionelle Voraussetzungen, um erfolgreich Brücken in den Arbeitsmarkt zu bauen, bestehen darin, dass 1. spezielle oder allgemeine Einrichtungen, in denen Maßnahmen angeboten werden, über ein breites Spektrum unterschiedlicher Teilnehmerinnen und Teilnehmer verfügen (auch hinsichtlich ihres Leistungsvermögens) und 2. eine entsprechende Vernetzung in die regionale Unternehmenslandschaft vorhanden ist. Hierzu müssen entsprechende Unterstützungsprozesse und Instrumente vorgehalten werden.

Lebenslauf- bzw. Erwerbsverlaufsorientierung. Damit ist das Thema lebenslanges bzw. lebensbegleitendes Lernen angesprochen (BMBF, 2008; BLK, 2004; Forum Bildung, 2001). Aufgrund der demografischen Entwicklung ist das Thema »Arbeiten bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter« von großer Bedeutung. Dies gelingt jedoch nur, wenn berufliche Bildung stärker lebenslauf- bzw. erwerbsverlaufsorientiert ist. Die Kombination von Gesundheitsproblem und mangelnder Qualifikation beeinflusst wesentlich die Ausgliederungsdynamik ab dem 50. Lebensjahr. Es ist deshalb davon auszugehen, dass in dem Lebensabschnitt zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr, also bereits mit Beginn des mittleren Erwachsenenalters, die Weichen für eine Erwerbstätigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter gestellt werden. Berufliche Rehabilitation muss deshalb zwischen Mitte 40 und Ende 50 auch noch eine attraktive Option für alle Beteiligten sein, auch in Bezug auf den Bildungsanteil. Hier müssen in Zukunft verstärkt Bildungsangebote für ältere Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entwickelt und erprobt werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Ausgliederungsdynamik des Erwerbsverlaufes im mittleren Erwachsenenalter frühzeitig erkannt wird. Hier stellen sich die Fragen, unter welchen Rahmenbedingungen die „Früherkennung“ des Rehabilitationsbedarfes möglich ist und welcher Akteur diese Aufgabe wahrnehmen kann. Hervorzuheben ist ebenfalls, dass selbstgesteuertes Lernen in der beruflichen Rehabilitation in Zukunft einen höheren Stellenwert bekommen muss, weil diese Lernform eine Grundlage für lebenslanges Lernen darstellt.

Berufsorientierung und Beschäftigungsfähigkeit als Zielsetzung. Menschen mit Behinderung können häufig ihren ursprünglichen Beruf aus gesundheitlichen Gründen nicht weiter ausüben. Will diese Personengruppe dennoch auf einem fachlich fundierten Level weiter einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist dies in der Regel mit einer beruflichen Neuorientierung verbunden. Den »Masterplan« für die Berufsausbildung bildet in Deutschland das duale Ausbildungssystem. Der dort praktizierte Ansatz, allen Zielgruppen ein identisches Ausbildungsprogramm zu verordnen, ist für die berufliche Rehabilitation jedoch nur begrenzt hilfreich. Eine berufliche Neuorientierung, vor dem Hintergrund einer bereits mehrjährigen Erwerbsbiografie, muss einem anderen »Bildungsplan« folgen als der erste Einstieg in das Berufsleben. Berufliche Rehabilitation muss also wesentlich mehr und anders sein als duale (Erst-) Ausbildung »unter einem Dach«. Dennoch wird auch bei einer Flexibilisierung und Individualisierung der Qualifizierung Beruflichkeit und das damit verbundene Identitätsangebot weiter-

hin von Bedeutung bleiben. Nicht zu unterschätzen ist ebenfalls die hohe Akzeptanz, die Kammerabschlüsse in den Personalabteilungen der Unternehmen finden. Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Reformdiskussion zur beruflichen Erstausbildung (Bertelsmann Stiftung, 2009; Frank/Grunwald, 2008; Esser, 2007; BMBF, 2007a; Baethge/Solga/Wieck, 2007, Euler/Severing, 2006) für die berufliche Rehabilitation viele Chancen bietet, die es offensiv zu nutzen gilt. Damit ist insbesondere das Generalthema Flexibilisierung gemeint.

Beschäftigungsfähigkeit ist das zweite Konzept, das als Bezugspunkt für arbeitsmarktorientierte Bildung dienen kann und in der europäischen Beschäftigungspolitik eine zentrale Stellung hat. Beruflichkeit spielt in diesem Konzept jedoch eine untergeordnete Rolle. Die Verknüpfung von beiden Aspekten ist zwar nahe liegend, jedoch keine Selbstverständlichkeit aufgrund der unterschiedlichen Traditionslinien beider Konzepte. Was beide Ansätze verbindet, ist die Annahme, dass neben fachlichen Kompetenzen und Qualifikationen insbesondere überfachliche Kompetenzen und Qualifikationen (z.B. soziale Kompetenzen, Selbstlernkompetenz, Reflexionsfähigkeit, etc.) entscheidend für die Teilhabe am Arbeitsleben sind. Die Rückbindung bzw. Integration eines Kompetenzprofils an bestimmte berufliche Traditionen ist dem Konzept Beschäftigungsfähigkeit jedoch fremd (zum Vergleich beider Konzepte siehe Kraus, 2006).

Förderung der Gesundheit bzw. der Gesundheitskompetenz. Ausgangspunkt beruflicher Rehabilitation ist immer ein Gesundheitsproblem. Der Umgang mit den objektiven und subjektiven (z.B. Bewältigung der Behinderung) Einflussfaktoren der Gesundheit und den sich daraus ergebenden Folgen, im Sinne einer Behinderung, spielt deshalb im Prozess der Wiedereingliederung eine große Rolle. Gesundheit als integrative Interventionsdimension zu betrachten, ist in der beruflichen Bildung eher die Ausnahme als die Regel. Für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sollte Gesundheitskompetenz deshalb ein wesentliches Element des pädagogischen Profils sein.

Die berufliche Rehabilitation der Zukunft steht somit vor der Herausforderung, aus diesen vier Strängen eine kohärente konzeptionelle Ausrichtung zu formen. In dem Maße, wie das gelingt, bekommen Prozesse der beruflichen Rehabilitation ihr unverwechselbares Profil. Die Leistungserbringer müssen hierzu entsprechende Umsetzungskonzepte entwickeln.

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

5.5 Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren

Die Teilhabe am Arbeitsleben realisiert sich primär dadurch, dass es dem Rehabilitanden gelingt, eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Situation und seiner individuellen Leistungsfähigkeit dauerhaft sowie Existenz sichernd ausüben zu können.

Voraussetzung für den Erfolg der Wiedereingliederung ist jedoch, dass der Rehabilitand über jene »passenden« fachlichen und überfachlichen Kompetenzen verfügt, die den Anforderungen des gewünschten Berufs- bzw. Tätigkeitsfeldes entsprechen. Der Abgleich mit den Anforderungen des Berufs- bzw. Tätigkeitsfeldes setzt wiederum voraus, dass diese überhaupt definiert und systematisch erfasst werden. In der Vergangenheit ist die Anforderungsseite beruflicher Rehabilitation primär über die Prüfungsanforderungen der Berufsausbildungen operationalisiert worden. Dies ist auch zukünftig noch gültig (aber nicht hinreichend), doch ist die Anforderungsseite im Rahmen einer stärkeren Integrationsorientierung im Laufe des Rehabilitationsprozesses in Richtung des potenziellen Tätigkeitsfeldes des Rehabilitanden zu konkretisieren. Das Anforderungsprofil wird damit »dynamisiert«.

Aufgrund dieser Grundsituation – die Unternehmen als Ort der Teilhabe und Anforderungen des Berufs bzw. Tätigkeitsfeldes als Zielpunkt der Rehabilitation – ergibt sich die Notwendigkeit für die Leistungserbringer, die Kooperation und Vernetzung mit Unternehmen systematisch auszubauen.

Erst wenn die Leistungserbringer intensiv mit Unternehmen kooperieren und sich als Bildungsdienstleister für die Unternehmen verstehen, können sie die Wiedereingliederung in Arbeit ziel- und ergebnisorientiert durchführen. Wobei ziel- und ergebnisorientiert in diesem Zusammenhang meint, dass der Rehabilitationsprozess arbeitsmarktorientiert bis zur erfolgreichen Arbeitsaufnahme und gesicherten Wiedereingliederung organisiert und begleitet wird.

Mit diesem Ansatz, der die Planung und Umsetzung des Übergangs in Arbeit in den Mittelpunkt des Rehabilitationsprozesses rückt, ergibt sich die Notwendigkeit, Unternehmen bereits im Verlauf der Rehabilitation als Kooperationspartner zu integrieren. Damit sind Kooperationen intendiert, die weit über das Zurverfügungstellen eines Praktikumsplatzes hinausgehen. Vielmehr muss es darum gehen, dass der Rehabilitand bereits im Verlauf einer Qualifizierung vielfältige Möglichkeiten erhält, in unterschiedlichen Unternehmen seine Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen.

Regionale Netzwerke, bestehend aus Unternehmen, die an qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern interessiert sind, können deshalb entscheidend dazu beitragen, Übergänge in Arbeit effektiv und effizient zu organisieren. Mit dem Begriff Vernetzung soll in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass in Zukunft regionale Qualifizierungsverbünde bzw. Netzwerke fester Bestandteil beruflicher Rehabilitation werden. Diese Form der Kooperation geht damit über die heute allenfalls üblichen »1:1-Kooperationen« (Kooperation zwischen einem Unternehmen und einem Leistungserbringer) hinaus.

Der Leistungsbringer entwickelt sich damit zu einem »Bildungszentrum« in einem Netzwerk von Betrieben (»verlängerte Werkbank« der Unternehmen). In der Folge werden die betrieblichen Qualifizierungsanteile deutlich erhöht. Verknüpfungen von Lernen und Arbeiten, for-

meller und informeller Weiterbildung (Training on the job, arbeitsprozessintegriertes Lernen, Coaching, Mentoring etc.) stehen im Vordergrund.[18]

Auf Basis einer systematischen Vernetzung mit Betrieben lassen sich vielfältige Optionen erschließen. Die Ausbildungspalette einer Rehabilitationseinrichtung kann damit erweitert werden und die Regionalisierung wird verstärkt. Die Kooperationen führen aber auch dazu, dass eine kontinuierliche Anpassung an die veränderten Anforderungen der Arbeitswelt stattfindet, wodurch eine genauere Orientierung am aktuellen Arbeitsmarkt erreicht wird. Dies wirkt sich zugleich auf die Integrationsorientierung positiv aus. Die verstärke Vernetzung von Rehabilitationseinrichtungen und Betrieben kann darüber hinaus dazu beitragen, die Handlungsfelder Prävention und Rehabilitation enger miteinander zu verknüpfen.

Eine Voraussetzung für Vernetzung ist jedoch, dass die Bedarfe der Unternehmen erkannt und berücksichtigt werden. Diese speisen sich aus der demografischen Entwicklung sowie einer zunehmend stärkeren Dienstleistungs- und Wissensorientierung der Leistungsprozesse im Unternehmen. Wie im Kapitel »Rahmenbedingungen« bereits beschrieben, wird der Trend zu höheren Qualifikationen in Kombination mit der demografischen Entwicklung die Nachfrage nach kontinuierlicher Qualifizierung über den gesamten Erwerbsverlauf stärken – insbesondere dann, wenn Unternehmen sich auf ihre Kernprozesse konzentrieren und Unterstützungsleistungen der Personalentwicklung bei entsprechend spezialisierten Bildungsdienstleistern einkaufen.

Aus Unternehmenssicht ist die Kooperation mit den bildungsorientierten Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation unter anderem auch deshalb attraktiv, weil diese die Personalrekrutierung und Personalentwicklung für das Unternehmen kostengünstig unterstützen können. Dies setzt aufseiten des Unternehmens allerdings die Bereitschaft voraus, Vorurteile über die vermeintliche mangelnde Leistungsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen infrage zu stellen. Für den Leistungserbringer ergibt sich wiederum die Herausforderung, sich als Bildungs- bzw. als Präventions- und Gesundheitsdienstleister in der Region offensiv und professionell zu »vermarkten«.

An der Schnittstelle von Unternehmen und Reha-System entsteht jedoch erheblicher Koordinierungs- und Unterstützungsbedarf. Reha-Prozesse an dieser Schnittstelle zu managen ist eine Aufgabe, für die in den meisten Unternehmen das Know-how fehlt. Das Management entsprechender Prozesse ist deshalb als eigenständige Dienst- bzw. Unterstützungsleistung zu verstehen.

Systematische Vernetzungen müssen zwar primär zwischen Leistungserbringern und Unternehmen erfolgen; alle weiteren involvierten Akteure (wie Sozialpartner, Innungen, Kammern etc.) sind jedoch zu beteiligen. Findet aufseiten des Rehabilitationssystems eine stärkere Ausrichtung auf die Bedarfe der Unternehmen statt, ist ein koordiniertes Zusammenwirken der BEM-, AGS- und BGF- Akteure[19] (sofern im Unternehmen vorhanden) untereinander und mit dem Personalmanagement im Unternehmen von besonderer Bedeutung. Dadurch kann dann auch die Ausgliederung von noch Beschäftigten frühzeitig verhindert werden, denn berufliche Rehabilitation hat auch die Funktion der Ausgliederungsverhinderung. Sozialrechtlich

[18] Die betriebliche Qualifizierung geht über ein Praktikum hinaus. Sie strebt die Beschäftigungsfähigkeit dadurch an, dass in verschiedenen Bereichen des Betriebes qualifiziert wird (keine ausschließliche Arbeitsplatzqualifizierung).
[19] BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, AGS = Arbeits- und Gesundheitsschutz, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung

hat der § 84 (2) des SGB IX diesen Gedanken verbindlich verankert. Diese Linie sollte in Zukunft in der Kooperation mit Unternehmen weiter ausgebaut werden.

Die damit verbundenen Konvergenzprozesse (Schian, 2009) zwischen den verschiedenen Akteuren im System der Rehabilitation, den Bedarfs- und Interessenslagen der Unternehmen sowie den betroffenen Personengruppen gezielter und strukturierter als bisher trägerübergreifend sowie problem- und ergebnisorientierter zu managen, bleibt eine Herausforderung, die das Rehabilitationssystem noch zu leisten hat. Hier kommt es darauf an, Lösungen zu finden, die auch der Situation kleiner und mittlerer Unternehmen gerecht werden.

Ein »Meta-Akteur«, der die Akteursvielfalt koordinieren könnte, ist nicht in Sicht und wird von den beteiligten Akteuren in der Regel auch nicht gewünscht. Die Frage bleibt dennoch: Wie lässt sich die Akteursvielfalt und die dahinter stehende Leistungsvielfalt sinnvoll koordinieren, so dass Unternehmen und Mitarbeiter frühzeitig auf gesundheitliche Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit proaktiv reagieren (siehe hierzu Handlungsfeld 1). Eine Erweiterung der unternehmensorientierten Koordinationsstrukturen ist somit eine prioritäre Aufgabe für die Zukunft. Dies heißt jedoch nicht, dass ein einziges Koordinationsmodell republikweit als verbindlich erklärt und normiert werden muss. Denkbar wäre auch eine Pluralität von Koordinationsmodellen, die auf regionaler Ebene entsprechend der Einschätzungen und Ziele der Akteure vor Ort entwickelt werden. Solche Modelle wären besser in der Lage, den spezifischen regionalen Ressourcen, Traditionen und bereits bestehenden Vernetzungen gerecht zu werden (siehe hierzu den Ansatz des Modellprojektes Gesunde Arbeit: http://www.gesunde-arbeit.net).

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

5.6 Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren

Die allgemeine Zielsetzung der beruflichen Rehabilitation erwachsener, behinderter Menschen lässt sich in zwei Interventionsdimensionen untergliedern. Eine (personenorientierte) Interventionsdimension besteht in der Wiederherstellung bzw. signifikanten Verbesserung der Handlungs- und Beschäftigungsfähigkeit. In Anlehnung an Blancke, Roth und Schmid (2000) fußt die Beschäftigungsfähigkeit (Employability) auf den fachlichen Qualifikationen und den Sozial-, Personal- sowie Lern- und Methodenkompetenzen eines Arbeitnehmers sowie seiner Gesundheit als physische Grundvoraussetzung, seine Arbeitskraft wertschöpfend anzubieten, seine Arbeitsstelle zu halten oder eine neue zu finden. Eine zweite (systemorientierte) Interventionsdimension bildet das Management des Übergangs in den Arbeitsmarkt und die Sicherung der Nachhaltigkeit. Die Qualität dieses Übergangsmanagements misst sich an der Realisierung von fließenden bzw. gestuften Übergängen in den ersten Arbeitsmarkt. Der Erfolg dieser Interventionen hängt in starkem Maße davon ab, inwieweit es gelingt, die Belange des sich dynamisch entwickelnden Arbeitsmarkts zu berücksichtigen. Maßnahmen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit und der Integration müssen

sinnvollerweise aufeinander abgestimmt sein und Hand in Hand gehen (siehe auch Kapitel 5.7).

In den vorangegangenen Kapiteln sind die gesellschaftlich-strukturellen und die rechtlich-normativen Rahmenbedingungen und Positionen für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation betrachtet worden. Diese und die konkret daraus abgeleiteten Handlungsfelder in den Kapiteln 5.1 (Selbstbestimmung/Selbstverantwortung), 5.3 (Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung), 5.4 (Orientierung am System der beruflichen Bildung) und 5.5 (Vernetzung mit der Arbeitswelt) müssen zugrunde gelegt werden, wenn es um die Neuorientierung der Abläufe der beruflichen Rehabilitation geht. Der gesamte Rehabilitationsprozess zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit muss die im Folgenden beschriebenen Aspekte bzw. Forderungen vollständig abdecken.

- **Selbstbestimmung, Selbstverantwortung, Selbstmanagement**

  In Handlungsfeld 5.1 ist ausführlich dargelegt, wie Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zukünftig ihren Platz finden sollten und welche Hürden dabei zu überwinden sind. Es wird darüber hinaus auch gefordert, dass die persönlichen Möglichkeiten des Einzelnen, Eigenleistungen durch Selbststeuerung und Selbstmanagement von Teilprozessen zu erbringen, in größtmöglichem Umfang genutzt werden. Dies setzt natürlich voraus, dass die Fähigkeiten hierzu systematisch entwickelt bzw. ausgebaut werden. Das bedeutet in letzter Konsequenz, dass Rehabilitationsmaßnahmen in Zukunft in großen Teilen aus Informationen und Unterstützungsprozessen zur Verselbstständigung der Leistungsberechtigten bestehen sollen. Zunehmende Eigenaktivitäten des Rehabilitanden bei abnehmenden Unterstützungsleistungen müssten den Verlauf des Rehabilitationsprozesses prägen. Hierbei muss sichergestellt werden, dass keine Überforderung einzelner Personen eintritt, und verhindert werden, dass schwächere Leistungsberechtigte benachteiligt bzw. allein gelassen werden. Die Flexibilität des Systems muss die ganze Bandbreite von viel bis wenig Unterstützung gewährleisten.

  Insgesamt wird ein völlig neues Rollenverständnis bei allen Akteuren erforderlich. In handlungsorientierten, teilnehmerzentrierten Qualifizierungsprozessen findet man Grundlagen hierfür. Die beschriebenen Forderungen gehen aber weit darüber hinaus.

- **Lebenslanges Lernen, Selbstgesteuertes Lernen**

  Vergleichbare Tendenzen erkennt man in der politischen und inhaltlichen Entwicklung im Bereich der beruflichen Bildung, wie auch in Kapitel 5.4 gezeigt wird. Lebensbegleitendes Lernen wird ein entscheidender Faktor auf dem Weg in die Wissensgesellschaft sein. Man erwartet, dass jeder sich soweit wie möglich eigenständig beruflich weiterbildet, wobei nach den aktuellen Vorstellungen in der Gesellschaft die hierfür erforderlichen Strukturen (Beratung, Bildungsnetzwerke, Selbstlernzentren, Technik etc.) entwickelt werden sollen. Wenn man die Folgen der auftretenden physischen oder psychischen Behinderung als Bruch in der persönlichen beruflichen Entwicklung sieht, kommt der beruflichen Rehabilitation, eingebettet in die auf lebenslanges Lernen basierende Systematik der beruflichen Weiterbildung, die Aufgabe zu, für die betroffenen Personen den Anschluss in der persönlichen Bildungslaufbahn so schnell wie möglich wieder herzustellen. Eine wesentliche Bedingung ist hierbei, im Rahmen

des Rehabilitationsprozesses auch die Fähigkeiten für selbstgesteuertes lebenslanges Lernen aufzubauen bzw. zu fördern. Selbstgesteuertes Lernen wird also damit zu einem wesentlichen Element in zukünftigen Qualifizierungsprozessen in der Rehabilitation.

- **Umfassende Qualifikation als Ziel**

  In der oben zitierten Definition von Beschäftigungsfähigkeit heißt es, man müsse in der Lage sein, seinen Arbeitsplatz zu halten oder eine neue Arbeit zu finden. Die notwendige Qualifikation bezieht sich also nicht betriebsorientiert auf einen Arbeitsplatz, sondern muss umfassender angelegt sein. In Kapitel 2.5 ist dargelegt, dass den kontinuierlich steigenden Qualifizierungsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt Rechnung getragen werden muss und dass außerdem alles verfügbare Potenzial an Qualifikationen genutzt werden muss, um den Folgen der demografischen Entwicklung entgegenzuwirken. Die Aufgabe der beruflichen Rehabilitation muss es also sein, die individuellen Möglichkeiten so gut wie möglich für eine umfassende Qualifizierung zu nutzen. Das muss nicht notwendigerweise eine berufliche Neuorientierung/Umschulung sein, auch Qualifizierungsergänzungen werden hier eine Rolle spielen. Aber die Qualifikation muss zumindest anerkannt und entwicklungsfähig für eine zukünftige Qualifizierungsergänzung sein, sonst ist bei den zu erwartenden Marktanforderungen eine nachhaltige Integration nicht möglich. In diesem Zusammenhang ist auch denkbar, dass der Rehabilitationsprozess zeitlich in Stufen organisiert wird, unterbrochen durch Abschnitte im Arbeitsprozess.

- **Modularisierung der beruflichen Bildung**

  Eine wichtige Entwicklung soll hier gesondert angesprochen werden: »Modularisierung der beruflichen Bildung«. Seit vielen Jahren wird diese Diskussion mit unterschiedlichen Tendenzen geführt (Frank/Grunwald, 2008; BMBF, 2007a; Erbe, 2007; Kretschmer/Below, 2001). Momentan werden Modellversuche hierzu im Auftrage des BMBF in Zusammenarbeit mit dem BIBB durchgeführt (Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 4/2008). Modularisierung ist auch Gegenstand des vom Innovationskreis berufliche Bildung verfassten Berichts: Zehn Leitlinien für eine Reform der Berufsbildung (BMBF, 2006). Eine ganz wesentliche Tendenz in der aktuellen Diskussion ist die Modularisierung von Berufsbildern im Rahmen des Dualen Systems. Vom Forum Bildung wurde zu diesem Thema unter der Überschrift »Modularisierung – mehr Chancen auf Bildung« festgestellt: »Modulare Qualifizierungskonzepte erfüllen Forderungen nach flexiblen Bildungswegen, indem sie es ermöglichen, bei individuellen Voraussetzungen anzusetzen« (Kretschmer/Below, 2001). Über dieses Instrumentarium eröffnen sich für die berufliche Rehabilitation Wege für eine ökonomische, auf individuelle Ressourcennutzung ausgerichtete Weiterqualifizierung über Qualifizierungsbausteine, ohne dass die rechtliche Basis für das Berufeprinzip verlassen wird.

  Von herausragender Bedeutung ist diese Entwicklung auch für ältere behinderte Menschen über 50 Jahre (s. auch Kapitel 2.5), bei denen eine berufliche Neuorientierung mit umfassender Qualifikation mit zunehmendem Alter immer weniger sinnvoll erscheint. Ein modulares Konzept bietet hier systematische Qualifizierungsmöglichkeiten. Hier kommt noch ein weiterer Punkt hinzu: Seit einigen Jahren wird über die Möglichkeit der Zertifizierung von informellen Kompetenzen einschließlich ihrer

Messbarkeit nachgedacht. Hierüber würde sich für die berufliche Rehabilitation ein interessantes Feld erschließen, da ältere Rehabilitanden in der Regel über ein großes Maß an informellen Kompetenzen verfügen (Berufserfahrung, Betriebserfahrung, Lebenserfahrung). Die Quantifizierung und Berücksichtigung dieser Kompetenzen bei der Planung eines individuellen Gesamtkonzepts für den Rehabilitationsverlauf würde den spezifischen Möglichkeiten Älterer wesentlich entgegenkommen. Die besondere Bedeutung der Aufgabe, die berufliche Rehabilitation auch für ältere Menschen stärker zu öffnen, wurde in Kapitel 2.5 dargelegt.

- **Virtualisierung der Arbeitswelt**

  Auf dem Weg von der Informations- zur Wissensgesellschaft zeichnet sich allmählich eine tiefgreifende Veränderung der bisher gewohnten Gestaltung der Arbeitswelt ab. Flexibilisierung der Arbeitsformen, der Arbeitsverhältnisse und der Mobilität nimmt zu.. Es entwickeln sich neue Infrastrukturen der Arbeit. »Eine neue Konstante im Prozess der mehrseitigen Flexibilisierung heißt Virtualität bzw. Virtualisierung« (Schröter, 2005). Virtuelle Organisationsformen basieren auf Kommunikation. Damit entstehen zusätzliche Anforderungen an die Kompetenz der Beteiligten. In zukünftigen Konzepten für Rehabilitationsprozesse wird dies zunehmend Beachtung finden müssen. Das zu verwendende Instrumentarium wird dem ebenso anzupassen sein. Internet-Techniken, E-Learning/Blended Learning oder Mobil-Learning werden u.a. auch deswegen zur Selbstverständlichkeit im Rehabilitationsprozess werden müssen. Aber auch die systematische Vernetzung mit Betrieben gewinnt darüber noch einmal eine besondere Bedeutung (s. auch Kapitel 5.5).

- **Interdisziplinäre Teamarbeit**

  Die zunehmende Komplexität der Arbeitsprozesse hat schon seit langem zu mehr Teamorientierung in der Arbeitsorganisation von Betrieben/Unternehmen/Verwaltungen geführt. Virtuelle Organisationsformen, wie oben beschrieben, fordern dies noch stärker. Es ist auf Dauer unabdingbar, dass diese Arbeitsform im Rehabilitationsprozess aktiv eingesetzt wird, um einerseits die Rehabilitanden auf die beschriebenen Anforderungen in der Arbeitswelt vorzubereiten und andererseits die oben beschriebene Persönlichkeitsentwicklung im praktischen Alltag zu stärken. An dieser Stelle muss darauf hingewiesen werden, dass es nicht mehr möglich ist, die Persönlichkeitsentwicklung des Rehabilitanden in dem Umfang, wie es zukünftig erforderlich scheint, durch Unterstützungsangebote aus einer Hand voranzutreiben. Das heißt, verschiedene Fachleute müssen zukünftig in wechselnden Konfigurationen interdisziplinär zusammenarbeiten, um die oben angesprochenen Unterstützungsleistungen möglich zu machen und mit den fachlich weit auseinander liegenden Anforderungen zu vereinbaren (z.B. Ausbildungspersonal verschiedener Fachdisziplinen, Sozialpädagogen, Psychologen, Mediziner).

- **Systematische Vernetzung mit der Arbeitswelt**

  In Kapitel 5.5 wird die Vernetzung mit der Arbeitswelt behandelt. Der Rehabilitationsprozess muss zukünftig eine systematische Kooperation mit Betrieben ermöglichen. Neben der Integrationsunterstützung und der Praxisnähe sind auch die Nutzung von Betriebskompetenz und -ressourcen für ein breites, flexibles, bedarfsorientiertes An-

gebotsspektrum bei Leistungserbringern wichtige Voraussetzung für ökonomisches Handeln. Die Steuerung des Rehabilitationsprozesses muss diese Verbindungen mit Betrieben wirtschaftlich und belastbar abbilden können. Das bedeutet insgesamt, dass Teile der Qualifizierung in Betrieben bzw. mit Betrieben durchgeführt werden. Eine Forderung, die in Kapitel 5.5 erhoben wird, nämlich die Prävention inklusive des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) und der beruflichen Rehabilitation als Gesamtsystem zu verbinden, wird durch die Vernetzung mit der Arbeitswelt bezüglich der Leistungserbringung sinnvoll unterstützt.

- **Systematische Förderung der Gesundheit**

  Die oben zitierte Definition für Beschäftigungsfähigkeit beinhaltet auch die Gesundheit als wichtige physische und psychische Grundvoraussetzung. Dies muss umso mehr im Bereich der beruflichen Rehabilitation beachtet werden. Die steigenden Belastungen am Arbeitsplatz kommen hinzu. Für die Leistungserbringer muss die ganzheitliche Entwicklung der Person in Zukunft noch stärker als bisher die systematische Förderung der Gesundheit bzw. den positiven, konstruktiven Umgang mit der Behinderung beinhalten. Wenn sinnvoller- und notwendigerweise verstärkt auch ältere Menschen in die Rehabilitation gelangen, bekommt dies noch größere Bedeutung.

- **Gegenseitige Wertschätzung, Arbeitsformen**

  Die bisher beschriebenen Anforderungen an zukünftige Rehabilitationsprozesse erfordern Arbeitsformen, in denen die Rehabilitanden zu gleichberechtigten Partnern von Vertretern der Leistungsträger und -erbringer werden. Die Zusammenarbeit muss zukünftig vor allem auch auf gegenseitige Wertschätzung ausgerichtet sein, d.h. der Leistungsberechtigte muss in seiner Lebensgeschichte akzeptiert werden.

- **Motivation der Leistungsberechtigten**

  In Kapitel 5.2 wird auf die wesentliche Einflussgröße Motivation auf das selbstständige Handeln von Personen hingewiesen. Selbstbestimmung ist dabei sicher eine wichtige Voraussetzung. Der gesamte Rehabilitationsprozess, der das alles beinhaltet, was bisher beschrieben wurde, lebt von Beginn, also von der Planung des Rehabilitationsbedarfs an, davon, dass es gelingt, die betroffene Person für den Prozess zu gewinnen, ihr den Sinn für das Ziel und den Weg zu vermitteln und sie zur aktiven Mitgestaltung des Prozesses zu bewegen und sie in die Verantwortung zu nehmen. Vertrauensbildung, Orientierung, Transparenz und Kalkulierbarkeit sind hier unbedingte Voraussetzungen. Dieser Aspekt nimmt eine Schlüsselstellung ein und muss besondere Beachtung finden. Die durch Selbstbestimmung geförderte intrinsische Motivation kann durch bestimmte Rahmenbedingungen noch verstärkt werden. Man verwendet aktuell in der Forschung den Begriff »Flow« für einen Zustand sehr hoher Motivation. Darüber gibt es schon konkrete Untersuchungen, z.B. in der universitären Lernsituation unter Einsatz von Blended Learning (Riedl, 2008). Es gibt außerdem seit vielen Jahren aussagefähige Studien aus der Arbeitswelt zum Thema Mitarbeitermotivation, z.B. von Towers Perrin (2008) und Inifes (Fuchs, 2006). Die vorhandenen Erkenntnisse über Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit könnten für die zukünftige Entwicklung von Rehabilitationsverfahren genutzt werden.

- **Chancengerechtigkeit für alle Personengruppen**

  Es gibt viele Hinweise dafür, dass die verschiedenen Personengruppen nicht gleichermaßen erreicht werden und dass durch die vorhandene Maßnahmenpalette die Chancengerechtigkeit bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen nicht sichergestellt ist. Die Rehabilitationsprozesse sollten zukünftig so gestaltet und gesteuert werden, dass eine Anpassung an Besonderheiten von Personengruppen gegeben ist. Dies heißt auch, dass individuell Unterstützungsangebote verstärkt werden müssen, wenn selbstständiges Handeln nur begrenzt möglich ist.

Wenn man alle diese Aspekte und Forderungen in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation berücksichtigen will, wird man längerfristig eine umfassende Neuorientierung bei der Gestaltung und Organisation der Rehabilitationsprozesse vornehmen müssen. Das betrifft letzten Endes auch die dafür erforderlichen Strukturelemente. Viele von den ausgeführten Empfehlungen können mit den heutigen Verfahren/Systemen nicht oder nur unzulänglich bewältigt werden. Lösungen hierzu müssen, unterstützt durch Forschung und Entwicklung, erst noch erarbeitet werden. Von Vorteil wird dabei sein, dass umfangreiche praktische Erfahrungen bei Leistungsträgern und -erbringern durch das qualitativ hohe Niveau der bisherigen Rehabilitationsarbeit vorliegen.

Eine Bedingung ist aber eindeutig: Alle Ziele können nur über die Individualisierung des gesamten Rehabilitationsprozesses erreicht werden; die selbstbestimmte, aktive Einbeziehung des Leistungsberechtigten rangiert dabei an vorderster Stelle. Die Individualisierung muss alle Teile des Prozesses erfassen, angefangen von der Beratung über das obligatorisch erforderliche Assessment bzw. die Planung der Prozessinhalte sowie die Prozessdurchführung bis hin zur Integrationsunterstützung und nachhaltigen Eingliederung.[20]

Individualisierung dient dazu, den besonderen Lebenslagen der Leistungsberechtigten entsprechend gerecht zu werden. Damit besteht eine gute Chance, den gesamten Reha-Prozess möglichst eng an die Potenziale, Ressourcen und Ziele der Person zu binden und die Person so umfassend wie individuell möglich aktiv und eigenständig in den Prozess einzubeziehen. Auf der Gruppenebene geht es darum, die Bedarfe der verschiedenen Zielgruppen zu berücksichtigen. Individualisierung betrifft umfassend die flexible und differenzierte Handhabung folgender Faktoren:

- **Prozess**

  Es muss individuell bestimmt werden, welche Fachkräfte interdisziplinär am Prozess beteiligt sind, in welchem Umfang der Leistungsberechtigte aktiv beteiligt ist, wer welche Verantwortung übernimmt und wer an der Prozesssteuerung beteiligt ist. Die Schnittstellen im Prozess müssen genau definiert und in der Gesamtsteuerung berücksichtigt werden. Dies gilt für alle Prozessteile (Beratung, Assessment, Durchführung, Integration).

[20] Über Individualisierung in der beruflichen Bildung gibt es in den letzten Jahren schon verschiedene Ansätze in Theorie und Praxis (Spijkers, W. et al., 2008; Rehavision, 2008; Mohr/Krauß, 2006). Beachtet werden muss, dass der Begriff in der Praxis sehr unterschiedlich definiert wird. Die Überlegungen im Neuen Reha-Modell, das von den Leistungsträgern und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke initiiert wird, zeigen eine überregional verfolgte Entwicklungsrichtung auf. Die oben beschriebenen Empfehlungen gehen aber weit über bekannte Ansätze hinaus (es reicht nicht, bei Individualisierung nur an verkürzte Qualifizierungszeiten, kleine Gruppen etc. zu denken).

- **Lernformen**

  Handlungsorientiertes Lernen mit Lernbegleitern, »Lernen in Communities«, Lernen am Arbeitsplatz, selbstgesteuertes Lernen etc. können sinnvoll miteinander verbunden werden.

- **Ort**

  Zur individuellen Umsetzung der Dienstleistung können verschiedene Lernorte miteinander verknüpft werden, z.B. außerbetriebliche mit betrieblichen Lernorten. Dies gilt analog auch für Beratung und Assessment.

- **Zeit**

  Arbeitstempo und Arbeitszeit in allen Teilen des Prozesses können flexibel an die individuellen Bedarfe angepasst werden. Das schließt auch Teilzeitangebote mit ein.

- **Inhalte**

  Das Ziel der Beschäftigungsfähigkeit bzw. der angestrebten nachhaltigen Integration, abgestimmt auf die Möglichkeiten der einzelnen Person, bestimmt individuell die Qualifizierungsanteile und die zu entwickelnden Fach- und Schlüsselkompetenzen auf Basis der vorhandenen formalen wie informalen Kompetenzen.

Wichtige Merkmale individualisierter Rehabilitationsprozesse sind ein individuelles und obligatorisches Assessment zur Ermittlung von Fähigkeiten, Potenzialen und Anforderungen und zur Prozessbegleitung und -überwachung sowie die Beachtung des sozialen Umfeldes und der Integrationschancen des Leistungsberechtigten. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass eine teilnehmerzentrierte Methodik/Didaktik, die ganzheitliche Umsetzung aller Ziele sowie eine interdisziplinäre Teamarbeit im Prozess grundlegende Bedeutung für Individualisierung haben. Abschließend muss darauf verwiesen werden, dass Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung neu gestaltet werden müssen, da theoretisch jeder Prozess personenorientiert unterschiedlich abläuft.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sind bisher zugeschnitten auf inhaltlich und organisatorisch standardisierte Prozesse. Die Flexibilisierung von Zeit, Ort und Inhalt der Prozesse führt dazu, dass für Qualitätssicherung notwendige Standards nicht für den Prozess selbst, sondern für die Prozessgestaltung gefunden werden müssen. Individuelle Prozesse müssen nach einheitlichen Gesichtspunkten geplant und durchführt werden. Dazu sind standardisierte Prozesselemente zu definieren. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung wirken damit verstärkt in die individuelle Prozesssteuerung hinein. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Assessment-Prozesse und dazugehörige Instrumente, die Individualisierungsbedarfe valide erfassen können.

Der Trend zur Regionalisierung von Rehabilitationsdienstleistungen beinhaltet im Wesentlichen, einerseits die Leistungsberechtigten so wenig wie möglich aus ihrem sozialen Umfeld zu lösen, andererseits die Suche nach einem Arbeitsplatz möglichst durch Einbeziehung von Betrieben im persönlichen Umfeld zu unterstützen. So gesehen ist Regionalisierung automatisch durch die Individualisierung der Prozesse abgedeckt, wenn man sich konsequent an den Bedarfen der Person orientiert. Individualisierung hinterfragt aber auch die Richtigkeit der Regionalisierung im Einzelfall.

Besondere Anforderungen ergeben sich an das Management des Rehabilitationsprozesses. Individualisierte Rehabilitation in der beschriebenen Form erhöht die Qualität der Dienstleistung, aber »höhere Fähigkeiten eines Systems entstehen nur aus mehr Komplexität« (Bresch, 1977) d.h. höhere Anforderungen werden mit mehr Komplexität erkauft. Wenn man versucht, Komplexität zu reduzieren, werden unter Umständen wichtige Eigenschaften und Fähigkeiten zerstört, d.h. man muss ein Management aufbauen, das die Komplexität beherrscht. In der Organisationsentwicklung geht man davon aus, dass man mindestens soviel Komplexität in der Systemsteuerung benötigt, wie das System selbst hat. Bezogen auf individualisierte Rehabilitationsprozesse muss man von sehr hohen Anforderungen an die Prozesssteuerung ausgehen. Leistungserbringer, die die Fähigkeit aufbauen wollen, Lernformen, Inhalte, Vernetzung von Lernorten und Zeit individuell zu variieren, müssen die Steuerung von Rehabilitationsprozessen als Kernkompetenz entwickeln. Folglich wird die Prozesssteuerung den Leistungserbringern zukünftig das entscheidende Know-how abverlangen.

Ein Weg dahin wird von F. Malik (1998, 2007) angedeutet: »Organisiere das Unternehmen (den Prozess) so, dass es sich soweit wie möglich selbst organisieren und selbst regulieren kann«. Das reduziert nicht die Komplexität des Systems, vereinfacht aber seine Beherrschung. Individualisierte Rehabilitationsprozesse sind unter Managementgesichtspunkten ein ähnlicher Paradigmenwechsel wie die Abkehr von der Massenproduktion in der Industrie. Hier wie da muss aber die erhöhte Qualität bzw. erhöhte Effektivität im Prinzip erst einmal mit höherem Aufwand erkauft werden. Dieser Situation müssen die Träger Rechnung tragen. Die Frage ist aber, in welchem Maße durch Einsatz moderner Technologien und Managementkonzepte individuelle Lösungen auch effizient bzw. wirtschaftlich gestaltet werden können.

Konzeptionell kann in diesem Zusammenhang der Ansatz des »mass customization« handlungsleitend sein (Klinger, 2007), (Gabriel/Gersch/Weber, 2007), (Piller, 2006). Mass customization bedeutet individualisierte Massenfertigung. Es handelt sich dabei um ein Produktionskonzept, in dem einerseits die Vorzüge der Massenproduktion genutzt werden, andererseits dem wachsenden Wunsch des Kunden nach Individualisierung seines Produktes Rechnung getragen wird. Kundenindividuelle Anpassungen lassen sich auf dieser Basis wirtschaftlich realisieren. Damit löst mass customization ein Problem, das die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Individualisierung derzeit noch nicht gelöst hat. Auch wenn sich dieses Konzept nicht eins zu eins auf Bildungsprozesse übertragen lässt, so liegt doch zumindest eine durchdachte »Blaupause« für eine auch wirtschaftliche Leistungserbringung von individualisierten Reha-Prozessen vor.

Unter Berücksichtigung von Analogien zwischen Güterproduktion und Bildungsdienstleistungen sind Voraussetzungen von mass customization in der Bildungsdienstleistung z.B.:

- Standardisierung von modularen Komponenten der Dienstleistung.
- Die Komponenten müssen individuell kombinierbar sein zu sinnvollen Leistungspaketen.
- Die notwendige Flexibilität muss so organisiert werden, dass individuelle Leistungen in stabilen Prozessen erstellt werden können (die Auswahl für den Kunden muss sinnvoll eingeschränkt werden).
- Die aktive Beteiligung des Kunden bei der Planung und Durchführung der Prozesssteuerung muss systematisiert werden (d.h. Selbstgestaltung und Selbststeuerung

werden als Strukturelemente zur Reduzierung von Komplexität in das Systemdesign fest eingebaut).
- Der Einsatz moderner Technologien und Managementmethoden zur Unterstützung der Prozesse und der Prozesssteuerung muss die Effizienz der Dienstleistung sicherstellen (z.B. moderne Informations- und Kommunikationstechnik, Blended Learning, Wissensmanagement).

Die Frage ist zu klären, inwieweit dies auf individuelle Rehabilitationsprozesse übertragbar ist. Einige Ansatzpunkte und Erkenntnisse zum Thema mass customization, speziell in der beruflichen Bildung, liegen schon vor und werden in verschiedenen Veröffentlichungen beschrieben (Klinger, 2007), (Gabriel/Gersch/Weber, 2007), (Schickentanz, 2002), (Freund, 2003). Instrumente und Verfahren müssen entwickelt bzw. weiterentwickelt und durch geeignete Forschungsansätze unterstützt werden (z. B. Machbarkeitsstudie).

Entwicklungsrichtung: Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bildet die Orientierung am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten, dieser bestimmt die dazu erforderlichen Prozesse und Strukturen. Maßgeblich für den Bedarf ist die Zielsetzung der Beschäftigungsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt. Individualisierung trägt dazu bei, den unterschiedlichen Zielgruppen der Rehabilitation vergleichbare Entwicklungschancen zu eröffnen. Fließende Übergänge in Arbeit werden ermöglicht. Für das Prozessmanagement von Individualisierung werden bei aktiver Einbeziehung der Leistungsberechtigten moderne Technologien und neue Managementprinzipien (z.B. mass customization) eingesetzt, um effektive und effiziente Lösungen zu realisieren.

5.7 Gesamtprozess steuern

Die normative Grundlage für den Prozess der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen sind die rechtlichen Vorgaben und übergreifenden Regeln im SGB IX und die daraus im Ansatz abgeleiteten Leistungsgesetze für die einzelnen Leistungsträger. Weitere Bestimmungsgrößen sind die fiskalischen Voraussetzungen. Hierauf bauen die Managementprozesse zur Umsetzung der beruflichen Rehabilitation auf. Sie müssen so strukturiert sein, dass die rechtlichen und finanziellen Vorgaben umgesetzt werden können. Die übergeordnete Aufgabe der Gesamtsteuerung des Rehabilitationsverlaufs besteht darin, die Verwaltungsverfahren und den operativen Rehabilitationsprozess so zu gestalten, dass die rechtlichen Vorgaben und die wirtschaftlichen Möglichkeiten mit den individuellen Belangen der Leistungsberechtigten in Einklang gebracht werden. Die Steuerung des Gesamtprozesses muss daher den Verwaltungsprozess beim Leistungsträger, den Umsetzungsprozess bei den Leistungserbringern sowie den Übergangsprozess zur Integration der Leistungsberechtigten in die Gesellschaft und das Arbeitsleben erfassen. Der Gesamtprozess teilt sich dabei in die folgenden Teilprozesse auf:

- Die Phase der Feststellung, ob ein Rehabilitationsbedarf vorliegt.
- Die Beratung des Leistungsberechtigten, wenn der Rehabilitationsfall gegeben ist.
- Die Definition des Rehabilitationsumfangs zusammen mit dem Leistungsberechtigten.
- Die Planung der Umsetzung der Rehabilitationsmaßnahme mit dem Leistungsberechtigten.

- Die Durchführung und Überprüfung der Zielerreichung der Leistung zur Teilhabe bis zur nachhaltigen Integration des Rehabilitanden in die Gesellschaft und die Arbeitswelt.

Für eine durchgängige effektive und effiziente Steuerung des Gesamtprozesses müssen für alle Teilabschnitte die notwendigen Voraussetzungen erfüllt sein – zum Beispiel operationalisierte Grundsätze für die Akteure, Richtlinien, Aufgaben und Funktionsbeschreibungen, Standards, Strukturen, Instrumente und vor allem die notwendigen Kompetenzen bei den beteiligten Fachleuten. Im Verlauf des Prozesses müssen Entscheidungspunkte definiert und Verantwortlichkeiten geklärt sein. Letzteres betrifft auch die Leistungsberechtigten.

Kritische Schnittstellen im Gesamtprozess, die eine hohe Komplexität der Steuerung erfordern, sind der Zugang zum Reha-Verfahren, der Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation, die Planung der Umsetzung der Leistung zur Teilhabe und der Übergang in die Arbeitswelt. Im Zugang zur Rehabilitation ergeben sich bisher allgemein große Schwierigkeiten, alle relevanten Personengruppen dabei gleichermaßen zu erreichen und trotz begrenzter finanzieller Mittel relative Chancengerechtigkeit bei der Einleitung und Umsetzung von Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen. Es gibt viele Hinweise darauf, dass dies nicht immer gelungen ist. Dafür sind viele Gründe zu nennen, die bei allen beteiligten Akteuren zu suchen sind. Hintergründe hierfür wurden in den Kapiteln 2.5 und 2.6 angesprochen, auf konkrete Beispiele im Alltag wurde in Kapitel 3 eingegangen. Weitere Hinweise finden sich in der Literatur. Blaschke und Plath (2000, 1997) äußern z.B. die Vermutung, dass der Zuweisungsprozess in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation abhängig ist von Wirtschaftlichkeitserwägungen, Arbeitsmarktbedingungen und dem von den Vertretern der Leistungsträger subjektiv erwarteten Leistungserfolg. Hierbei spielt die Kompetenz der handelnden Personen eine große Rolle. In einer Studie von Rauch et.al. (2008) werden weitere Gründe behandelt: Es wird darauf hingewiesen, dass die Erkenntnis der schwerwiegenden Beeinträchtigung durch Behinderung als Voraussetzung für den Rehabilitationsbedarf erschwert wird durch Unwissenheit über Rehabilitation bei den Leistungsberechtigten und mangelnde Kompetenz bei den Vermittlern bzw. Rehabilitationsberatern. Auch im Anerkennungsverfahren gibt es subjektive Komponenten, wie die Ermessensfrage und angebotssteuernde Einflüsse. Ein Einflussfaktor ist auch das Engagement des Leistungsberechtigten, wie sich z.B. im Workshop mit Rehabilitanden zeigte (siehe Anhang). Ein ganz wesentlicher subjektiver Einfluss ist anzunehmen bei der zu treffenden Entscheidung, ob besondere Hilfen während des Rehabilitationsprozesses erforderlich sind oder nicht. Hiervon ist im starken Maße abhängig, welche Art von Maßnahme im Einzelfall gewollt wird und möglich ist. Die Planung der Umsetzung inklusive der Art der Maßnahme ist von vielen Variablen bestimmt, die die Qualität der Planung beeinflussen, wie z.B. regionaler Arbeitsmarkt, Leistungserbringerangebot, Vorstellungen des Leistungsberechtigten, Kompetenz des Beraters, finanzielle Voraussetzungen (Rauch et al., 2008), siehe auch die Studie von Schröder, Knerr und Wagner, (2009).

Eine folgenschwere Schwachstelle ist nach wie vor der Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation. Schon im Bericht der Reha-Kommission Berufsförderung des VDR wurde dieser Punkt analysiert, und es wurden Vorschläge gemacht, die festgestellten Schwächen zu beheben. Bis heute sind hier jedoch die Probleme offensichtlich nicht endgültig behoben, wie Hinweise z.B. aus dem bereits zitierten Workshop ergeben haben.

Alles in allem ist ersichtlich, dass der Gesamtprozess von vielen Einflussgrößen bestimmt wird, die sich teilweise gegenseitig beeinflussen und sehr stark auch die Prozessgestaltung bestimmen. Diese Komplexität wird in Zukunft noch erheblich zunehmen, wenn die Individualisierung der Reha-Prozesse fortgeschrieben wird. In Kapitel 5.6 wurde schon darauf hingewiesen, dass Individualisierung der Rehabilitation individuelle Abläufe in allen Teilprozessen, beginnend mit der Beratungsphase, erforderlich macht. Dies wird den Grad der Komplexität noch erheblich erhöhen. Wie in Kapitel 5.6 auch ausgeführt wurde, wird dazu ein Prozessmanagement bzw. eine Prozesssteuerung mit mindestens gleicher Komplexität benötigt.

Hier besteht für die Zukunft großer Handlungsbedarf. Die Steuerung der Teilprozesse muss aus der Steuerung des Gesamtprozesses abgeleitet und durch sie bestimmt werden. Wesentliche Forderungen sind dabei die Nahtlosigkeit zwischen den Teilprozessen und schnittstellenübergreifendes Handeln. Dazu gehören definierte Interaktionen aller Beteiligten im Prozess und systematisierte Kommunikation, die schnittstellenübergreifend geregelt ist. Dies ist heute nur ansatzweise vorhanden, mit den steigenden Anforderungen wird es aber zur unbedingten Notwendigkeit.

Es wird dafür ein institutionenübergreifendes Managementkonzept benötigt. Es ist mit geeigneten Instrumenten und Methoden zu hinterlegen; außerdem sind die Festlegung von Standards und Verfahrensweisen und die durchgängige Definition und Dokumentation der Prozessstruktur und Ergebnisqualität in einem durchgängigen Qualitätsmanagement erforderlich.

Das Instrument ICF bildet dafür eine hervorragende Grundlage als einheitliche Sprache aller Beteiligten.[21] Als Voraussetzung für das Schnittstellenmanagement müssen Verwaltungsstrukturen und Fördervoraussetzungen angepasst werden. Ein Beispiel hierfür am Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation ist das Konzept MBI (Medizinisch-Berufliches Integrationsmanagement), das von einem Arbeitskreis verschiedener Leistungserbringer entwickelt und vorgeschlagen wurde. Das Konzept beschreibt sehr ausführlich die Problemlage und interessante Realisierungsvorschläge, Vorschläge zur Kooperation von Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, fließender Übergang von medizinischen zur beruflichen Rehabilitation, Schnittstellenmanagement, Finanzierung des Schnittstellenmanagements, etc.). Übergeordnet gilt es jedoch auch, für die Verbesserung der Zugangssteuerung in der beruflichen Rehabilitation die relevanten Zielgruppen genauer zu definieren bzw. die Frage zu beantworten, welche Zielgruppen prioritär erreicht werden müssen.

Für die Steuerungsaufgaben im Rahmen eines institutionenübergreifenden Managements gibt es im Prinzip zwei Lösungswege. Ein Weg wäre, dass ein Verantwortlicher bzw. Fallmanager den Leistungsberechtigten über den gesamten Rehabilitationsprozess hinweg begleitet. Bei den Berufsgenossenschaften wird dies annähernd praktiziert. Bei anderen Leistungsträgern, vor allem wenn verschiedene Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten gegeben sind, ist dieser Weg dagegen kaum machbar. Daher ist in diesen Fällen das Gesamtmanagement so zu organisieren, dass verschiedene Fallmanager in den Teilprozessen nacheinander Hand in Hand auf gleicher Datenbasis und mit gesteuerter Kommunikation arbeiten,

[21] Eine sehr gute Empfehlung zur Nutzung der ICF in der beruflichen Rehabilitation wurde von der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation erarbeitet (DVfR, 2009). Sehr interessante Entwicklungen sind in der Schweiz erkennbar zur Anwendung der ICF bei der Entwicklung eines standardisierten Abklärungsverfahrens zur Feststellung des individuellen Bedarfs von behinderten Jugendlichen (Hollenweger/Lienhard, 2008). Weitere Anregungen zur Anwendung der ICF findet man auch in folgenden Veröffentlichungen: BAR, 2008 und Schian et al.; 2005.

wobei für die Schnittstellen jeweils ein verantwortlicher Fallmanager festgelegt ist. Grundsätzlich jedoch muss ein professionelles Prozessmanagement folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Allgemein muss die Prozesssteuerung auf dem Prinzip der Delegation von Verantwortung auf die Fachebene aufgebaut sein,
- die Leistungsberechtigten müssen eigenverantwortlich in die Steuerung des Prozesses eingebunden sein,
- die Steuerung des Prozesses muss sich am Bedarf des Leistungsberechtigten orientieren und nicht an den Strukturen der Leistungsträger und –erbringer,
- die Steuerung des Prozesses muss ergebnisorientiert erfolgen (d.h. mit den Leistungsträgern werden Ziele vereinbart und nicht Wege zum Ziel),
- es müssen für die Steuerung des Prozesses unabhängige Hilfen/Instrumentarien zur Verfügung stehen (z.B. unabhängige Beratung (s. Kap.5.3), unabhängiges Assessment, unabhängige Fallmanager).

Zur Optimierung der Schnittstellengestaltung muss aber auch die rechtliche Grundlage für das Prozessmanagement überprüft werden. Es muss darauf hingewiesen werden, dass die Ausgestaltung des aktuellen Rechts noch einigen Optimierungsbedarf zulässt. Dies muss erste Priorität haben. Am Beispiel der Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik, der Einführung des SGB II, verbunden mit der Implementierung neuer Akteure (Arbeitsgemeinschaften und zugelassene kommunale Träger), wird deutlich, wie auch die Förderung behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben implizit neu ausgerichtet wird und sich von den Grundsätzen des SGB IX entfernt. In Kapitel 2.6 wurde gezeigt, wie sich dies deutlich in Zahlen niederschlägt. Hier wäre zum Beispiel ein Änderungsbedarf, der weitgehend ohne rechtliche Änderungen gedeckt werden kann.

Im zweiten Schritt sollten die Leistungsgesetze überprüft werden. Die Erbringung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt jeweils nach den für die zuständigen Leistungsträger geltenden unterschiedlichen Leistungsgesetzen. Die Leistungen der zuständigen Rehabilitationsträger stehen laut SGB IX nicht unverbunden nebeneinander, sondern sollen am Bedarf des Einzelfalls orientiert abgestimmt werden und möglichst nahtlos ineinandergreifen.

Die Grundsätze des SGB IX finden sich zwar in diesen Leistungsgesetzen wieder. Allerdings zeichnen sich die Leistungsgesetze durch unterschiedliche Zielsetzungen aus. Daraus resultieren unterschiedliche Ausgestaltungen des Rechts bei den einzelnen Leistungsträgern. Deshalb sollten in Zukunft die Leistungsgrundsätze entsprechend dem SGB IX gestaltet werden. Es kann nicht sein, dass von der Zuständigkeit eines Leistungsträgers und dem jeweils zugrunde liegenden Leistungsgesetz mit seiner speziellen Konnotation abhängt, ob eine berufliche Rehabilitation gewährt wird und wie sie ausgestaltet wird. Damit muss eine noch engere Anpassung und Harmonisierung der einzelnen Leistungsgesetze mit dem SGB IX erfolgen.

Langfristig ist es u.U. sinnvoll, das SGB IX als Leistungsgesetz weiterzuentwickeln.

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

tationsprozesses erstreckt sich bis zur Überprüfung der nachhaltigen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.

5.8 Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken

Die in den vorgeschlagenen Handlungsfeldern beschriebenen Forderungen nach

- einer aktiven, selbstbestimmten Beteiligung der Leistungsberechtigten am Rehabilitationsprozess (vgl. Handlungsfeld 1),
- einer Stärkung der Akzeptanz und einer Verbesserung des Zugangs zur beruflichen Rehabilitation (vgl. Handlungsfeld 2),
- einer unabhängigen Beratung (vgl. Handlungsfeld 3),
- einer Einordnung in das Bildungssystem (vgl. Handlungsfeld 4),
- einer engen Vernetzung mit der Arbeitswelt (vgl. Handlungsfeld 5),
- einer Individualisierung der Prozesse (vgl. Handlungsfeld 6) sowie nach
- einer stärkeren Vernetzung aller beteiligten Akteure (vgl. Handlungsfeld 7)

bedeuten auf längere Sicht veränderte Verantwortlichkeiten. Prozesse sind umfassend zu verändern, Strukturen müssen neu entwickelt bzw. an sich wandelnde Rahmenbedingungen angepasst werden.

Bei derart umfassenden Entwicklungen müssen die Wirkungszusammenhänge kontinuierlich beobachtet und daraus Schlüsse für die Korrektur von Entwicklungsprozessen gezogen werden, d.h. es muss ein lernendes System entstehen, das sich an gemeinsamen Zielvereinbarungen orientiert. Unbedingte Voraussetzung hierfür sind konsequente Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sowie eine umfassende, koordinierte Fort- und Weiterbildung der beteiligten Akteure. Somit ergibt sich aus den Handlungsfeldern 1 bis 7 ein weiteres und letztes Handlungsfeld, welches die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der beruflichen Rehabilitation fordert.

Für den anvisierten Entwicklungsprozess fehlen jedoch derzeit Erfahrungen genauso wie notwendige Grundkenntnisse. Hier sind Wissenschaft und Forschung in starkem Maß gefordert. Denn die Grundlagenarbeit und die Überprüfung dieser umfangreichen Entwicklungen müssen durch den systematischen, repräsentativen und regelkreisübergreifenden Einsatz von anwendungs- und wirkungsorientierter Forschung erfolgen.

Den systematischen, grundlagenorientierten und angewandten Forschungsarbeiten im Bereich der beruflichen Rehabilitation wurde bis heute aber keine große Priorität zugemessen. Im Rahmen arbeitsmarktpolitischer, versorgungssystemischer und rehabilitationswissenschaftlicher Fragestellungen wurden überwiegend andere Forschungsthemen anvisiert. Über die Wirkung und Effizienz von Leistungen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben gibt es wenige und insgesamt methodisch wenig zufriedenstellende Forschungsarbeiten (vgl. (Schröder/Knerr/Wagner, 2009: 7).

Um die berufliche Rehabilitation, insbesondere ihre Qualitätssicherung, weiterhin zu optimieren, bedarf es demnach einer begleitenden, kontinuierlichen und langfristig geplanten Forschung. Als Vorbild für die Stimulierung der Forschung in der beruflichen Rehabilitation können der Förderschwerpunkt »Rehabilitationswissenschaften« (Pimmer/Buschmann-Steinhage, 2009) im Rahmen des Verbundforschungsprogramms des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und der Rentenversicherung sowie der Förderschwer-

punkt »Chronische Krankheiten und Patientenorientierung« dienen. Letztgenannter wurde gemeinsam durch das BMBF, die Deutsche Rentenversicherung, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherung initiiert und befasst sich mit den Themenschwerpunkten »Patienteninformation«, »Schulungsprogramme« und »Versorgungsgestaltung«. Wie an den Themenschwerpunkten ersichtlich ist, lässt dieser Förderschwerpunkt eine angemessene Beleuchtung der beruflichen Rehabilitation vermissen. Im Rahmen des Förderschwerpunkts »Rehabilitationswissenschaften« wurden zwar berufliche Aspekte der medizinischen Rehabilitation untersucht. Von den 160 geförderten Einzelprojekten zielten jedoch nur sieben Projekte auf den Themenbereich der beruflichen Rehabilitation. Die wenigen Projekte thematisierten zudem eher den Bedarf und die Einbindung der beruflichen in die medizinische Rehabilitation als zentrale Fragestellungen der beruflichen Rehabilitation. Doch auch auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation gilt es, die rehabilitative Praxis wissenschaftlich zu fundieren. Zu diesem Zweck können beispielsweise weitere Forschungsverbünde innerhalb der beruflichen Rehabilitation gegründet werden, welche dazu beitragen, die Forschung in der beruflichen Rehabilitation zu bündeln und zu stimulieren.

Eine intensivere Forschung stellt auch eine systematische Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe sicher. Dazu muss aber eine einheitliche und ausführliche Datengrundlage bei allen Leistungsträgern vorliegen. Um Erkenntnisse für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe ableiten zu können, sind im Rahmen entsprechender Forschungsprojekte insbesondere folgende Daten zu generieren:

- Daten aus der Grundlagenforschung,
- Daten zur Qualitätsoptimierung und -sicherung,
- Daten auf Basis von Modellprojekten und Evaluationsstudien,
- Daten für das Controlling und Monitoring der Prozesse sowie
- statistisches Datenmaterial der Träger.

Die geforderten Daten liegen bisher nur ansatzweise und vereinzelt vor, weil sich nur relativ wenige Institutionen systematisch mit Fragestellungen der beruflichen Rehabilitation beschäftigen.

Vor dem Hintergrund der jährlich stattfindenden rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquien, der Datenbank REHADAT und den Veröffentlichungen in der Zeitschrift „Die Rehabilitation“ haben in der Vergangenheit folgende Forschungsthemen innerhalb der beruflichen Rehabilitation (Wiedereingliederung) im Mittelpunkt gestanden: Begleitung von Modell- und Entwicklungsprojekten, Auswertung von Routinedaten der Leistungsträger, Verbleibanalysen der Leistungserbringer, Befragungen von Rehabilitanden, Evaluation von gesetzlichen Vorgaben, zielgruppenorientierte Studien (z.B. Blinde, psychisch Vorerkrankte, Schwerbehinderte), Forschung zur Qualitätssicherung und zur Instrumentenentwicklung (Assessment und Prozesssteuerung). Wirkungsanalysen auf Basis von Kontrollgruppen fehlen nahezu vollständig.

Bei den verschiedenen Forschungsvorhaben handelt es sich in der Regel um Einzelprojekte, eine Vernetzung im Sinne eines Forschungsverbundes existiert innerhalb der beruflichen Rehabilitation nicht. Eine akteurübergreifende Koordinierung findet ebenfalls nicht statt.

Die Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften hat 2006 eine Einschätzung des Forschungsbedarfes in der Rehabilitation vorgenommen (DGRW, 2006). In Bezug auf

berufliche Rehabilitation wird ein besonderer Forschungsbedarf in fünf Handlungsfeldern konstatiert (DGRW, 2006: 64):

- Verbesserung der (träger- und maßnahmenübergreifenden) Assessments zur gezielten Prozess- und Leistungssteuerung
- Optimierung der Verwaltungsentscheidung bei der Auswahl von Leistungen
- Weiterentwicklung von Strategien des Eingliederungsmanagements
- Vergleichende Untersuchungen zum Erfolg beruflicher Rehabilitation
- Bessere Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Schliehe (2007) stellt Ergebnisse zum Forschungsbedarf auf Basis einer Befragung von Behindertenverbänden vor. Er resümiert die Ergebnisse der Befragung wie folgt: „Wenngleich wesentliche Aspekte des in der Expertise von wissenschaftlichen Experten festgestellten Forschungs- und Entwicklungsbedarfes auch bei der Befragung von Betroffenen und ihren Verbänden ebenfalls geäußert werden (vor allem die Notwendigkeit von langfristigen und sektorenübergreifend angelegten Wirkungsanalysen), so geben die Auswertungen der Befragung auch deutliche Hinweise auf eine andere Gewichtung. So wird vor allem der unmittelbare Bezug zur Lebenswelt von Betroffenen deutlicher herausgestellt als in der Expertise. Ferner wird die Bedeutung einer interdisziplinären, sektoren- und phasenübergreifenden Betrachtung hervorgehoben. Eine übergreifende Thematik lässt sich in dem deutlichen Bedürfnis nach Information und Transparenz festmachen“ (Schliehe, 2007: 379). Darüber hinaus betont Schliehe die Bedeutung des Dialogs mit den Betroffenen und ihren Verbänden bei der Festlegung von Forschungsbedarfen.

Aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgruppe kommt es darauf an, Forschungsfragestellungen in den Kontext der beschriebenen Handlungsfelder einzubinden. Forschung sollte dazu beitragen, die Entwicklungsprozesse in den Handlungsfeldern zu unterstützen. Im Anhang ist eine Liste mit beispielhaften Fragestellungen zu finden, die den jeweiligen Handlungsfeldern zugeordnet sind.

Eine systematische Sicherstellung von Forschung müsste sich an den verschiedenen Verantwortungsebenen in der beruflichen Rehabilitation orientieren und könnte beispielweise wie nachfolgend beschrieben aussehen: Für die Intensivierung und Systematisierung der Forschung auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation müssen strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Die Forschung sollte zu diesem Zweck in den Kostenträgern verankert werden. In diesem Sinne ist es denkbar, dass sich die Kostenträger oder auch die Leistungserbringer in der beruflichen Rehabilitation zu einem Forschungsverbund zusammenschließen, welcher einen Forschungsfonds bereitstellt. Aus diesem Fonds können die notwendigen Forschungsvorhaben zu den bereits genannten Forschungsthemen finanziert werden, gegebenenfalls mit Unterstützung durch das BMAS. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) empfehlen sich dabei als Koordinierungszentren für die diversen Forschungsprojekte auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation. Sie könnten als übergeordnete Stelle beispielsweise die Verantwortung dafür übernehmen, Forschungsprojekte aufeinander abzustimmen, um Redundanzen zu vermeiden, Themenschwerpunkte zu setzen und in enger Kooperation mit dem Forschungsverbund die Forschung auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation voranzutreiben.

Eine fundamentale Voraussetzung für eine umfassende und systematische Forschung zur Verbesserung der Qualität beruflicher Rehabilitationsprozesse ist aber auch eine Datentransparenz der Kostenträger. Die momentanen Anstrengungen zur Kompatibilisierung der Datensysteme von DGUV, DRV und BA sollten verstärkt werden, um hiermit eine gemeinsame Basis zu schaffen, die es ermöglicht, aufgrund gemeinsamer Indikatoren der Leistungsvariablen vergleichbare Fragestellungen nach Wirksamkeit und Effizienz wissenschaftlich zu untersuchen. Bei den Leistungserbringern sollten Evidenzbasierung und Wirksamkeitsforschung als Maxime für die rehabilitativen Bemühungen gefordert werden. Auf Basis der getätigten Forschung können Qualitätsstandards für die berufliche Rehabilitation abgeleitet werden. Um eine einheitliche Qualität der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sicherzustellen, ist es wichtig, für alle Leistungsträger gültige Leitlinien zur Umsetzung dieser Leistungen zur Verfügung zu stellen. Durch die Einhaltung dieser Leitlinien kann eine einheitliche Umsetzung der Leistungen auf einem festgelegten Qualitätsniveau bei den unterschiedlichen Leistungserbringern gewährt werden. Für die medizinische Rehabilitation wurden bereits entsprechende Leitlinien sowie eine Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) erstellt. In der KTL werden verschiedene therapeutische Leistungen anhand wesentlicher Qualitätsmerkmale, wie Berufsgruppe, Indikation, Therapieziel, Dauer, Frequenz und Anzahl der teilnehmenden Rehabilitanden, beschrieben. Ein entsprechendes Handbuch für die berufliche Rehabilitation würde einen bedeutenden Beitrag zur Vereinheitlichung und Qualitätssicherung berufsfördernder Leistungen darstellen. Somit würde eine Klassifikation berufsfördernder Leistungen durch die Vorgabe von allgemeingültigen Qualitätsmerkmalen eine Anpassung der Qualität und die entsprechende Umsetzung der Leistungen bei Leistungserbringern ermöglichen.

Als weitere Anregungen für die Forschung auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation wird auf die im Anhang beispielhaft zusammengestellte Liste mit Forschungsfragen zu den einzelnen Handlungsfeldern verwiesen. Damit wird verdeutlicht, dass die Weiterentwicklung der Handlungsfelder dringend der Unterstützung durch eine entsprechende Verbundforschung bedarf.

Zusammenfassend besagen die Darstellungen, dass den aktuellen Anforderungen an die berufliche Rehabilitation (vgl. Handlungsfelder Kp. 5.2 bis Kp. 5.9) nur durch eine forschungsbasierte Weiterentwicklung und intensivere Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprochen werden kann. Dies ist durch eine systematische und institutionell begründete Forschung sicherzustellen, indem eine Datengrundlage zur Entwicklung und Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe geschaffen wird.

Um die für eine Förderung der Forschung erforderlichen Prozesse und Strukturen sicherzustellen, sind folgende Forderungen an die Legislative, die Exekutive, Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigte zu stellen:

- die Koordinierung der Forschung zwischen den Akteuren,
- die Priorisierung von Forschungsthemen,
- die Sicherstellung der Finanzierung der Forschungsprojekte,
- die Interdisziplinarität und Querschnittforschung,
- die Sicherstellung der Strukturvoraussetzungen für die Forschung,
- die Sicherstellung von Qualität und Vollständigkeit des Datenzugangs sowie
- die Deklaration von Evidenzbasierung und Wirksamkeitsforschung als Maximen.

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

6 Allgemeine Schlussfolgerungen

„Die größte Gefahr für den Erfolg von morgen ist der Erfolg von gestern.“ Für diese aus Erfahrungen abgeleitete Weisheit gibt es vielfältige Beispiele in allen Gesellschaften. Die berufliche Rehabilitation hat sich in Deutschland in den letzten 40 Jahren zu einem schlagkräftigen Instrument zur Unterstützung und Förderung von Menschen mit Behinderung auf hohem Niveau entwickelt. Aber wesentliche Rahmenbedingungen und Einflussgrößen auf die Rehabilitation haben sich kontinuierlich weiterentwickelt und erfordern auf Dauer eine Neuorientierung des Systems der beruflichen Rehabilitation. Wartet man zu lange mit der Umsetzung, gefährdet dies die Akzeptanz und Legitimität des bisher Erreichten. Das politische Fundament wird brüchig, wenn den gravierenden Veränderungen in der Gesellschaft nicht frühzeitig mit neuen Konzepten und Ideen begegnet wird.

Die Zukunftsfähigkeit der beruflichen Rehabilitation ist von Lösungen abhängig, die

- ökonomische Fortschritte bringen,
- der gesellschaftlichen Entwicklung und
- den Entwicklungen des Arbeitsmarktes folgen.

Die wissenschaftliche Fachgruppe hat vor diesem Hintergrund ein Leitbild für die mittel- und langfristige Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen formuliert, in dem die Voraussetzungen für eine zukunftsfähige Rehabilitation zusammengefasst sind. Darauf aufbauend sind acht Handlungsfelder entwickelt worden, die ein Paket von Vorschlägen und Hinweisen beinhalten, die als Grundlage für eine langfristige Entwicklung und Umsetzung eines Gesamtkonzeptes für die berufliche Rehabilitation dienen können.

Aus den Darlegungen der wissenschaftlichen Fachgruppe lassen sich insgesamt die folgenden grundsätzlichen Schlussfolgerungen ableiten:

- Ein zukunftsfähiges System der beruflichen Rehabilitation setzt ein stimmiges Gesamtkonzept voraus. Zu diesem Konzept gehören ein Leitbild, an dem sich alle Akteure orientieren können, und eine Beschreibung jener Handlungsfelder, die für die Umsetzung des Leitbildes entscheidend sind.
- Eine zukunftsfähige berufliche Rehabilitation zeichnet sich inhaltlich dadurch aus, dass sie die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Menschen mit Behinderung gezielt fördert und deren eigenständige Lebensgestaltung stärkt, die gesellschaftliche Teilhabe durch inklusive Strukturen gewährleistet und die Teilhabe am Arbeitsleben durch nachhaltige Bildung mit ganzheitlicher Entwicklung der fachlichen und personalen Kompetenz, ausgerichtet auf die individuellen Ressourcen und Potenziale, ermöglicht und durch systematische Vernetzungen mit Unternehmen abgesichert.
- Sind diese Voraussetzungen gegeben, können Menschen mit Behinderungen auch auf einem schwieriger werdenden Arbeitsmarkt ihre Leistungsfähigkeit produktiv und existenzsichernd einbringen.
- Zur Zukunftssicherung der beruflichen Rehabilitation wird die Wiedereingliederung von dringend benötigten qualifizierten Fachkräften bzw. die Sicherung ihrer Beschäftigungsfähigkeit zunehmend eine zentrale Funktion.

- Optimierungen von Teilsystemen führen nicht zwangsläufig zu einer Verbesserung des Gesamtsystems. Ein stringenter „roter Faden“ im Sinne der geforderten Ausrichtung auf Teilhabe und Selbstbestimmung erfordert abgestimmte Prozesse- und Strukturveränderungen bei allen Beteiligten. Damit ist eine entsprechende Veränderungs- und Kooperationsbereitschaft aller Akteure gefordert.
- Die Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen der beruflichen Rehabilitation sind im Sinne eines lernenden Systems weiterzuentwickeln. Eine innovative Überarbeitung des Systems der beruflichen Rehabilitation erfordert den systematischen Einsatz von Forschung und Entwicklung. Der Einsatz von Forschung ist auch zwingend erforderlich zur Legitimierung von finanziellen Aufwendungen. Wie andere Versorgungssysteme auch, muss die berufliche Rehabilitation ihre Wirksamkeit wissenschaftlich fundiert belegen können.

Welche Lösungswege in Zukunft auch immer gewählt werden, aus heutiger Sicht wird ein nachhaltiger Erfolg immer davon abhängig sein, wie der Auftrag zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung für Menschen mit Behinderung sowie der Weg zur ganzheitlichen Entwicklung der fachlichen und personalen Kompetenz, ausgerichtet auf individuelle Ressourcen und Potenzial, auf Dauer bewältigt werden. Diese Ziele stellen erhöhte Anforderungen an alle Beteiligte:

- Neue Wege in der Zugangssteuerung betreffen vor allem die Leistungsträger.
- Selbstbestimmung/Selbstverantwortung betrifft primär das Selbstverständnis der Leistungsberechtigten, sekundär das der Leistungsträger und -erbringer.
- Qualifizierung/berufliche Bildung fordert die Leistungserbringer.
- Die Veränderungen im Gesamtprozess betreffen alle Akteure.
- Forschung, Entwicklung und Qualitätssicherung muss aktiv sowohl von der Exekutive, den Leistungsträgern und den Leistungserbringern gewollt und betrieben werden.

Abschließend sollen die erhöhten Forderungen an die Leistungserbringer wegen der zu erwartenden umfassenden inhaltlichen Entwicklungen noch besonders betrachtet werden:

- Die Prozess-Steuerung rückt in den Mittelpunkt des Rehabilitationsprozesses.
- Die Entwicklung von Instrumentarien, unterstützt durch Forschung, gewinnt noch mehr an Bedeutung.
- Personalentwicklung für einen sehr spezifischen Kompetenzbereich muss systematisch betrieben werden zur Qualitätssicherung.
- Es werden hohe Anforderungen an zukunftsfähige Organisationsformen (-entwicklungen) gestellt.

Alle Leistungserbringer, diejenigen des freien Dienstleistungsmarktes für berufliche Rehabilitation wie auch die Einrichtungen nach § 35 SGB IX, müssen sich diesen Anforderungen stellen. Sie bringen in der Regel ein gutes Fundament von Erfahrungen mit. Das gilt vor allem auch für die Einrichtungen nach § 35 bezüglich der ganzheitlichen beruflichen Rehabilitation unter Einbeziehung der erforderlichen besonderen Hilfen für die behinderten Menschen. Aber alle müssen neue Wege gehen und entsprechende Entwicklungen betreiben, um die zukünftigen Anforderungen abdecken zu können.

Diese Entwicklungen beinhalten für die Gesamtaufgabe berufliche Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen einen Paradigmenwechsel, der nur gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Leistungsberechtigten zu bewältigen ist. Die Aufgabe ist groß, aber es eröffnen sich auch für alle Beteiligten neue Chancen, vor allem auch für die Leistungsberechtigten.

7 Literaturverzeichnis

Achtenhagen, F./Baethge, M.: Kompetenzdiagnostik als Large-Scale-Assessment im Bereich der beruflichen Aus- und Weiterbildung. In: **Prenzel, M./Goglin, I./Krüger, H.-H. (Hrsg.):** Kompetenzdiagnostik - Sonderheft 8|2007 der Zeitschrift für Erziehungswissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 51–71

Allmendinger, J./Rauch, A.: Der Arbeitsmarkt der Zukunft. Qualifikationsanforderungen und Integrationschancen behinderter Menschen. In: **Fachverband Sucht (Hrsg.):** Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland, 2005

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke: Neues Reha-Modell hat Fahrt aufgenommen. In: Rehavision, 3, 2008, 4

Arbeitskreis Medizinisch-Berufliches Integrationsmanagement (MBI) (Hrsg.): Argumente für ein Medizinisch-Berufliches Integrationsmanagement. Stand 20.12.07, 2008

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (Hrsg.): Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I – Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2008

Bach, H.-U.: Der deutsche Arbeitsmarkt – Entwicklungen und Perspektiven. In: **Möller, J./Walwei, U. (Hrsg.):** Handbuch Arbeitsmarkt 2009. 2009, 11–78

Badura, B.: 2. Österreichische Gesundheitsförderungskonferenz. 2000 URL: http://www.fgoe.org/veranstaltungen/fgoe-konferenzen-und-tagungen/archiv/2-gesundheitsfoerderungskonferenz-2000/2-gfk-ibk_abstract-badura.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Baethge, M./Buss, K.-P./Lanfer, C. (Hrsg.): Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht: Berufliche Bildung und Weiterbildung/Lebenslanges Lernen. Bonn: BMBF, 2003

Baethge, M./Solga, H./Wieck, M.: Berufsbildung im Umbruch – Signale eines überfälligen Aufbruchs. Studie. Berlin: Friedrich-Ebert Stiftung, 2007

Baumert, J.: PISA 2000 – Basiskompetenzen von Schülerinnen und Schülern im internationalen Vergleich. Opladen: Leske + Budrich, 2001

Beck, I./Schuck, K. D.: Lehrerbildung in der Zukunft. In: **Marsand, O. (Hrsg.):** Zukunftsperspektiven der Lehrerbildung. Würzburg: Verband Deutscher Sonderschulen, 1997

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): ”Berufsausbildung 2015“ – Ein Leitbild. Gütersloh, 2009

Berufsförderungswerk Hamburg (Hrsg.): Erfolg mit Methode. Individuelle Wege in Arbeit. Berufliche Rehabilitation im BFW Hamburg. Hamburg, 2008

Bieker, R.: Teilhabe am Arbeitsleben – Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer, 2005

Bielefeldt, H.: Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenkonvention. Berlin: Dt. Inst. für Menschenrechte, 2006

Biermann, H.: Pädagogik der beruflichen Rehabilitation – eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2008

Biersack, W. et al.: Arbeitssituation, Tätigkeitsprofil und Qualifikationsstruktur von Personengruppen des Arbeitsmarktes - Ergebnisse der BIBB/IAB-Erhebung 1998/99 im Überblick. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, BeitrAB 248. In: **Bundesanstalt für Arbeit (BA) (Hrsg.):** Arbeitssituation, Tätigkeitsprofil und Qualifikationsstruktur von Personengruppen des Arbeitsmarktes - Ergebnisse der BIBB/IAB-Erhebung 1998/99 im Überblick. Nürnberg: BA, 2001

Biersack, W. et al.: Akademiker/innen auf dem Arbeitsmarkt. Gut positioniert, gefragt und bald sehr knapp. IAB-Kurzbericht 18/2008.

Bihr, D. et al.: SGB IX – Kommentar und Praxishandbuch. 1. Auflage. Sankt Augustin: Asgard, 2006

Blancke, S./Roth, C./Schmid, J.: Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft – Eine Konzept- und Literaturstudie. Arbeitsbericht 157 der Akademie für Technikfolgen in Baden-Württemberg, 2000

Blaschke, D./Plath, H.-E.: Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte - eine Einführung. In: MittAB, 30, 1997, 241—254

Blaschke, D./Plath, H.-E.: Möglichkeiten und Grenzen des Erkenntnisgewinns durch Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik. In: MittAB, 33, 2000, 462—482

Bleidick, U./Ellger-Rüttgardt, S.: Behindertenpädagogik – eine Bilanz: Bildungspolitik und Theorieentwicklung von 1950 bis zur Gegenwart. Stuttgart: Kohlhammer, 2008

Block, R./Klemm, K.: Lohnt sich Schule? Aufwand und Nutzen: eine Bilanz. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag, 1997

Blumenthal, W./Schliehe, F. (Hrsg.): Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), 2009

Bonin, H. et al.: Zukunft von Bildung und Arbeit. Perspektiven von Arbeitskräftebedarf und -angebot bis 2020. 2007, IZA Research Report No. 9 URL: http://www.iza.org/en/webcontent/publications/reports/report_pdfs/iza_report_09.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Boos-Nünning, U.: Interkulturelle Öffnung der betrieblichen Ausbildung. Berufsausbildung – eine Zukunftschance für Zugewanderte. Fachtagung am 15. Juni 2004 in Berlin, 2005, 34–43

Brand, W./Schulz, R.: Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Politik, Praxis und Wissenschaft. Hamburg: Hamburger Buchwerkstatt, 2006

Bresch, Carsten: Zwischenstufe Leben – Evolution ohne Ziel? München, Zürich: R. Piper & Co., 1977

Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung (Hrsg.): Strategie für Lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: BLK, 2004

Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.): Geschäftsbericht 2007. Nürnberg, 2008 URL: http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-content/Veroeffentlichungen/Intern/Geschaeftsbericht-2007.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesagentur für Arbeit (BA) (Hrsg.): Arbeitshilfe - Reha für die Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit (AA) mit Arbeitsgemeinschaften (ERGE) und zugelassenen kommunalen Trägern (zkT) bei der beruflichen Eingliederung von erwerbstätigen behinderten Hilfebedürftigen. 2006, HEGA 08/2006, lfd. Nr. 05 URL: http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Berufl-Qualifizierung/Publikation/HEGA-08-2006-AI-05-Anlage1.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (Hrsg.): 1. Richtlinie 2000/78/EG des Rates zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf. RL. 2000. 78. EG, 2000

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Vom 16.12.2004. Frankfurt am Main, 2004 URL: http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/reha/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/reha/gemeinsameempfehlungen-bar/bar_fr_h_bedarf_16122004.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Frankfurt am Main, 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): BAR-Informationen Nr. 3/2006. Frankfurt am Main, 2006 URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Reha-Info_2006_-_3_130.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): Zweiter Bericht über die Gemeinsamen Servicestellen vom 14. Dezember 2007. Frankfurt am Main, 2007 URL:http://www.bar-frankfurt.de/upload/Bericht_%C2%A7_24_141207endf__2__351.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): BAR-Informationen Nr. 3/2008. Frankfurt am Main, 2008a URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Info_2008-3_733.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): BAR-Rahmenvereinbarung: Gemeinsame Servicestellen. Frankfurt am Main, 2008b URL: http://www.vdek.com/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/SGB_IX/gemeinsame_servicestellen/bar_gs_re_01012008.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Hrsg.): ICF-Praxisleitfaden 2. Frankfurt am Main, 2008c

Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.): BWP - Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis - Ausgabe 04/2008 Berufsprinzip stärken - Flexibilisierung vorantreiben. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2008

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Berufliche Qualifizierung Jugendlicher mit besonderem Förderbedarf. Bonn: BMBF, 2005 URL: http://www.bmbf.de/pub/berufliche_qualifizierung_jugendlicher.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Innovationskreis stellt Leitlinien für die Reform der Berufsbildung vor. Bonn: BMBF, 2006

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): 10 Leitlinien zur Modernisierung der beruflichen Bildung. Bonn: BMBF, 2007a, Ergebnisse des Innovationskreises berufliche Bildung URL: http://www.bmbf.de/pub/IKBB-Broschuere-10_Leitlinien.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Strategie für Lebenslanges Lernen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Berufsbildungsbericht 2007b. Bonn: BMBF, 2007

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Bestandsaufnahme in der Bildungs-, Berufs- und Beschäftigungsberatung und Entwicklung grundlegender Qualitätsstandards. Bonn: BMBF, 2007c, Abschlußbericht URL: http://www.bmbf.de/pub/berufsbildungsforschung.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Förderrichtlinien für „Integrierte Dienstleistungen regionaler Netzwerke für lebenslanges Lernen“ zur Vertiefung II des Programms „Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken“. Bonn: BMBF, 2007d URL: http://www.bmbf.de/foerderungen/7510.php – Zugriff am 16.04.2009

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Empfehlungen des Innovationskreises Weiterbildung für eine Strategie zur Gestaltung des Lernens im Lebenslauf. Bonn: BMBF, 2008a URL: http://www.bmbf.de/pub/empfehlungen_innovationskreis_weiterbildung.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Lernende Regionen – Förderung von Netzwerken – Programmdarstellung. Bonn: BMBF, 2008b

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg.): Berufbildungsbericht 2009. Bonn: BMBF, 2009

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (heute BMAS) – Nationale Koordinierungsstelle EQUAL (Hrsg.): EMPOWERMENT – Eine Handreichung für die Projektarbeit im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL. Berlin: BMAS, 2005 URL: http://www.equal.esf.de/Equal/Redaktion/Medien/Anlagen/2005-03-01-empowerment ,property=pdf,bereich=equal,sprache=de,rwb=true.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Committee of Ministers of the Council of Europe (Hrsg.): Recommendation on a Coherent Policy for People with Disabilities. Recommendation No. R (92) 6, 1992

Council of Europe (Hrsg.): Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderungen: Förderung einer kohärenten Politik für und durch eine volle Teilhabe. Politische Erklärung der zweiten Konferenz der für die Eingliederung behinderter Menschen zuständigen Minister - CONFMIN-IPH (2003) 3 final. Malaga, 2003

Dau, D./Düwell, F. J./Haines, H.: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - SGB IX. Lehr - und Praxiskommentar (LPK - SGB IX) mit Anhang Verfahren und Rechtsschutz 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2005

Degen, U.: Das Konzept der Selbststeuerung bei Julius Kuhl. Seminararbeit unter Maja Storch, Fachbereich Pädagogische Psychologie I, Pädagogisches Institut, Universität Zürich, 2005

Degener, Th.: Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen. Vom Entstehen einer neuen Menschenrechtskonvention der Vereinten Nationen. In: Vereinte Nationen, 2006, 104–110

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften E.V. (DGRW) (Hrsg.): Bestandaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. DGRW-Expertise: Zukunft der Rehabilitationsforschung, 2006

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.): DGUV-Newsletter vom Juni 2007. 2007 URL: http://www.dguv.de/inhalt/presse/newsletter/2007/2007-06/index.jsp#dguv – Zugriff am 16.04.2009

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. 2008, Stand 20.10.2008

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) (Hrsg.): Die Nutzung der 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) der WHO bei Ausgestaltung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) - Empfehlung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation, beschlossen vom Hauptvorstand am 31. März 2009. Heidelberg, Kassel, 2009

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Entwurf eines Sozialgesetzbuchs – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Drucksache 14/5074. Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2001

Dingeldey, I.: Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 2006, 8–9

Dorbritz, J. et al.: Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland. Wiesbaden: BIB, 2008

Dornette, J./Rauch, A.: Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. IAB-Bibliothek 309. Nürnberg: IAB, 2007

Dupriez, V./Orianne, J.-F./Verhoeven, M.: De l'école au marche du travail, l'égalité des chances en question. Exploration – Recherches en sciences de l'éducation. Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt am Main, New York, Oxford, Wien, 2008

Durner, W./Fassbender, K.: Rechtliche Stellungnahme zur gegenwärtigen und zur künftig möglichen Stellung der öffentlichen Berufsberatung in der Bundesrepublik Deutschland, im Auftrag des Deutschen Verbandes für Bildungs- und Berufsberatung e.V. (dvb). 2007 URL: http://www.dvb-fachverband.de/fileadmin/downloads/Kurz_Gutachten_zur_ Berufsberatung.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Dybowski, G.: Selbstgesteuertes Lernen in der beruflichen Bildung zwischen neuen Freiräumen und Verantwortlichkeiten. **Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.):** Startseite BiBB, Projektträger PT IAW, Limpact 4(2001), 2001 URL: http://www.bibb.de/de/limpact13304.htm - Zugriff am 19.04.2008

Ellger-Rüttgardt, S.: Behindert und europäisch. Perspektiven einer europäischen Bildungs- und Sozialpolitik für Behinderte. In: **Ellger-Rüttgardt, S./Ahrbeck, B. (Hrsg.):** Bildungs- und Sozialpolitik für Behinderte. München [u.a.]: Reinhardt, 1990

Ellger-Rüttgardt, S.: Nationale Bildungspolitik und Globalisierung. Die Herausforderungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Pädagogik wird international. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 59, 2008, Nr. 12, 442–450

Engeser, S./Vollmeyer, R.: Tätigkeitsanreize und Flow-Erleben. In: **Vollmeyer, R./Brunstein, J. C. (Hrsg.):** Motivationspsychologie und ihre Anwendungen. Stuttgart: Kohlhammer, 2005

Erbe, J.: Modularisierung der Berufsausbildung. Eine Synopse der Debatte. In: **Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (Hrsg.):** Anfrage ID 427. 2007 URL: http://www.kibb.de/cps/rde/xbcr/SID-3C5594CA-15EF3736/kibb/427_Modularisierung_Antwort1r2.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Erbstößer, S./Verhorst, H./Lindow, B.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. In: RV aktuell, 55, 2008, Nr. 11, 343–350

Esser, F. H.: Berufsbildung in der Wissensgesellschaft – Anknüpfungspunkte für Reformen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2007

Euler, D./Severing, E.: Flexible Ausbildungswege in der Berufsbildung. Nürnberg, St. Gallen, 2006

Europarat Ministerkomitee (Hrsg.): Empfehlung zum Aktionsplan des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006-2015. Empfehlung Rec(2006)5 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten, 2006

Europäische Kommission (Hrsg.): Mitteilungen der Kommission zur Chancengleichheit für behinderte Menschen. Eine neue Strategie der Europäischen Gemeinschaft in der Behindertenthematik. Brüssel, 1996

Europäische Kommission (Hrsg.): Situation behinderter Menschen in der erweiterten Europäischen Union: Europäischer Aktionsplan 2006-2007. Brüssel, 2005

Evers, A./Heinze, R.G. (Hrsg.): Sozialpolitik: Gefahren der Ökonomisierung und Chancen der Entgrenzung. Wiesbaden.: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 9–27

Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens (Hrsg.): Auf dem Weg zur Finanzierung Lebenslangen Lernens. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2002

Expertenkommission Finanzierung Lebenslangen Lernens (Hrsg.): Der Weg in die Zukunft. , Schlussbericht der unabhängigen Expertenkommission Lebenslangen Lernens Bonn: BMBF, 2004

Fahle, K.: Das „Memorandum über lebenslanges Lernen“ im Kontext der Europäischen Bildungszusammenarbeit. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 4, 2001, 17–21

Faulstich, P.: „Selbstbestimmtes Lernen“ – vermittelt durch Professionalität der Lehrenden. In: **Witthaus, U./Wittwer, W./Clemens, E. (Hrsg.):** Selbstgesteuertes Lernen. Theoretische und praktische Zugänge. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2002

Faulstich, P.: Lernen braucht Support – Aufgaben der Institutionen beim „Selbstbestimmten Lernen“. In: **Kraft, S. (Hrsg.):** Selbstgesteuertes Lernen. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 2002

Forum Bildung (Hrsg.): Lernen - ein Leben lang. Bonn: BLK, 2001

Frank, I./Grunwald, J.-G.: Ausbildungsbausteine – ein Beitrag zur Weiterentwicklung der dualen Berufsausbildung. In: BWP – Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 2008, Nr. 4, Schwerpunktthema: Berufsprinzip stärken – Flexibilisierung vorantreiben, 1–5 URL:

http://www.bibb.de/dokumente/pdf/bwp_2008_04_frank_ausbildungsbausteine.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Freund, R: Mass Customization and Personalization in der beruflichen Bildung. In: Community – Schwerpunktthema August 2003 der Tele Akademie (FH Furtwangen), 2003 URL: http://www.robertfreund.de/blog/wp-content/uploads/2009/03/robert-freund-082003-mcp-und-bildung.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Freund, R.: Mass Customization and Personalization. 2004 URL: http://www.robertfreund.de/mass%20customization/einfuehrung.htm – Zugriff am 04.04.2008

Frommelt, B./Rolff, H.-G./Klemm, K.: Schule am Ausgang des 20. Jahrhunderts – gesellschaftliche Ungleichheit, Modernisierung und Steuerungsprobleme im Prozeß der Schulentwicklung. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2000

Fuchs, E./Schriewer, J.: Internationale Organisationen als Global Players in Bildungspolitik und Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, 53, 2007, 145–148

Fuchs, H.: Rehabilitationsrecht und Verwaltungspraxis. In: **Blumenthal, W./Schliehe, F. (Hrsg.):** Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), 2009

Fuchs, J.: Rente mit 67. Neue Herausforderungen für die Beschäftigungspolitik. 2006, IAB-Kurzbericht 16/2006 URL: http://doku.iab.de/kurzber/2006/kb1606.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Fuchs, T.: „Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen“ Konzeption & Auswertung einer repräsentativen Untersuchung. Forschungsbericht an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Stadbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialökonomie (Inifes), 2006, 172–176

Fürst Donnersmarck-Stiftung/Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. (Hrsg.): Agenda 22. Umsetzung der UN-Standardregeln auf kommunaler und regionaler Ebene. Behindertenpolitische Planungsrichtlinien. Berlin, 2004

Gabriel, R./Gersch, M./Weber, P.: Mass Customization und Serviceplattformstrategien im Blended Learning Engineering – konzeptionelle Grundlagen und evaluationsgestützte Erfahrungen. In: **Oberweis, A. et al. (Hrsg.):** eOrganisation: Service-, Prozess-, Market-Engineering. 8. Internationale Tagung Wirtschaftsinformatik. Karlsruhe, 2007, 3–19

Gauger, J.-D. et al.: Zwischen Persönlichkeitsbildung und Berufsqualifizierung. St. Augustin/Berlin, 2007, Perspektiven der schulischen beruflichen Bildung. URL: http://www.kas.de/wf/doc/kas_11949-544-1-30.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Greiner, B.: Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: **Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.):** Sozial-Epidemiologie – eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2001

Hanhnzog.de: Motivation. 2009 URL: http://www.hahnzog.de/lexikon/motivation.htm – Zugriff am 21.01.2009

Hansmeier, T. et al.: Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Berlin: Humboldt Universität zu Berlin, 2002

Hauck, K./Noftz, W.: Sozialgesetzbuch III: Arbeitsförderung, Kommentar. Berlin, 2009

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e. V. (HVBG) (Hrsg.): Prozess- und Ergebnisevaluation therapeutischer Interventionen anhand einer Orientierung an individuellen und gruppenspezifischen DASH-Werten. St. Augustin, 2006

Herriger, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit – eine Einführung. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2006

Hörwick, E./Bender, W.: Erfahrungsbasierte Qualifizierung. Die Förderung selbstgesteuerter Lernprozesse älterer Beschäftigter (Praxisbericht). In: bildungsforschung, Jahrgang 3, Ausgabe 2, URL: http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/praxis_selbst/ - Zugriff am 25.07.2008

Hollenweger, J./Hübner, P./Hasemann, K.: Behinderungen beim Übergang von der Schule ins Erwerbsleben. Expertenbericht aus drei deutschsprachigen Ländern. Zürich: Verlag Pestalozzianum, 2007

Hollenweger, J./Lienhard, P.: Entwicklung eines standardisierten Abklärungsverfahrens. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 14, 2008, 11—12

Hummelsheim, S./Timmermann, D.: Bildungsökonomie. In: **Tippelt, R./Schmidt, B. (Hrsg.):** Handbuch Bildungsforschung. 2.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009

Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Waldthausener Thesen zur beruflichen Bildung 2008. 2008, 54. Studiengespräch zur beruflichen Bildung, Budenheim, 1. bis 3. Juni 2008 URL: http://www.iwkoeln.de/Portals/0/pdf/veranstaltungen/2008/Waldthausener%20Thesen%202008.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Institut für Stadt- und Regionalentwicklung (ISR), Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Fachhochschule Frankfurt a.M. (Hrsg.): Abschlussbericht Mai 2008 – Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse – und „Arbeitsgemeinschaft“. 2008, Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle Aufgabenwahrnehmung „zugelassene kommunale Träger“ URL: http://www.bmas.de/coremedia/generator/30142/f386__forschungsbericht.html – Zugriff am 16.04.2009

Jude, N./Hartig, J./Klieme, E. (Hrsg.): Kompetenzerfassung in pädagogischen Handlungsfeldern - Theorien, Konzepte und Methoden. Bildungsforschung, Band 26. Bonn und Berlin: BMBF, 2008

Kemper, M./Klein, R.: Lernberatung: Gestaltung von Lernprozessen in der beruflichen Weiterbildung. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 1998

Klein, R./Kemper, M.: Ein Ergebnis des Projekts Individualisierung und Flexibilisierung von Lernprozessen in der beruflichen Bildung – EUROPOOL. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren, 1998

Klinger, H.: Mass Customization in Education. 2007 URL: http://media.applied-knowing.org/downloads/KlingerMCinEducation.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Kommission der Europäischen Gemeinschaften SEK (2000) 1832 (Hrsg.): Memorandum über Lebenslanges Lernen. 2000 URL: http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/MemorandumDe.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Korsukéwitz, C./Rehfeld, U.: Aktueller Stand und Perspektive der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung. In: RV aktuell 2007

Kraus, K.: Vom Beruf zur Employability? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2006, 301

Kretschmer, S./Below, C.: Lebensbegleitendes Lernen: Modularisierung. In: **Forum Bildung (Hrsg.):** Lernen – ein Leben lang – Vorläufige Empfehlungen und Expertenbericht. Bonn: BLK, 2001 URL: http://www.blk-bonn.de/papers/forum-bildung/band09.pdf – Zugriff am 16.04.2009, 146–151

Kruppe, T.: Die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik. Welche Rolle spielt die Weiterbildung (noch)? In: **Loebe, H./Severing, E. (Hrsg.):** Weiterbildung auf dem Prüfstand – mehr Innovation und Integration duch neue Wege der Qualifizierung. Bielefeld: Bertelsmann, 2006

Kühn, A./Marneros, A.: Reha-Motivation, Therapiemitarbeit und Reha-Erfolg: Zur Analyse der Motivation von Antragstellern auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Die Erfassung motivationaler Bedingungen für die aktive Mitarbeit während stationärer Rehabilitation. Abschlussbericht Forschungsprojekt C4; Forschungsverbund Rehabilitationswissenschaften Sachsen-Anhalt / Mecklenburg-Vorpommern; gefördert durch das BMBF. Halle/S, 2003

Lenhart, V: Die Globalisierung aus der Sicht der Vergleichenden Erziehungswissenschaft. In: Zeitschrift für Pädagogik, 53, 2007, 810–824

Lumer, B./Nyssen, E: Homogenität – Heterogenität – Soziale Selektion. Konsequenzen aus der Pisa-Studie für die Haupt- und Sonderschulen. In: **Weegen, M./Klemm, K. (Hrsg.):** Bildungsforschung und Politikberatung – Schule, Hochschule und Berufsbildung an der Schnittstelle von Erziehungswissenschaft und Politik. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2002

Malik, F.: Organisieren - "Dauerbrenner“ - Problem der nächsten Jahre. In: **Malik Management Zentrum St. Gallen (Hrsg.):** m.o.m.-letter 2/95. St. Gallen, 1995

Malik, F.: Komplexität – was ist das? In: **Malik Management Zentrum St. Gallen (Hrsg.):** m.o.m.-letter 9/98. St.Gallen, 1998, 137–139

Malik, F.: Komplexität: Das Kapital der neuen Gesellschaft. In: **Malik Management Zentrum St. Gallen (Hrsg.):** m.o.m.-letter 5/07. St. Gallen, 2007

Mandl, H./Kopp, B./Dvorak, S.: Aktuelle theoretische Ansätze und empirische Befunde im Bereich der Lehr-Lern-Forschung – Schwerpunkt Erwachsenenbildung. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2004 URL: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2004/mandl04_01.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Maschke, M.: Behindertenpolitik in der Europäischen Union – Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedstaaten. Dissertation, Humboldt-Universität zu Berlin, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008

Mau, S.: Europäische Solidaritäten. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 2008, Nr. 21, 9–14

Mohr, B./Krauß, A: Reflexive Mitspieler als Subjekt beruflicher Bildung – eine Herausforderung für das Wissensmanagement als Kommunikationsform individualisierter Lernstrategien im Betrieb. In: **Holz, H./Schemme, D. (Hrsg.):** Wissensmanagement in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2006

Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (Hrsg.): Eckpunkte für ein zeitgemäßes und zukunftsfähiges Beratungsangebot in Deutschland. Berlin, 2009

Niehaus, M.: Wege behinderter Frauen in das Erwerbsleben. Ergebnisse zum Modellvorhaben „Wohnortnahe berufliche Rehabilitation für Frauen“: Frauen fordern mehr Unterstützung und bessere Beratung in der beruflichen Rehabilitation. In: **Sozialverband VdK Deutschland e.V. (Hrsg.):** Frauen im neuen Jahrhundert – die Zukunft mit gestalten. Chancengleichheit für Frauen im Beruf. Berlin, 2001, 32–42

Niehaus, M.: Arbeiten unter erschwerten Bedingungen – Frauen mit Behinderungen. In: **Cloerkes, G./Kastl, J.M. (Hrsg.):** Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderungen im Netz der Institutionen. Heidelberg: Winter, 2007, 171–184

Niehaus, M./Kurth-Laatsch, S.: Modellprojekt: Wohnortnahe berufliche Rehabilitation von Frauen – Synopse der Evaluationsergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2001 URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitsmaterial_Reha_Frauen_175.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Hrsg.): OECD-Gutachten zur Berufsberatung in Deutschland. 2002 URL: http://doku.iab.de/ibv/2002/ibv3802_2677.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Piller, F.: Mass Customization: Prinzipien und Erfolgsfaktoren. 2006 URL: http://www.oscar.de/newsletter/nl_masscustom_prinzipien.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Pimmer, V./Buschmann-Steinhage, R.: Forschung in der Rehabilitation. Berlin: DRV Bund, BMBF, 2009 URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10540/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin__forschung/03__reha__wissenschaften/dateianh_C3_A4nge/broschuere__forschung__rehabilitation,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/broschuere_f – Zugriff am 16.04.2009

Pohl, A./Walther, Th.: Benachteiligte Jugendliche in Europa. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 2006, Nr. 21, 9–14

Prenzel, M./Goglin, I./Krüger, H.-H. (Hrsg.): Kompetenzdiagnostik - Sonderheft 8|2007 der Zeitschrift für Erziehungswissenschaften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008

Rat der Europäischen Union (Hrsg.): Beschluss des Rates vom 27. November 2000 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierungen (2001-2006). 2000 URL: http://ec.europa.eu/employment_social/news/2002/jan/2000-750_de.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Rauch, A. et al.: Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. 2008, IAB-Kurzbericht 25/2008

Reichwald, R. et al.: Interaktive Wertschöpfung – Open Innovation, Individualisierung und neue Formen der Arbeitsteilung. 2. Auflage. Wiesbaden: Gabler, 2009

Reimann, A.: Der Bedeutungswandel der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherungsträger. In: **Seyd, W./Thrun, M./Wicher, K. (Hrsg.):** Die Berufsförderungswerke – Netzwerk Zukunft. Buchveröffentlichung zum gleichnamigen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke am 17./18. November 2004 in Hamburg, 2004, 55–63

Reinberg, A., Hummel, M.: Schwierige Fortschreibung. Der Trend bleibt - Geringqualifizierte sind häufiger arbeitslos. IAB-Kurzbericht, 18/2007.

Riedel, H.-P.: Bericht über den Workshop „Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation: Leistungsberechtigte im Dialog mit Leistungsträgern und Leistungserbringern“ vom 27.- 29.10.08. Bonn, 2008 URL: http://www.fdst.de/aktuellesundpresse/aktuell/2008/selbstbestimmungberuflicherehabilitation/ – Zugriff am 16.04.2009

Riedl, S.: Flow und Lernen. Erschließung und Überprüfung Flow-förderlicher Kriterien für universitäre Lernsituationen. 2008, w.e.b.Square. 01/2008 URL: http://websquare.imb-uni-augsburg.de/2008-01/11 – Zugriff am 21.01.2009

Rische, H.: Die Herausforderungen annehmen – Den Wandel gestalten – Die Rehabilitation zukunftsfest machen. In: RV aktuell,1/2, 2007

Schian, H.-M.: Vernetzung von Unternehmen mit beruflicher Rehabilitation. Unveröffentlichtes Manuskript, Köln, 2009

Schian, H.-M./Schmidt, C.: Berufliche Rehabilitation im Umbruch – eine Situationsanalyse. In: **Deimel, H. et al. (Hrsg.):** Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Deutscher Ärzte Verlag Köln, 2007, 3-23

Schian, H.-M./Wegschneider, K./Schönle, P.W. (Hrsg.): Teilhabe behinderter Menschen gezielt fördern! - Die ICF als globaler Maßstab. Tagungsbericht über einen Workshop am 13. Oktober 2005 zu Anwendungsmöglichkeiten der von der WHO 2001 geschaffenen ICF in der Prävention, Rehabilitation und Pflege für Menschen, die von einer Behinderung bedroht oder betroffen sind. Düsseldorf: DVfR, 2005

Schickentanz, C.: Mass Customization und E-Learning: eine lernende Beziehung. Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, 2002

Schliehe, F.: Forschungs- und Entwicklungsbedarf in der Rehabilitation aus der Sicht von Betroffenen und ihren Verbänden. In: Rehabilitation, 46, 2007, 378-380

Schlömerkemper, J.: Bildung – Gleichheit – Differenz. Gründe und Perspektiven eines „ewigen Streits“. In: **Schlömerkemper, J. (Hrsg.):** Differenzen. Über die politische und pädagogische Bedeutung von Ungleichheiten im Bildungswesen. 2000, Die deutsche Schule, 6. Beiheft, 113–131

Schlömerkemper, J.: Differenzen. Über die politische und pädagogische Bedeutung von Ungleichheiten im Bildungswesen. Die deutsche Schule, 6. Beiheft. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2000

Schmidt, C.: Wirkungsorientierte Evaluation in der beruflichen Rehabilitation. iqpr Forschungsbericht Nr.5/2007, Köln: iqpr, 2007

Schmidt, C./Froböse, I./Schian, H.-M.: Berufliche Rehabilitation in Bewegung. Herausforderungen und Perspektiven. In: Rehabilitation, 45, 2006, 194-202

Schneider, H. et al.: Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1b: Förderung beruflicher Weiterbildung und Transferleistungen. 2006, IZA research report 07 URL: http://www.bmas.de/coremedia/generator/1808/property=pdf/evaluation_der_massnahmen_hartz_arbeitspaket_1b.pdf. – Zugriff am 16.04.2009

Schnur, P./Zika, G.: Arbeitskräftebedarf bis 2025. Die Grenzen der Expansion. 2007, IAB-Kurzbericht 26/2007 URL: http://doku.iab.de/kurzber/2007/kb2607.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Schott, T.: Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Eine sozialepidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankung bei der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Weinheim [u.a.]: Juventa, 1996

Schott, T. (Hrsg.): Eingliedern statt Ausmustern: Möglichkeiten und Strategien der zur Sicherung der Erwerbsarbeit älterer Arbeitnehmer. Weinheim [u.a.]: Juventa, 2005

Schröder, H./Knerr, P./Wagner, M.: Vorstudie zur Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe behinderter und schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben – 2. Zwischenbericht. Bonn: Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas), 2009

Schröder, H./Rauch, A.: Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen - dringlicher denn je! In: Behindertenrecht, 1, 2006, 1—28

Schröder, H./Steinwede, J.: Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. BeitrAB 285. Nürnberg: BA, 2004,

Schröter, W.: Aspekte einer nachhaltigen Arbeitskultur in virtuellen Unternehmensorganisationen. Wien, 2005, Beitrag für den internationalen Workshop „Forcierte Kooperation über digitale Netzwerke“ im Rahmen des Projektes VIRTUSO „Virtuelle Unternehmen im Spannungsfeld zwischen Struktur und Offenheit“ URL: http://www.paulinenpflege.de/bbw/infos/sueddiko01.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Schütte, W.: Selbstbestimmung, Sicherstellung und Leistungserbringung im Rehabilitationsrecht des SGB IX. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge, 83, 2003, Nr. 10, 416–421

Seger, W. et al.: Perspektiven der Rehabilitation. Ein Positionspapier des Ärztlichen Sachverständigenrates der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Weiterentwicklung der Rehabilitation. In: Das Gesundheitswesen, 70, 2008, Nr. 5, 267–280

Sektion Berufs- und Wirtschaftpädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (Hrsg.): Memorandum zur Professionalisierung des pädagogischen Personals in der Integrationsförderung aus berufsbildungswissenschaftlicher Sicht. 2007

Seyd, W. et al.: Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Abschlussbericht über das Forschungs- und Entwicklungsprojekt "ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener – handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen in Berufsförderungswerken (gbRE)" durchgeführt von der Universität Hamburg im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Hamburg, 2000

Shima, I./Zólyomi, E./Zaidi, A.: The Labour Market Situation of People with Disabilities in EU25. Wien: European Centre for Social Welfare policy and Research, 2008 URL: http://www.euro.centre.org/data/1201610451_25081.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Solga, H.: Ohne Abschluss in die Bildungsgesellschaft – Die Erwerbschancen gering qualifizierter Personen aus soziologischer und ökonomischer Perspektive. Opladen: Budrich, 2005

Spijkers, W. et al.: Individualisierung von Qualifizierungsprozessen im Rahmen einer ganzheitlich gestalteten Rehabilitation. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Aachen, 2008

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; Varianten W1 / W2: Untergrenze/Obergrenze der „mittleren Bevölkerung". Wiesbaden, 2006

Thielen, M.: Ausbildungsunreif und integrationsunwillig? – Zur Sonderpädagogisierung von Migrantenjugendlichen am Übergang von der Schule in die Arbeitswelt. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 58, 2007, Nr. 8, 297–302

Thode, N./Klosterhuis, H./Hansmeier, T.: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie urteilen die Rehabilitanden? 2004, DAngVers 2004 URL: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_18806/DRVB/de/Inhalt/Formulare__Publikationen/Publikationen/archiv__dangvers/DAngVers_202004/10__teilhabe,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/10_teilhabe – Zugriff am 16.04.2009

Tiedt, G.: Rechtliche Grundlagen der Rehabilitation. In: **Delbrück, H./Haupt, E. (Hrsg.):** Rehabilitationsmedizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1998

Tippelt, R./Schmidt, B. (Hrsg.): Handbuch Bildungsforschung. 2.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009

Towers Perrin: Was Mitarbeiter bewegt zum Unternehmenserfolg beizutragen – Mythos und Realität. Towers Perrin Global Workforce Study 2007-2008. 2008 URL: http://www.towersperrin.com/tp/getwebcachedoc?webc=HRS/DEU/2008/200801/TPGWSGermany.pdf – Zugriff am 16.04.2009

United Nations (Hrsg.): World Programme of Action concerning Disabled Persons. A/RES/37/52, 1982 URL: http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/425/30/IMG/NR042530.pdf?OpenElement – Zugriff am 16.04.2009

United Nations (Hrsg.): 61/06 Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/61/PV.76, 2006 URL: http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/500/79/PDF/N0650079.pdf?OpenElement – Zugriff am 16.04.2009

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): Abschlußbericht der Reha-Kommission-Berufsförderung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger - Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Band 7, DRV-Schriften. Frankfurt am Main: WDV Wirtschaftsdienst, Februar 1997

Waldschmidt, A./Lingnau, K.: Civil Rights or Social Rights? Europeanization and its impact on the German antidiscrimination policy relating to disabled people. Amsterdam, 2008 URL: http://idis.uni-koeln.de/wp-content/uploads/waldschmidt_lingnau_paper-08-05-29-1.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Waterplas, L./Samoy, E.: L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. 2005 URL: http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200502/200502-art05.pdf – Zugriff am 16.04.2009

Welti, F.: Der rechtliche Schutz behinderter Menschen in Deutschland - systematische, verfassungsrechtliche und europäische Grundlagen. In: **Blumenthal, W./Schliehe, F. (Hrsg.):** Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. Heidelberg: Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), 2009

Welti, F.: Behinderung und Rehabilitation im Sozialen Rechtsstaat. Tübingen: Mohr/Siebeck, 2005

Wenning, N.: Vereinheitlichung und Differenzierung. Zu den „wirklichen" gesellschaftlichen Funktionen des Bildungswesens im Umgang mit Gleichheit und Verschiedenheit. Opladen: Leske + Budrich, 1999

Wikipedia.de: Individualisierung. 2008 URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Individualisierung – Zugriff am 03.06.2008

Wissing, G. et al.: Sozialgesetzbuch III – Arbeitsförderung ; Praxiskommentar. 2. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 2004

Zymek, B.: Re-Partikularisierung des Bildungssystems. Historische Anmerkungen zu aktuellen Strategien der Schulreform. In: **Schlömerkemper, J. (Hrsg.):** Differenzen über die politische und pädagogische Bedeutung von Ungleichheiten im Bildungswesen. Die deutsche Schule, 6. Beiheft. Weinheim und München: Juventa, 2000, 6-21

Anhang

- Kernaussagen Leistungsträger/ Leistungserbringer Anhörung
- Dokumentation Workshop Rheinsberg
- Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation
- Forschungsfragen

Kernaussagen Leistungsträger/ Leistungserbringer Anhörung

Kernaussagen der Deutschen Rentenversicherung

Zugangssteuerung

Übergang medizinische/berufliche Rehabilitation, Folgen von Budgetierung, frühzeitige Bedarfserkennung, Information der Betroffenen und Einleitung der Rehabilitation, Über-, Unter- und Fehlversorgung einzelner Gruppen, Selbstbestimmung als Zielgröße von Beratung, Interessenkonflikte im Beratungsprozess, ICF.

- Die wichtigste Maßnahme, um den Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation zu verbessern, ist die Verstärkung der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Von Bedeutung sind außerdem die Verstärkung der Kooperation mit kleinen und mittleren Unternehmen zur Verbesserung von Arbeitsplatzbezug und Integrationserfolg der Rehabilitation sowie die Einrichtung geeigneter Anlaufstellen für Arbeitgeber.
- Die finanziellen Begrenzungen der Ressourcen wirken sich nicht auf die Bewilligung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bei bestehenden Rechtsansprüchen aus.
- Grundlage für eine frühzeitige Bedarfserkennung ist die Kooperation, eine frühzeitige, kontinuierliche gegenseitige Information aller am Prozess beteiligter Träger. Dazu gehören vor allem die ARGEn sowie die Träger der Grundsicherung. Die Gemeinsamen Servicestellen können hier noch stärker genutzt und die Kontakte zu Haus-, Betriebs- und Werksärzten noch intensiver berücksichtigt werden. Das betriebliche Eingliederungsmanagement sowie eine Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation können ebenfalls zur frühzeitigen Bedarfserkennung beitragen.
- Für den Informationszugang der Rehabilitanden von Bedeutung ist ein niederschwelliges Angebot an Auskunfts- und Beratungsleistungen (z.B. durch die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation). Zudem leistet eine zielgruppenspezifische Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (Versicherte, Hausärzte, Arbeitgeber) sowie die freie Verfügbarkeit sämtlicher Antragsvordrucke im Internet eine unkomplizierte Einleitung von Reha-Verfahren. Flankiert wird dies durch die Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das für eine breite Zielgruppe (z.B. andere Träger, Einrichtungen, Rehabilitanden) eine grundlegende Beschreibung dieses Leistungsspektrums der Rentenversicherung beinhaltet.
- Es gibt derzeit keine Hinweise für Unter-, Über- bzw. Fehlversorgung.
- Die Förderung und Unterstützung der Selbstbestimmung ist eine Selbstverständlichkeit und geübte Praxis der Reha-Beratung der Deutschen Rentenversicherung.
- Ein Spannungsverhältnis zwischen den Erwartungen der Rehabilitanden und den z. Zt. gültigen Rahmenbedingungen der Rehabilitation ist in der Praxis der Reha-Beratung in der Regel nicht gegeben. Die geschäftspolitischen und finanziellen Rahmenvorgaben bieten ausreichend Raum für alle notwendigen Maßnahmen. Span-

nungen und Konflikte im Beratungsprozess ergeben sich in stärkerem Maße aus Eignungs- und Leistungseinschränkungen der Rehabilitanden.

- Die Begrifflichkeiten und Einteilungen der ICF können dazu beitragen, die Bedarfsermittlung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf eine möglichst breite biopsychosoziale Basis zu stellen. Eine Codierung von Gesundheitszuständen mit der ICF ist derzeit hingegen nicht praktikabel. Die Items der ICF können zur Vereinheitlichung der Beschreibung gutachterlicher Befunde dienen, die Begutachtung zum Zweck der Bedarfsermittlung selbst können sie nicht ersetzen. Die Deutsche Rentenversicherung ist an verschiedenen Arbeits-/Projektgruppen zur Implementierung der ICF in Deutschland beteiligt.

Durchführung

Berücksichtigung von Arbeitsmarktentwicklungen und Optimierung des Übergangs zu einer Beschäftigung, kurze vs. lange Bildungsmaßnahmen, wohnortnahe Rehabilitation, Zertifikate, Prämienkonzepte.

- Die Beschäftigungs- und Eingliederungschancen sind für die Auswahl und Festlegung der geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen ein wesentliches Entscheidungskriterium. Dennoch ist die Arbeitsmarktsituation bei der Beurteilung der Eingliederungschancen nur ein Teilaspekt. Von erheblicher Bedeutung für den Eingliederungserfolg ist dagegen die Motivation und Leistungsbereitschaft des Rehabilitanden. Bei der arbeitsmarktlichen Bewertung beruflicher Alternativen werden allerdings die erkennbaren Entwicklungen am Arbeitsmarkt berücksichtigt. Die Einschätzungen und Beurteilungen des Beraters stützen sich u.a. auf die regionalen Arbeitsmarktberichte der Arbeitsagenturen und die Erfolgsbeobachtung bereits durchgeführter Maßnahmen und Qualifizierungen.
- Die Leistungen der Rentenversicherung unterliegen immer dem Grundsatz »Reha vor Rente«. Es ist gesetzlicher Auftrag und geschäftspolitischer Grundsatz der Rentenversicherung, dieses Prinzip konsequent und offensiv umzusetzen.
- Die Deutsche Rentenversicherung bewilligt Maßnahmen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Prüfung des Reha-Bedarfs individuell nach Lage des Einzelfalls unter Einbeziehung des Versicherten und dessen Eignung und Neigung. Vorgaben hinsichtlich der Rangfolge der Maßnahmearten existieren nicht.
- Eine Rangfolge im Sinne von wohnortnahen vor überregionalen Maßnahmen gibt es in der Entscheidungspraxis der Rentenversicherung nicht. Bei der Auswahl von Leistungen ist § 19 Abs. 4 SGB IX i. V. m. § 9 SGB IX maßgeblich. Nach diesen Vorschriften erfolgt die Bestimmung der Leistung unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts danach, welche Einrichtung diese Leistung in der am besten geeigneten Form ausführen kann.
- Zertifizierte Abschlüsse werden auch zukünftig auf verschiedenen Ebenen eine Rolle spielen, soweit sie der nachhaltigen Integration in den Arbeitsmarkt dienen.
- Die Ergänzung des bestehenden Vergütungssystems um Bestandteile, die erfolgreiche Maßnahmen der Einrichtungen zur zielgerichteten Integration honorieren, sieht die Deutsche Rentenversicherung als Möglichkeit für die Verbesserung der Vermittlungserfolge. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine übereinstimmende Definition des

Begriffs »Integrationserfolg« und die Festlegung entsprechender Umsetzungskriterien.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Zukünftige Entwicklungen des Arbeitsmarktes, demografischer Wandel und die Rolle arbeitsmarktpolitischer Instrumente, zukunftsfeste Rehabilitation, Entwicklungen aus dem Ausland für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Deutschland.

- Bei der Planung und Durchführung von Reha-Maßnahmen werden sowohl der Arbeitsmarkt als auch die gesellschaftliche Entwicklung berücksichtigt. Darüber hinaus gibt es heute bereits bewährte Abstimmungsverfahren zwischen allen Trägern der beruflichen Rehabilitation und den Leistungserbringern auch im Hinblick auf arbeitsmarktfähige Ausbildungs- und Rehabilitationskonzepte.
- Wir erwarten, dass der demografische Wandel den Bedarf an beruflicher Rehabilitation erweitern wird. Durch verbesserte Behandlungsmöglichkeiten einschließlich medizinischer Rehabilitation können auch Versicherte mit chronischen Erkrankungen länger leistungsfähig und damit im Erwerbsleben bleiben. In der beruflichen Rehabilitation wird man sich konzeptionell zunehmend auch auf ältere Versicherte einstellen müssen.

Im Bereich der Rentenversicherung besteht ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe unabhängig von der tagesaktuellen Arbeitsmarktpolitik. Arbeitsmarktpolitische Instrumente der Zukunft müssen sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und der jeweils aktuellen Arbeitsmarktsituation orientieren. Zentral sind Maßnahmen zur Sicherung vorhandener Arbeitsplätze wie z.B. auch die betriebliche Wiedereingliederung, aber auch die berufliche Bildung zur Unterstützung des lebenslangen Lernens wird eine wichtige Rolle spielen.

- Jeder Träger der beruflichen Rehabilitation ist mit einem hinreichenden Maß an Autonomie auszustatten, damit er eigenverantwortlich für seine Versicherten bzw. Leistungsberechtigten die Leistungen auswählen und bereitstellen kann, die seinem spezifischen Versorgungsauftrag am ehesten entsprechen. Dieser Auftrag ist von allen Trägern wahrzunehmen und umzusetzen. Das System ist so angelegt, dass es auch auf zukünftige Änderungen flexibel reagieren kann und auch in der Zukunft qualitätsorientierte Leistungen für die Leistungsberechtigten der Rentenversicherung zur Verfügung stellen kann.
- Die vergleichenden Analysen der Rehabilitationssysteme europäischer Nachbarländer durch die Deutsche Rentenversicherung haben gezeigt, dass außerhalb von Deutschland kaum ein anderes Land über ähnlich ausdifferenzierte, sozialversicherungsrechtlich basierte Versorgungssysteme mit dem Ziel der Reintegration von Menschen mit Behinderungen verfügt. Zu der Zielorientierung dieses Systems trägt nicht unerheblich die Gliederung nach dem Prinzip der Risikozuordnung bei. Insbesondere die neuen EU-Mitgliedsstaaten in Mittel- und Osteuropa (wie z.B. Polen) haben sich beim Umbau ihrer Sozialsysteme an deutschen Vorbildern orientiert.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Kooperation mit Unternehmen, Leistungserbringer als Dienstleister für Unternehmen, betriebliches Eingliederungsmanagement, Koordinationsstrukturen, Konzentration der Zuständigkeiten.

- Die Deutsche Rentenversicherung strebt eine stärkere Beteiligung der Unternehmen an allen Phasen des Eingliederungsprozesses und der Rehabilitation an. Sie hat in den vergangenen Jahren mit finanzieller Förderung durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) modellhaft erprobt, wie sie Arbeitgeber am besten bei der Durchführung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) unterstützen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitgeber und ihre Beschäftigten von zielgerichteter Beratung und konkreter Hilfe bei der Eingliederung und der Einleitung von Rehabilitationsleistungen durch Sozialversicherungsträger am meisten profitieren. Wichtig ist dabei vor allem, dass entsprechende Hilfen ortsnah zur Verfügung stehen und von Arbeitgebern ohne Zeitverlust in Anspruch genommen werden können. Gegenwärtig arbeitet die Deutsche Rentenversicherung daher daran, Reha-Zentren und Berufsförderungswerke sowie Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation in regionale und arbeitgebernahe Beratungsnetzwerke einzubinden.
- Die Aufgabe der Rentenversicherung im Bereich der beruflichen Rehabilitation besteht darin, ihren Versicherten eine Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dies erfolgt u.a. durch berufliche Bildung und Qualifizierung sowie anschließende Vermittlung eines den gesundheitlichen Einschränkungen des Rehabilitanden entsprechenden Arbeitsplatzes. Hierzu bedient sich die Rentenversicherung geeigneter Leistungserbringer. Sie unterstützt grundsätzlich alle Aktivitäten, die die Integration der Rehabilitanden fördern. Ob damit eine Veränderung der Geschäftsfelder der Leistungserbringer einhergeht, ist nicht abzusehen. Vorgaben zur operativen Umsetzung des Integrationsziels durch die Leistungserbringer werden seitens der Rentenversicherung nicht gemacht.
- Nach den Erfahrungen der Deutschen Rentenversicherung erwarten Arbeitgeber von Sozialversicherungsträgern vor allem niederschwellige und unbürokratische Hilfe bei der Durchführung von Eingliederungsmanagement im Betrieb. Gegenwärtig entwickelt die Deutsche Rentenversicherung in einem weiteren Modellprojekt ein Konzept, wie eine derartige arbeitgebernahe Beratung unter Einbeziehung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation bundesweit angeboten werden kann. Parallel dazu entwickelt die Deutsche Rentenversicherung in verschiedenen Modellprojekten Angebote für frühzeitig wirkende rehabilitative Leistungen, die von den Versicherten auch berufsbegleitend in Anspruch genommen werden können.
- Die Rehabilitationsträger bilden gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Sozialpartner auf der Grundlage der Selbstverwaltung die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e .V. (BAR). Auf der Ebene der BAR koordinieren und fördern die Rehabilitationsträger sowohl die Leistungen der medizinischen als auch die der beruflichen Rehabilitation. Standen bisher die Leistungen der medizinischen Rehabilitation eher im Vordergrund, haben sich die Aktivitäten der BAR in der letzten Zeit in Richtung beruflicher Rehabilitation entwickelt. Die BAR ist auch in Zukunft die geeignete Plattform zur trägerübergreifenden Koordination der beruflichen Rehabilitation.

- Die Konzentration der Zuständigkeit für berufliche Rehabilitation auf einen einzigen Träger würde aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung die erfolgreiche Versorgungslandschaft in Frage stellen. Denn die unterschiedlichen und sich ergänzenden Rehabilitationsziele der einzelnen Träger würden zu Lasten der Versicherten und Leistungsberechtigten nicht oder nicht mehr in ausreichendem Umfang berücksichtigt. Das derzeit existierende System der gegliederten Zuständigkeiten basiert auf dem Prinzip der Risikozuordnung. Für die Rentenversicherung bedeutet dies, dass sie ein hohes Interesse daran hat, das Risiko von vorzeitigen Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch gezielte Rehabilitationsleistungen zu minimieren. Dieser international als fortschrittlich angesehene Ansatz garantiert trotz der damit verbundenen Schnittstellen eine hohe Versorgungsqualität in der Rehabilitation. Im Übrigen gewährleistet das System auch flexible Anpassungen an neue Anforderungen und ermöglicht qualitätsorientierte Weiterentwicklungen. Wichtige Grundlage ist, dass jeder Träger seine Verantwortung dafür wahrnimmt. Darüber hinaus wäre ein solches Konzentrations-Modell sogar kontraproduktiv, da es auf die unterschiedlichen Bedarfslagen nicht eingehen und die damit verbundenen differenzierten Versorgungsziele kaum erreichen könnte.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Wissenschaftliche Fundierung der Prozesse, Strukturen und Angebote, Forschungsbedarfe.

- Grundsätzlich sind in die Ergebnisse der Reha-Kommission Berufsförderung und in das Rahmenkonzept zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wissenschaftliche Konzepte eingegangen. Im Weiteren ist der gesamte Bereich der Entwicklung der Qualitätssicherung wissenschaftlich begleitet (z.B. Berliner Fragebogen, Projekt Profilmodul in BFW – PROMO). Eine erste evaluative Vergleichsstudie verschiedener Angebote der beruflichen Rehabilitation wurde vor kurzem abgeschlossen. Die Ergebnisse der durch die Rentenversicherung geförderten Studie werden weitere Erkenntnisse für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung der entsprechenden Konzepte liefern.
- Drei wichtige Forschungsthemen für die Zukunft sind: Entwicklung von Assessments zur Prozess- und Leistungssteuerung, Forschung zu Prädiktoren des Erfolgs von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Eingliederungs- und Partizipationsmanagement durch/nach beruflicher Rehabilitation, Aufwand und Strategien.

Kernaussagen der Bundesagentur für Arbeit

Zugangssteuerung

Übergang medizinische/berufliche Rehabilitation, Folgen von Budgetierung, frühzeitige Bedarfserkennung, Information der Betroffenen und Einleitung der Rehabilitation, Über-, Unter- und Fehlversorgung einzelner Gruppen, Selbstbestimmung als Zielgröße von Beratung, Interessenkonflikte im Beratungsprozess, ICF.

- Beim Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation ist die Kontinuität des Gesamtprozesses zu gewährleisten. Berufliche Eingliederung muss bereits innerhalb der medizinischen Reha thematisiert werden, um zielgerichtete Anschlussaktivitäten einleiten zu können. Die Weitergabe der Gutachten, Gespräche und sonstiger Informationen auch von Träger zu Träger muss gesichert sein.
- Die finanziellen Begrenzungen der Ressourcen wirken sich nicht auf die Bewilligung von Maßnahmen aus. Es steht die fachlich korrekte Entscheidung im Vordergrund. Es wird ein auf Erfahrungswerten aufgebautes Budget veranschlagt, das auch überschritten werden darf.
- Reha-Bedarfe können frühzeitig erkannt werden im Rahmen der Abklärung gesundheitlicher Einschränkungen über die Kundengruppendifferenzierung sowie der Initiierung einer Reha-Antragstellung durch die Vermittlungskräfte.
- Der Informationszugang wird gewährleistet über die Print- und Onlinemedien der BA, die Netzwerkarbeit, z.B. in Schulen und Verbänden, darunter auch Beteiligung an gemeinsamen Servicestellen, sowie in individuellen Beratungsgesprächen, ausgehend von einem konkreten Kundenanliegen oder dem Erkennen behinderungsbedingter Einschränkungen bei Sensibilisierung auf psychische Hilfsbedürftigkeit, außerdem im Rahmen eines obligatorischen, klar strukturierten Profilings sowie der Unterstützung durch fachdienstliche Begutachtungen.
- Erklärtes Ziel der BA ist es, allen Behinderten entsprechend dem individuellen Unterstützungsbedarf die notwendigen Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Aus diesem Grunde erfolgt geschäftspolitisch keine zielgruppenspezifische, sondern eine personenorientierte Ausrichtung. Ausgangspunkt für die Förderung sind behinderungsbedingte Unterstützungsbedarfe (Primärbedarf). Ein differenziertes Profiling macht ggf. weitere Unterstützungsfelder (Sekundärbedarf) offensichtlich. Ein an die individuellen Bedarfe angepasstes Förderprogramm setzt flexible und dynamische Angebote voraus. Diese Flexibilität des Angebotes von Leistungserbringern wird zukünftig die Basis für die Berücksichtigung aller Personengruppen bilden.
- Selbstbestimmung setzt unabdingbar das Kennen der möglichen Alternativen voraus. Die Transparenz über die verschiedenen Alternativen herzustellen ist Ziel der Beratung, ebenso das Abwägen von Chancen und Risiken einzelner Entscheidungsvarianten. Das Beratungskonzept der BA ist von jeher darauf angelegt, »Hilfe zur Selbsthilfe« zu leisten. Dieser Grundsatz wird auch in der neuen Beratungskonzeption operativ weiterentwickelt. Es ist hohe Beratungsqualität erforderlich, die systematisch aufgebaut wird.
- Ein Spannungsfeld zwischen Erwartungen und einer staatlichen Finanzierung dieser Vorstellungen existiert immer. Die Realisierung der rehabilitativen Maßnahmen orientiert sich nicht zuletzt an den diagnostischen und arbeitsmarktlichen Gegebenheiten.

Es gibt keine Budgetierung um des Geldes willen. Die Herausforderung hier wird sein, die Erwartungen realistisch auf die vorhandenen Eignungsaspekte und die Arbeitsmarktchancen abzustimmen. Innerhalb dieses Rahmens ist die Selbstbestimmung auch realisierbar, ggf. über die Leistungsform des Persönlichen Budgets. Eine Balance zwischen den Erwartungen der Betroffenen und den geschäftspolitischen Vorgaben der BA ist durch individuell angepasste und flexible Leistungsangebote möglich.

- Die ICF ist für den medizinischen Bereich ein allgemein anerkannter und hilfreicher Leitfaden, für eine Übertragung in den Bereich der beruflichen Rehabilitation fehlen noch die entscheidenden Erkenntnisse, evtl. auch Weiterentwicklungen. Die ICF-Items werden bereits bei der Reha-Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der BA berücksichtigt. Die Kategorisierung nach ICF verbessert den Informationshintergrund zu den Auswirkungen der Behinderung und zum behinderungsbedingten individuellen Bedarf. Die BA strukturiert das Profiling in vier persönliche Kompetenzdimensionen (die personale, die sozial-kommunikative, die motivationale und die fachliche) und das Kontextprofil.

Durchführung

Berücksichtigung von Arbeitsmarktentwicklungen und Optimierung des Übergangs in Beschäftigung, kurze vs. lange Bildungsmaßnahmen, wohnortnahe Rehabilitation, Zertifikate, Prämienkonzepte.

- Eingliederungskonzepte müssen die allgemeinen und individuellen arbeitsmarktlichen Chancen zusammenbringen. Der Qualifizierungs/Eingliederungsprozess ist zu begleiten, um ggf. Veränderungen zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die Kooperation zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Ein weiterer wichtiger Schritt, insbesondere zum Ende von Qualifizierungsmaßnahmen, ist eine gezielte Unterstützung bei der Arbeitssuche – koordiniert durch Leistungserbringer, Leistungsträger und evtl. Vermittlungseinrichtungen. Ein erneutes, aktuelles Profiling und ggf. erforderliche Vermittlungshilfen sind zu erstellen und auszutauschen. Dabei ist unstrittig, dass der Übergang nicht allein durch gesetzliche Förderinstrumentarien und die integrationsunterstützenden Aktivitäten der Reha-Träger oder anderer Stellen bewerkstelligt werden kann. Gefordert ist sowohl die eigenverantwortliche Aktivität des behinderten Menschen als auch die Unterstützung der Maßnahmeträger/Reha-Einrichtungen.
- Im Bereich der Wiedereingliederung ist die veränderte Berufswelt mit einer Entwicklung weg von Formalqualifikationen hin zu Kompetenzen und schnelllebigen inhaltlichen Veränderungen zu berücksichtigen. Sinnvolle Ergänzungen vorhandener Qualifikationen statt einer Parallelität von Formalqualifikationen sind eine durchaus adäquate Reaktion auf die angesprochenen Entwicklungen. Komplett-Umschulungen bedeuten in vielen Fällen ja auch eine fast zweijährige Pause von betrieblicher Praxis und damit einen Entzug von produktiver Arbeitsleistung. Die BA steht hier nicht für ein Entweder-Oder, sondern für ein Sowohl-als-auch. Entscheidend bleibt letztlich immer, mit welchen Instrumenten dem Behinderten am besten eine (möglichst) dauerhafte berufliche Eingliederung ermöglicht werden kann. Der Anteil der Weiterbildungsmaßnahmen mit einem Berufsabschluss ist in den Rechtskreisen SGB III und

SGB II zwar tendenziell rückläufig, bewegt sich aber nach wie vor auf einem hohen Niveau. So lag der Anteil der Eintritte in Weiterbildungsmaßnahmen mit Berufsabschluss im Jahre 2007 mit 52,2 % im Rechtskreis SGB III und 42,9 % im Rechtskreis SGB II nur geringfügig unter den Vergleichswerten des Jahres 2005 (55,1 % bzw. 43,2 %).

- Der Vorrang wohnortnaher Angebote als Leitlinie für die Auswahl der geeigneten Maßnahme ist nicht neu. »Wohnortnahe Rehabilitation« hat mehrere Komponenten. Das soziale Umfeld spielt eine Rolle, aber auch die Nähe zum späteren regionalen Arbeitsmarkt bei betrieblichen Phasen sowie die Vernetzung der Träger mit den relevanten Betrieben, die zu mehr Betriebsnähe führt, durch eine intensivere Kenntnis betrieblicher Erfordernisse, Kontakte für eine anschließende Beschäftigung und die Bekanntheit der Ausbildungsinhalte und der Leistungsfähigkeit der Absolventen bei den Betrieben. Es ist also weniger eine Frage der Modelle, denn der Ziele beruflicher Rehabilitation und damit der Anpassung der Angebotsformen an die vorhandene Nachfrage.
- Der Stellenwert zertifizierter Abschlüsse wird in der Bildungspolitik derzeit intensiv diskutiert; diese Entwicklungen und die Reaktion der Unternehmen darauf werden entsprechend auch in der beruflichen Rehabilitation ihren Niederschlag finden müssen.
- Die BA favorisiert erfolgsorientierte Konzepte. Ziel aller Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ist die Teilhabe am Arbeitsleben, die sich durch eine Integration – möglichst nachhaltig – manifestiert. Durch Prämienkonzepte wird ein Anreiz für Leistungserbringer geschaffen, ihre Maßnahmen auf dieses Ziel auszurichten. Erfolgreiche Bildungsabschlüsse sind auf diesem Weg zum Ziel ein wichtiger Teilerfolg, aber noch nicht das Gesamtziel. Damit erwarten wir auch eine stärkere Ausrichtung an den Bedingungen des Arbeitsmarktes und der Betriebe. Die Herausforderung dabei ist, dass die Qualität der Grundleistung durch ein Prämiensystem nicht leiden darf. Der Anreiz muss für den Leistungserbringer attraktiv genug sein, um seine integrationsunterstützenden Aktivitäten auszubauen bzw. zu intensivieren. Es wird aufmerksam beobachtet werden müssen, ob die geäußerte Befürchtung – durch Prämien würden Behinderte abgelehnt oder bestimmte Berufe nicht mehr angeboten werden – zutrifft. Die BA schätzt das Risiko als gering ein, da mögliche Prämien nur einen geringen Teil der Gesamtmaßnahmekosten ausmachen.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Zukünftige Entwicklungen des Arbeitsmarktes, demografischer Wandel und die Rolle arbeitsmarktpolitischer Instrumente, zukunftsfeste Rehabilitation, Entwicklungen aus dem Ausland für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Deutschland.

- Der Erfolg der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt sich letztlich danach, ob damit auch eine nachhaltige, also auf Dauer angelegte, berufliche Eingliederung erreicht werden kann. Deshalb ist bei der Planung/Auswahl von Reha-Maßnahmen zwangsläufig auch die zukünftige Arbeitsmarktentwicklung mit zu berücksichtigen. Das bedeutet auch, dass sich Veränderungen der betrieblichen Anforderungen in den Reha-Einrichtungen widerspiegeln müssen (z.B. Kompetenzen stärken; Wissen/Fachliches verlieren an Bedeutung).

- Die demografische Entwicklung hat aus Sicht der BA für die berufliche Rehabilitation zwei Konsequenzen: Die Zahl der Schulabgänger wird in den nächsten Jahren rückläufig sein. Dies wird zwangsläufig auch Auswirkungen auf den Umfang der Reha-Angebote (einschließlich der Plätze in Reha-Einrichtungen) für den Bereich Übergang Schule-Beruf haben. Für Erwachsene ist dagegen die Auswirkung noch nicht so klar erkennbar. Einerseits ist der längere Verbleib im Beruf tendenziell mit mehr belastungsbedingten Rehabilitationsbedarfen verknüpft, andererseits ändern sich die Belastungen der Arbeitswelt und deren Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der Arbeitnehmer (z.B. die Verschiebung der Erkrankungen von orthopädischen hin zu psychisch bedingten Behinderungen).

Arbeitsmarktpolitische Instrumente müssen den Entwicklungen der Wissensgesellschaft angepasst werden. Deutlich ist bereits heute, dass die Prävention an Bedeutung gewinnen muss. Außerdem werden flexible Inhalte relevant werden. Kompetenzaufbau statt Wissensvermittlung ist ein weiterer Aspekt. Ziel: Einen inhaltlich flexiblen Einsatz ermöglichen und den Umgang mit Problemsituationen eigeninitiativ gestalten.

- Ausbildungsordnungen haben sich im letzten Jahrzehnt deutlich verändert. Projektarbeit hat dabei an Bedeutung gewonnen. Handlungsbedarfe zu erkennen, Lösungen zu erarbeiten und Prozesse zu managen sind inzwischen Standardanforderungen. Flexibilität, Individualität und Innovation sind notwendig, um veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Dies gilt auch für die Angebote der Leistungserbringer. Diese Entwicklungen tragen dazu bei, dass die berufliche Rehabilitation zukunftsfest wird.
- Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung sollten ausgedehnt werden, insbesondere auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Aktuell ist die Gesetzesinitiative zur Unterstützten Beschäftigung anzusprechen, die ihren Ursprung in den 1970er und 1980er Jahren in den USA und Kanada hatte. Ihre Grundidee wurde von mehreren europäischen Ländern aufgegriffen, auf nationaler Ebene in Teilen bereits mit dem IFD umgesetzt(im Jahre 2000) und soll als zusätzliches Angebot zur beruflichen Integration ab 2009 zur Verfügung stehen.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Kooperation mit Unternehmen, Leistungserbringer als Dienstleister für Unternehmen, betriebliches Eingliederungsmanagement, Koordinationsstrukturen, Konzentration der Zuständigkeiten.

- Bereits jetzt erfolgt in vielfältiger Form eine Zusammenarbeit mit den Betrieben, z.B. in Form von betrieblicher Aus- und Weiterbildung, Kooperativer Ausbildung, Betriebspraktika, Trainingsmaßnahmen und – demnächst – unterstützter Beschäftigung. Ansätze, um Unternehmen stärker einzubinden, sind: Prävention (z. B. betriebliches Eingliederungsmanagement: Erkennen und frühzeitiges Reduzieren der behinderungsbedingten Auswirkungen; ggf. auch berufliche Reha während der Beschäftigung initiieren), betriebliche Anteile bei Maßnahmen beruflicher Rehabilitation erhöhen, Netzwerkarbeit Unternehmen/Reha-Träger/Leistungserbringer intensivieren (Anforderungen frühzeitig erkennen, evtl. Nachbetreuung), Informations/Aufklärungsarbeit

(»Menschen mit Behinderung« als wertvolle Mitarbeiter im Verständnis der Unternehmen etablieren, Hinweis auf demografischen Wandel).

- Als Personaldienstleister sind (und waren auch in der Vergangenheit) die Leistungsanbieter im Rahmen des Absolventenmanagements durchaus gefordert. Ob sich Leistungsanbieter künftig als Bildungsdienstleister im Rahmen der Personalentwicklungsprozesse verstehen sollen, muss von ihnen selbst beantwortet werden, festgemacht an der Frage, ob dafür seitens der Unternehmen ein entsprechender Bedarf besteht. Im Zusammenhang mit beruflichen Reha-Maßnahmen werden die Leistungsanbieter – wenn auch in sehr wenigen Fällen – bereits jetzt eingebunden, wenn es darum geht, den Erhalt des Arbeitsplatzes durch Bildungsmaßnahmen zu fördern.
- Die Aufgabenstellungen im Rahmen der sogenannten Koordinierungsstruktur sind im Wesentlichen gesetzlich verankert (insbesondere §§ 12 und 13 SGB IX) und institutionell bei der BAR angesiedelt. Darüber hinaus wird kein Bedarf für weitergehende Koordinierungsstrukturen gesehen. Die Aufgabe der beruflichen Rehabilitation steht vor deutlichen Herausforderungen (Wandel der Arbeitswelt, demografischer Wandel), das BMAS hat hier die Rolle eines Prozesstreibers, um im gegliederten Reha-System notwendige Entwicklungen zu forcieren.
- Die Frage der Zuständigkeitskonzentration auf einen Träger kann nur im politischen Rahmen entschieden werden. Die Herausforderung besteht hier darin, Schnittstellen zu reduzieren und damit Prozesse auch im Sinne der Menschen mit Behinderungen zu optimieren – andererseits aber auch integrative Ansätze bei der Aufgabenerledigung zu realisieren. Eine abschließende Position hat die BA zu dieser Frage nicht formuliert.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Wissenschaftliche Fundierung der Prozesse, Strukturen und Angebote, Forschungsbedarfe.

- Eine unmittelbare Umsetzung von Forschungsergebnissen in Prozess und Organisationsformen gibt es nicht – nicht zuletzt, weil konkrete Ergebnisse kaum vorliegen. In vielen Bereichen werden aber – auch aus anderen Forschungsbereichen – vorhandene Erkenntnisse berücksichtigt. Angebotsformen werden auf Basis empirischer oder anderer Erkenntnisquellen weiterentwickelt. Die Struktur der Rehabilitanden verändert sich. Zunehmend werden behinderungsbedingte Einschränkungen durch weitere Faktoren begleitet, die die Chancen des Rehabilitanden auf dem Arbeitsmarkt einschränken. Abgrenzungen beruflicher Rehabilitation im ursprünglichen Sinn zu weiteren soziodemografischen Handlungsbedarfen gewinnen an Bedeutung; passende und erfolgreiche Angebote müssen diese Aspekte berücksichtigen, um erfolgreich zu sein.
- Der Forschungsbedarf korrespondiert mit den aktuellen Handlungsfeldern, insbesondere Prävention, Qualitätssicherung, Eingliederungswirkung und Instrumenteneinsatz. Weitere Forschungsfelder sind: Veränderung der Rehabilitation durch demografische Entwicklung, durch Veränderung der Arbeitswelt, durch Veränderung der Bevölkerungsstrukturen.

Kernaussagen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Zugangssteuerung

Übergang medizinische/berufliche Rehabilitation, Folgen von Budgetierung, frühzeitige Bedarfserkennung, Information der Betroffenen und Einleitung der Rehabilitation, Über-, Unter- und Fehlversorgung einzelner Gruppen, Selbstbestimmung als Zielgröße von Beratung, Interessenkonflikte im Beratungsprozess, ICF.

- Für den Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation hat die Unfallversicherung seit langem Mitarbeiter in der Berufshilfe eingesetzt, die frühzeitig Kontakt zum Versicherten aufnehmen. Zur weiteren Verbesserung der medizinischen und beruflichen Verzahnung und frühzeitigen Einleitung notwendiger beruflicher Schritte wurde und wird das »Rehabilitationsmanagement« bei den Trägern der Unfallversicherung eingeführt.
- Bei der Unfallversicherung gilt weiterhin der Grundsatz »Rehabilitation mit allen erforderlichen Mitteln«. Hierbei wird auch das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen angemessen berücksichtigt. Selbstverständlich sind auch die Unfallversicherungsträger gehalten, bei gleicher Leistung preiswertere Anbieter in Anspruch zu nehmen, dies ist aber ein nachrangiges Kriterium. Im Vordergrund steht immer der voraussichtliche Erfolg der Rehabilitation.
- Der Informationszugang wird dadurch gesichert, dass zum Versicherten frühzeitig Kontakt aufgenommen wird über 1. Besuchsdienst, 2. Berufshelfer und/oder Reha-Fachberater u. Ä. Es erfolgt in diesen Fällen immer eine persönliche Beratung und Kontaktaufnahme.
- Durch die frühzeitige Betreuung sind die besonderen Lebensumstände der Betroffenen dem Unfallversicherungsträger meist bekannt, so dass er auf die Belange des Einzelnen auch bei der beruflichen Rehabilitation eingehen kann. Aufgrund dieser Struktur wird Unter- bzw. Fehlversorgung vermieden. Beispielsweise wird besonderes Augenmerk – insbesondere von den Trägern der öffentlichen Hand – auch auf die Reintegration von Kindern und Jugendlichen gelegt. Für Langzeitarbeitslose und überhaupt Schwervermittelbare – auch ggf. nach einer Rehabilitation – wird die Unfallversicherung bundesweit ab 2009 das sogenannte job.bg-Verfahren einführen.
- Für die Förderung der Selbstbestimmung kann die proaktive Beratung zum Persönlichen Budget beitragen, hierfür hat die Unfallversicherung gerade eine entsprechende Handlungsempfehlung verabschiedet. Allerdings war auch bisher schon die Förderung der eigenen Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen ein wichtiges Ziel der Rehabilitation der Unfallversicherungsträger. Die DGUV hat hierzu ein Projekt durchgeführt, in dem sich die verstärkte Partizipation der Betroffenen sehr positiv auf den Rehabilitationsverlauf ausgewirkt hat.
- Natürlich gibt es in Einzelfällen ein Spannungsverhältnis zwischen dem, was der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter (Elternteil) wünscht und dem, was der Reha-Träger (UV) für sinnvoll und erforderlich hält. Hierbei geht es aber seltener um die finanziellen Rahmenvorgaben, als eher um die (unterschiedliche) Einschätzung, ob ein Betroffener z. B. mit seiner bestehenden Berufskrankheit bestimmte Tätigkeiten ausüben kann oder nicht.

- Durch den engen und oft dauerhaften Kontakt zu den Betroffenen ist die berufliche Reha bei der Unfallversicherung schon seit jeher am individuellen Bedarf der Person ausgerichtet. Die ICF sehen wir hier als ein Instrument, diesen Prozess fortzusetzen und zu konkretisieren. Das Reha-Management der DGUV soll sich eng an der ICF orientieren.

Durchführung

Berücksichtigung von Arbeitsmarktentwicklungen und Optimierung des Übergangs zu einer Beschäftigung, kurze vs. lange Bildungsmaßnahmen, wohnortnahe Rehabilitation, Zertifikate, Prämienkonzepte.

- Der Arbeitsmarkt wird berücksichtigt, indem geprüft wird, ob der vom Versicherten gewünschte Beruf auch entsprechende Vermittlungsmöglichkeiten bietet. Außerdem bedient sich die Unfallversicherung zur Arbeitsvermittlung und Integration auch der Integrationsfachdienste und Arbeitsvermittlungen. Daneben wird ab 2009 job.bg bundesweit eingeführt.
- In Anbetracht der demografischen Entwicklung und der sich schnell wandelnden Anforderungen der Arbeitsplätze ist inzwischen ein lebenslanges Lernen erforderlich. Daher kann hier eine Teilqualifizierung auch bei Jüngeren, gerade wenn es darum geht, diese nach einem schweren Unfallereignis wieder zu beschäftigen und sie schnell zu integrieren, durchaus sinnvoll sein. Die DGUV geht aber grundsätzlich davon aus, dass die Vermittlungs- und Integrationsmöglichkeiten mit höherer Qualifikation steigen.
- Wohnortnahe Rehabilitation wird grundsätzlich als sinnvoll angesehen. Es ist daher zu begrüßen, dass Berufsförderungswerke nun auch betriebliche Ausbildungen vor Ort mit anbieten. Von der Unfallversicherung wird die betriebliche Ausbildung grundsätzlich favorisiert. Hinzu kommt, dass häufig bereits ein Arbeitsplatz in einem Betrieb vorhanden war, in dem der Versicherte eventuell nach einer Umschulung/beruflichen Anpassung wieder eingegliedert werden kann.
- Für ein Prämienkonzept spricht, dass die Motivation der Vermittlung hierdurch auch beim Anbieter erhöht wird. Gegen ein Prämienkonzept spricht, dass eventuell die Einrichtungen hier die »weniger schwierigen« Betroffenen eher aufnehmen, um damit ihre Vermittlungsquote zu erhöhen.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Zukünftige Entwicklungen des Arbeitsmarktes, demografischer Wandel und die Rolle arbeitsmarktpolitischer Instrumente, zukunftsfeste Rehabilitation, Entwicklungen aus dem Ausland für die Ausgestaltung der Rehabilitation in Deutschland.

- Bei der Planung von Reha-Maßnahmen haben die zukünftigen Entwicklungen des Arbeitsmarktes immer eine Rolle gespielt. Für Reha-Einrichtungen bedeutet dies unseres Erachtens das Erfordernis einer ständigen Anpassung an neue Berufe und Lerninhalte, d. h. die Einrichtungen müssen einen hohen Grad an Flexibilität haben.
- Aus Sicht der Unfallversicherung dürfte hier interessant sein, ob sich die Zahl der Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten angesichts des höheren Alters der Beschäftigten er-

höht. Dabei dürfte das betriebliche Eingliederungsmanagement noch mehr eine Rolle spielen als bisher. Auch arbeitstechnische Hilfen und Umgestaltungen des Arbeitsplatzes dürften häufiger vorkommen. Sinnvoll könnte auch sein, Menschen ab einem bestimmten Lebensalter aus der Produktion zu nehmen und sie in einen Verwaltungsbereich des Betriebes zu übernehmen. Hierzu müssten neue, innovative Konzepte entwickelt werden.

- Berufliche Rehabilitation darf sich nicht auf bestimmte Standorte und spezielle Leistungen allein konzentrieren. Sie sollte wohnortnah und in ihren Inhalten sehr flexibel sein. Hier ist eine Vernetzung, auch unter Nutzung der modernen Kommunikationstechniken, förderlich.
- Sicherlich sollten in Europa mit der Möglichkeit der europaweiten Arbeitsaufnahme auch die beruflichen Anforderungsprofile angeglichen werden.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Kooperation mit Unternehmen, Leistungserbringer als Dienstleister für Unternehmen, betriebliches Eingliederungsmanagement, Koordinationsstrukturen, Konzentration der Zuständigkeiten.

- Bei der Unfallversicherung sind die Unternehmen sicher häufiger als bei anderen Reha-Trägern in den beruflichen Reha-Prozess eingebunden, da sich das Erfordernis der Umorientierung häufig durch einen Arbeitsunfall/eine Berufskrankheit ergibt und es sich meist um Rehabilitanden handelt, die bis zum Unfall im Arbeitsprozess standen. Im Übrigen sollte hier auf das betriebliche Eingliederungsmanagement gesetzt werden. Kooperation zwischen Unternehmen und Berufsförderungswerken, wie sie sich z. T. auch bereits entwickelt haben, sieht die DGUV als sehr sinnvoll an.
- Wenn sich Leistungserbringer in Zukunft stärker als Personal- bzw. Bildungsdienstleister für Unternehmen verstehen, würde dies aus unserer Sicht die Vermittlungschancen sicher erhöhen, auch durch die enge Verzahnung der Einrichtungen mit Betrieben.
- Die DGUV ist ein Befürworter des betrieblichen Eingliederungsmanagements. Sie beabsichtigt, eine Erhebung zum BEM bei den Unfallversicherungsträgern (vorrangig als Reha-Träger) durchzuführen und plant für das nächste Jahr hier auch einen erneuten Workshop, um Praxisbeispiele, Vereinbarungen u. Ä. im Sinne von »Best Practice« vorzustellen.
- Für die Unfallversicherung hat sich das System »alles aus einer Hand« bewährt. Dadurch entstehen keine Schnittstellenproblematiken beim Übergang von der Akutbehandlung zur medizinischen und zur beruflichen Rehabilitation bzw. zur Pflege.
- Die Unfallversicherung leistet nicht nur die »berufliche Reha aus einer Hand«, sondern die gesamte Rehabilitation einschließlich der Akutbehandlung aus einer Hand. Berufliche Rehabilitation nur noch von einem Reha-Träger durchführen zu lassen, widerspräche allen Erfahrungen der DGUV. Sie würde sich dem vehement widersetzen. Es ist gerade der Vorteil der Unfallversicherung, und damit auch ihrer Rehabilitanden, dass sie für den gesamten Rehabilitationsprozess zuständig ist. Nur so können Frühzeitigkeit und Verzahnung gut funktionieren. Problematisch scheinen doch eher die Schnittstellen zu sein. Dies wird auch immer in den entsprechenden Gremien der BAR erlebt, stellen die Schnittstellen doch in fast allen Gremien ein Haupt-

thema dar. Für die DGUV würden durch die Konzentration der Zuständigkeiten auf einen Träger unnötige Schnittstellen entstehen und eine Verzögerung des Rehabilitationsprozesses wäre zu fürchten. Außerdem gibt es bei der Unfallversicherung noch immer branchenbezogene Schwerpunkte, dies betrifft insbesondere Berufskrankheiten. Hier gibt es spezielles Wissen, welches bei einem beruflichen Reha-Träger, der für alle beruflichen Leistungen zuständig wäre, so differenziert und diversifiziert sicher nicht vorgehalten werden könnte.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Wissenschaftliche Fundierung der Prozesse, Strukturen und Angebote, Forschungsbedarfe.

- Wichtige Forschungsfelder für die Zukunft sind: Auswirkungen einer arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation auf die frühzeitige berufliche Wiedereingliederung, Wiedereingliederungserfolge bei überbetrieblichen Angeboten mit allgemeinem Spektrum und spezieller Qualifizierung im Betrieb vs. überbetriebliche Aus- und Fortbildung vs. rein betriebliche Umschulung, Auswirkungen von qualifizierten Leistungen, auch bei zuvor Berufstätigen ohne spezielle berufliche Qualifikation, auf die nachhaltige/dauerhafte berufliche Wiedereingliederung insbesondere bei: Personen bis 30 Jahre, Frauen, körperlich behinderten Menschen sowie Auswirkungen einer persönlichen Begleitung des Betroffenen durch Berufshelfer/Reha-Manager, Integrationscoach o. Ä. auf die beruflichen Wiedereingliederungsmöglichkeiten.

Kernaussagen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke

Zugangssteuerung

- Kooperationen zwischen Klinik und BFW verringern die Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Solche Kooperationen sind jedoch finanztechnisch für beide Seiten sehr schwierig befriedigend zu organisieren. Berufs- und arbeitsorientierte Assessmentkompetenzen der BFW sollten in bestimmten Fällen bereits während der medizinischen Reha stärker genutzt werden, denn in den Kliniken geschaffene Strukturen kranken u.a. an mangelnden Arbeitsmarkt-Kenntnissen der Krankenhäuser.
- Eine Budgetsteuerung bei Rechtsansprüchen findet (wenn auch nicht in gleichem Umfang) bei allen Reha-Trägern statt. Die Zuweisung ist stärker »budgetgesteuert«, als offiziell zugegeben wird. Handlungsprogramme der Bundesagentur für Arbeit dienen der Kontrolle und der »Disziplinierung« der Reha-Berater.
- Die Formulierung »Art oder Schwere der Behinderung…..«[22] zur Differenzierung zwischen Pflicht- und Ermessensleistungen lässt viel Interpretationsspielraum zu. Dieser Spielraum wird genutzt, um den Erwartungen der Controllingsysteme gerecht zu werden. Das trifft insbesondere auf die Bundesagentur für Arbeit zu.
- Im SGB II-Kontext besteht das Problem, dass Reha-Fälle nicht erkannt werden. Fallmanager sind fachlich überfordert und kennen berufliche Reha kaum bzw. nicht. Reha ist den Kommunen außerdem zu kostenintensiv.
- Der Fokus auf bestimmte Zielgruppen ist eine zu eindimensionale Betrachtungsweise. Sie wird der Komplexität des einzelnen Falles nicht gerecht. Eine individualisierte Behandlung des einzelnen Falles in seiner gesamten Komplexität ist angemessener.
- Die Gruppe der abgelehnten Rentenantragsteller ist unterversorgt. Diese Personen werden nicht einmal auf Ansprüche im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, sondern direkt auf den Arbeitsmarkt verwiesen. Selbst die Unterstützung für eine Aufnahme von Arbeit wird nicht gewährt.
- Die inoffizielle »Altersbegrenzung« bei beruflicher Reha (z.B. keine Umschulung nach 45) wird in letzter Zeit weniger strikt umgesetzt. Für Ältere werden andere Reha-Konzepte benötigt (stärker regional, Kooperationen mit Unternehmen, vorhandene Fähigkeiten der Person stärker in den Vordergrund stellen).

Durchführung

- Neben der gesundheitlichen Situation (Mehrfachdiagnosen) spielen Schulden, Familienprobleme, Verhaltensauffälligkeiten und Sucht bei vielen Rehabilitanden ebenfalls eine große Rolle. Beratung und Unterstützung bei diesen Problemen gehört zum Rehabilitationsalltag.
- Der anerkannte Abschluss ist ein zentraler Erfolgsfaktor für eine nachhaltige Integration. Arbeitgeber verlangen noch immer häufig einen Abschluss als Einstiegsqualifikation.

[22] *s. § 35 Abs. 1 SGB IX*

- »Betriebliche Nachlernphasen« könnten in Zukunft zur Stabilisierung des Integrationsprozesses wichtiger werden.
- Ein zentraler Punkt bei der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation ist die Verstärkung der Betriebsnähe im Reha-Verlauf, damit ein nahtloser Übergang in Arbeit erleichtert wird.
- Individualisierungsprozesse sollen unterschiedlich lange Phasen der Qualifizierung im Betrieb ermöglichen. Auch innerhalb eines BFW sollen betriebliche Prozesse über Lernbetriebe abgebildet werden. Hier müssen sich aber **alle** Partner im System (Kammern, Träger usw.) bewegen.
- Kürzere Maßnahmen werden von den Trägern für Rehabilitanden, die durch ein BFW gefördert werden sollen, nur begrenzt nachgefragt. »Kürzer« (im Vergleich zur Umschulung) sind Integrationsmaßnahmen. Kurze Qualifizierungen sind oft nicht nachhaltig. Nicht »kurz oder lang« sollte im Vordergrund stehen, sondern das, was der einzelne Teilnehmer für eine nachhaltige Integration benötigt. Teilabschlüsse in Stufen (Bildungspass) sind denkbar. Die Berufsförderungswerke müssen solche individuell zugeschnittenen Leistungen anbieten.
- Mehr ambulante Angebote in der Fläche sind notwendig (auch über E-Learning).
- BFW sollten stärker als Teil des Bildungssystems betrachtet werden und nicht als eine Sondereinrichtung.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

- Die Instrumente für eine brauchbare Arbeitsmarktanalyse regionaler Entwicklungen sind noch nicht fein genug. Globale Trendaussagen sind nur sehr eingeschränkt geeignet für die Ausrichtung eines BFWs in seinem spezifischen regionalen Kontext. Die Vielfalt der Kontakte mit Unternehmen, über die die Berufsförderungswerke verfügen, liefert in der Summe oft genauere Hinweise, in welcher Weise sich die Personalnachfrage in einer Region entwickelt.
- Die Personenkreise der BFW sollten nicht nur über die Behinderung definiert werden. Der ganzheitliche Blick auf die jeweilige Person ist entscheidend. Inwieweit braucht eine Person die Instrumente eines BFWs für eine nachhaltige Integration? Diese Frage sollte im Mittelpunkt stehen.
- Die Klientel einer Einrichtung reflektiert deren Angebotsspektrum. Andere Angebote führen zu anderen Klienten. Neue Angebote werden limitiert durch die Kernkompetenzen der Einrichtung. Personenkreise können ohne finanziellen Mehraufwand erweitert werden, wenn Angebote auf Kernkompetenzen aufbauen, Bedarfe der Unternehmen und Träger berücksichtigen, bestimmte Qualitätsstandards erfüllen und dennoch kostengünstig sind.
- Die Anforderungen an Beschäftigte werden in Zukunft steigen, insbesondere in Bezug auf die psychischen Anforderungen. Präventionsaktivitäten laufen diesen Entwicklungen hinterher. Der Gedanke einer Humanisierung der Arbeitswelt spielt kaum eine Rolle. Diese Entwicklungen werden ihren Niederschlag in der Reha finden. Eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit wird ebenfalls zu einem tendenziell steigenden Bedarf bei der Qualifizierung älterer Beschäftigter führen. Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist eine erste Antwort der BFW auf diese Entwicklungen. BEM in Kombination mit den Möglichkeiten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von vielen Betrieben jedoch nicht wirklich offensiv für die Prävention genutzt. Eine Bera-

tung der Unternehmen in Bezug auf Prävention und Gesundheitsmanagement könnte sich deshalb in Zukunft als ein weiteres Geschäftsfeld der BFW entwickeln. Die BMAS-geförderten Modellprojekte »EIBE« und »GESUNDE ARBEIT« gehen bereits in diese Richtung.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

- Berufsförderungswerke kooperieren bereits heute in vielfältiger Weise mit Unternehmen. Schwerpunkte sind die Praktika und die Projektarbeiten für die IHK-Prüfung. Viele Rehabilitanden finden über diesen Weg ihren Arbeitgeber. In der Summe verfügen die BFW über ca. 14.000 Kontakte zu Unternehmen. Derzeit kommen die Unternehmen auf BFW zu, wenn es um Mitarbeiter mit einem gewerblich/technischen Qualifikationsprofil geht. Kooperationsmöglichkeiten entstehen auch dadurch, dass Ausbildungsinhalte der dualen Ausbildung für Betriebe im BFW abgedeckt werden. Die Integrationsberater sind viel in den Unternehmen präsent. Es werden darüber hinaus Veranstaltungen zu Themen, die Betriebe interessieren, durchgeführt. Die Beratungskompetenz der BFW bietet ebenfalls Anknüpfungspunkte für eine Kooperation. Die Weiterentwicklung der Kooperation mit Unternehmen ist auch ein zentrales Thema im neuen Reha-Modell.
- Eine »Bundesanstalt für Rehabilitation« ist kein Zukunftsmodell für die berufliche Rehabilitation. Die Konzentration auf einen Träger ist nicht sinnvoll. Dennoch ist es notwendig, die Zuständigkeiten und die Zugangswege der einzelnen Träger zu überarbeiten. Die Konstruktion der Zusammenarbeit zwischen SGB II-Trägern und der Bundesanstalt für Arbeit erleichtert den Zugang zur Rehabilitation für die betroffenen Menschen nicht. In Bezug auf die Aufgabenteilung zwischen DRV und BA wäre zu überlegen, ob unbedingt 180 (Zahl korrekt?) Monate vergehen müssen, damit ein Leistungsanspruch bei der RV entsteht. Auch der Anspruch des SGB IX, dass unabhängig vom zuständigen Träger im konkreten Einzelfall jedem Rehabilitanden ein vergleichbares Leistungsspektrum zur Verfügung steht, wird in der Praxis nicht realisiert. Die Tendenz, dass jede Kommune bzw. jede ARGE ihr eigenes Leistungsprofil für berufliche Rehabilitation entwickelt, ist absolut kontraproduktiv. Deshalb sollte das SGB IX zu einem Leistungsgesetz weiterentwickelt werden. Neben den Zuständigkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung muss es eine Konzentration der beruflichen Rehabilitation auf die RV und BA und in diesem Zusammenhang klare Zuständigkeitsregelungen und unbürokratische Zugangswege für die Betroffenen sowie ein qualitativ vergleichbares Leistungsspektrum unabhängig von der Zuständigkeit des jeweiligen Trägers geben. Darauf kommt es in Zukunft an.
- Im Rahmen des neuen Reha-Modells ist die Weiterentwicklung des Assessments notwendig (z.B. Erfassung der Beschäftigungsfähigkeit). Es gilt, das Eingangsprofiling als Basis für individualisierte Reha-Prozesse weiterzuentwickeln. Die Qualifizierungsorte müssen sich zu Lernbetrieben weiterentwickeln. In den Lernbetrieben sollten auch »Echtaufträge« abgewickelt werden. In Zukunft werden Integrationsmanager benötigt, die den individuellen Reha-Fall bis zur erfolgreichen Integration im Blick haben.
- In Zukunft wäre auch denkbar, dass das BFW einen »Gesamtauftrag« vom Profiling bis zur Integration in Arbeit erhält. Beratung und Steuerung des Prozesses spielen dann eine entscheidende Rolle.

- Die Veränderungsprozesse im Rahmen des neuen Reha-Modells führen zu einem erhöhten Fortbildungsbedarf bei den Mitarbeitern. Auch die Abstimmungsprozesse mit den Reha-Trägern gilt es neu zu justieren. Dafür, dass (was von Trägerseite erwartet wird) Individualisierung auch zu einer Verringerung der Kosten führt, gibt es derzeit keine Belege. Individualisierung bedeutet in der Implementierungsphase, dass in Strukturen und Personen investiert wird. Die Reha-Träger müssen darauf vertrauen, dass die BFW die richtigen Entscheidungen treffen. Es bedarf also einer engen Kommunikation mit den Reha-Trägern.
- Künftig werden Veränderungsprozesse in kürzeren Abständen zu bewältigen sein.
- Prämienmodelle für erfolgreiche Vermittlungen sind sehr problematisch für die Berufsförderungswerke, vor allem in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit. Der Erfolg ist von vielen Faktoren abhängig. Aus aktueller Sicht ist fragwürdig, inwieweit ein Prämienmodell als wirksamer Weg machbar ist. Darüber hinaus entstehen ungelöste Steuerprobleme, wenn Einnahmen eines Berufsförderungswerkes über Prämien erwirtschaftet werden, und es besteht u.a. die Gefahr, dass das BFW den Gemeinnützigkeitsstatus verliert. Der Vermittlungserfolg wird erheblich durch die Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst. Prämien ändern nichts an der Arbeitsmarktnachfrage. Prämienmodelle führen auch dazu, dass im Zugangsprozess stärker darauf geachtet wird, mit welchen Rehabilitanden sich das Integrationsrisiko minimieren lässt. Vermittlungsaktivitäten können auch über andere Instrumente als Prämienmodelle stimuliert werden.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

- Die Rehabilitationsforschung innerhalb der beruflichen Rehabilitation sollte in Zukunft ausgebaut werden. Forschung trägt zur Legitimierung der Arbeit der Berufsförderungswerke bei. Die wissenschaftliche Untermauerung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität weist Lücken auf, die es in Zukunft zu schließen gilt. Für mehr Forschung fehlen derzeit jedoch die Ressourcen. Forschungsausgaben sind derzeit in Kostensatzverhandlungen noch nicht durchsetzbar.
- Forschungsthemen sind: Assessment/Profiling, Indikatoren von Beschäftigungsfähigkeit, Prävention im Sinne von Ausgliederungsverhinderung, behinderungsspezifische Aspekte (z.B. berufliche Reha von Aphasikern), behinderungsspezifische Indikatoren für Reha-Erfolg (z.B. psychisch Vorerkrankte), Verbleibsanalysen (Nachbefragung der ARGE) – Wirkungsanalysen finden noch zu wenig statt –, Beratungskompetenz der Berater, die im Zugangsprozess Betroffene beraten.

Kernaussagen des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke

Zugangssteuerung

Maßnahmen im Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation

Grundsätzlich können überlappende Prozesse die Dauer des Integrationsprozesses deutlich verkürzen. Möglich sind dabei Modelle von arbeitsplatzspezifischen Erprobungen aus dem klinischen Setting heraus, dabei soll eine Übergabe von Erbringern medizinischer Rehabilitation zu LTA[23]-Erbringern erfolgen. Aber auch medizinisch berufliche Konstrukte, wie sie z.B. beim RPK[24]-Modell und in der neurologischen Rehabilitation bereits erfolgreich gelebt werden, sind denkbar. Berufliche Sequenzen müssen hier aber immer praxisnah und betriebsnah erfolgen, am besten am Lern-Arbeitsplatz.

Eine zentrale Prozesssteuerung durch einen »Case Manager« kann die zeitnahe Umsetzung des Integrationsprozesses gewährleisten. Grundsätzliche Ansätze: Kooperation zwischen den Trägern der medizinischen und der beruflichen Reha, Information der Akteure der medizinischen Reha über die (regionalen) Möglichkeiten der beruflichen Reha, Beratung von betroffenen Patienten/-innen in Einrichtungen der medizinischen zu Themen der beruflichen Reha, berufsorientierende Maßnahmen in oder im Anschluss an die medizinische Reha.

Wichtige Voraussetzung ist die Klärung der Kostenübernahme (z. B. Verzicht auf Klinik-Tagessätze während praktischer Erprobungstage im BFW[25]) oder Beauftragung des BFW durch die Einrichtung der medizinischen Reha.

Auswirkungen finanzieller Begrenzungen auf Reha-Leistungen

Finanzielle Begrenzungen wirken sich auf Reha-Leistungen aus:

Bestehende Ansprüche werden in ihrer zeitlichen Umsetzung an die Haushaltslage angepasst. Der Leistungsumfang (Dauer, Maßnahmetyp, Vorbereitungen) wird reduziert.

Gegengesteuert werden kann durch folgende Maßnahmen:

Lückenloser Verlauf und frühzeitiger Beginn der Reha statt unnützer Wartezeiten, Verbesserung der Information von Betroffenen, die sich nicht bereits in der Beratung von Reha-Kostenträgern befinden (ALG[26] II Bezieher/-innen) oder noch in der medizinischen Reha sind, Information der Arbeitsmarktakteure über die Möglichkeiten der Reha-Einrichtungen.

Durch die BA[27] gibt es bisher neben dem finanziellen Budget eine Vorgabe, welche Anzahl an Reha-Zugängen pro Jahr per Agentur zugelassen werden. Dadurch sind behinderte Menschen trotz gesetzlichem Anspruch bei den ARGEn bzw. Job-Centern oder Options-Kommunen gelandet. Dort finden sie völlig andere Voraussetzungen vor, da die Belange der behinderten Menschen im SGB II nicht behandelt werden.

Da die ALG II-Empfänger/-innen z.B. kein Übergangsgeld mehr bekommen, fehlt der finanzielle Anreiz für die Betroffenen, sich auf das Wagnis einer Umschulung einzulassen.

---

[23] *LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*
[24] *RPK: Rehabilitation psychisch Kranker*
[25] *BFW: Berufsförderungswerk*
[26] *ALG: Arbeitslosengeld*
[27] *BA: Bundesagentur für Arbeit*

Für viele ist darum eine Ausbildung aus finanziellen Gründen nicht mehr möglich.

Trotz Reha-Trägerschaft der Agentur ist die getrennte Steuerung der Erkennung möglicher Reha-Fälle innerhalb einer ARGE auch drei Jahre nach Einführung des SGB II noch immer eine Hürde für viele Betroffene. Zudem muss festgestellt werden, dass (nicht alle, aber doch viele) ARGEN überwiegend auf die billigeren Bildungsgutscheine zur Schulung mit der Maßgabe der anschließenden Integration zurückgreifen, um Kosten zu sparen. Wir werden als Leistungserbringer immer wieder mit Teilnehmern/-innen beruflicher Umschulungen konfrontiert, die trotz gesundheitlicher Einschränkung nur allgemeine Leistungen bewilligt bekamen. Im Verlauf der Maßnahme zeigt sich oftmals, dass sehr wohl begleitende Hilfen notwendig sind, um eine erfolgreiche Integration zu erreichen. Ob in diesen Fällen der gesetzliche Anspruch der Behinderten erfüllt wird, indem eine rehaspezifische Maßnahme bewilligt wird, muss in Frage gestellt werden.

Unter- bzw. Fehlversorgung von Zielgruppen

Neben strukturellen Lücken gibt es Bedarfe, die mengenmäßig zu klein sind, um sie wohnortnah zu decken.

Frauen, die nach einer Qualifizierung in Teilzeitform suchen, stoßen oft auf Probleme.

Die Bedarfe von Migranten/-innen sind nicht im Reha-Bereich abgebildet. Migranten/-innen haben aufgrund ihrer Aufenthaltsdauer – je nach Kostenträger – oftmals keinen Anspruch auf berufliche Reha-Maßnahmen. Es fehlen auch die notwendigen Instrumente und Gesetze, um z. B. im Anerkennungsverfahren oder Anrechnungsverfahren mit wesentlich verkürzten Lehrgängen zur IHK-Externen-Prüfung vorbereiten zu können.

Ältere sind, (auch) je nach Reha-Träger, benachteiligt. Die Knappschaft Bahn-See fordert z.B., dass Teilnehmer/-innen nach Beendigung einer Maßnahme/Ausbildung das 45. Lebensjahr nicht vollendet haben dürfen und Personen, die keinen Fachabschluss besitzen (Geringqualifizierte), auch nicht höher qualifiziert werden. Diese Politik muss im Zeichen zunehmenden Fachkräftemangels dringend überdacht werden!

Für Langzeitarbeitslose und Geringqualifizierte gibt es durchaus gute und zahlreiche Maßnahmeangebote, allerdings mit offensichtlich durch die Ausschreibungspolitik der BA bedingten Schwankungen in Erfolg und Qualität (erzwungene Wechsel der Leistungserbringer nach Verlust einer Maßnahme durch ein billigeres Angebot in den öffentlichen Vergabeverfahren).

Seitens der Reha-Träger ist leider noch kein Trend zu erkennen, sich auf Angebote für spezielle Zielgruppen nachhaltig einzulassen. Im Einzelfall gibt es Spezialangebote, z.B. für Menschen mit psychischen Erkrankungen (BTZ[28], RPK; etc), aber diese Angebote werden bei Weitem nicht flächendeckend und wohnortnah gefördert.

Gerade in ländlichen Regionen wird weiterhin als Einheitsmaßnahme zur Integration die Form der praxisorientierten Reintegration gewählt, ohne Rücksicht auf besondere Bedürfnisse einzelner Personengruppen.

Gerade auf den demografischen Wandel haben bisher weder Reha-Träger noch Leistungserbringer in angemessener Weise reagiert.

[28] *BTZ: Berufliches Trainingszentrum*

Für Personen mit Migrationshintergrund gibt es zwar über das BAMF[29] geförderte Kurse, aber spezielle Angebote von LTA sind sehr selten zu finden.

Bedarfsgerechte Versorgung

Um individuellen Anforderungen unterschiedlicher Zielgruppen gerecht zu werden, können modularisierte, flexibel zu gestaltende Maßnahmenkonzepte Chancen bieten. Es kann so z.B. sein, dass alleinerziehende Frauen und Personen mit psychischen Erkrankungen, obwohl sie an unterschiedlichen Maßnahmen teilnehmen, bestimmte Bildungs- oder Lernmodule gemeinsam besuchen.

Für die damit einhergehende individuelle Prozessbegleitung ist aber eine deutliche Veränderung der Preisgestaltung notwendig, denn Einzelbetreuung ist, je nach Art und Schwere der Behinderung (Mehrfachdiagnosen) und Umfang der Integrationsbemühungen aufwendig.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Reha-Prozess

Selbstbestimmung setzt Wissen und Kompetenz voraus. Eine Beratung der Bürger/-innen ist notwendig, ebenso wie Barrierefreiheit. Mitwirkungsmöglichkeiten müssen sichergestellt werden.

Begleitet durch eine/n Case Manager/-in sind Rehabilitanden durchaus in der Lage, den individuellen Reha-Prozess eigenverantwortlich zu planen und zu steuern. Der/die Case Manager/-in sichert die notwendige Qualität der gebuchten Maßnahme. Diese kann dann auch durchaus unter Anwendung des Persönlichen Budgets erfolgen.

Datenbasis für Individualisierung

Die individuelle Leistung erfährt eine Ausrichtung an dem über ICF[30] definierten individuellen Bedarf. Die Leistungserbringer benötigen möglichst breite Informationen über die individuellen Ressourcen und Beschränkungen von Funktionen des Rehabilitanden, um erfolgreiche Integrationsstrategien zu entwickeln. Die ICF bieten eine hervorragende Möglichkeit, um Informationen zu dokumentieren und vergleichbar zu machen. Dazu ist es aber unabdingbar, dass bundesweit einheitlich mit einer ICF Kette gearbeitet wird. Derzeit gibt es nur lokale Konstrukte.

Durchführung

Besondere Probleme des Personenkreises

Die Teilnehmer/-innen einer Ultima Ratio-Einrichtung (als solche werden BFW genutzt) stellen eine Negativauslese dar, »Zugpferde« fehlen. Zur gesundheitlichen Beeinträchtigung der Rehabilitanden kommen zunehmend weitere Probleme hinzu (Verschuldung, Beziehungsprobleme, etc.). Die Rehabilitanden/-innen sind oft nicht ausbildungsfähig; im Rahmen von Reha kommen oft nur Helfertätigkeiten in Frage.

Mittelfristig kommen heute aktuelle gesellschaftliche Problemstellungen (z.B. PISA/Verhaltensauffälligkeiten) bei der Berufswahl auf die BFW zu.

[29] *BAMF: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge*
[30] *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*

Einrichtungen stimmen selbstverständlich ihr Maßnahmeangebot auf die Nachfrageseite und den Arbeitsmarkt ab. Weitere Aspekte sind Einflüsse integrativer Schul- und Berufsbildung, die Imageverschlechterung der BFW durch schwache Teilnehmer/-innen, die mangelnde Mobilität von Teilnehmern wegen fehlenden Führerscheines oder Kfz, die Wohnortsituation in strukturschwachen Gebieten, fehlende kognitive Voraussetzungen für eine anspruchsvolle Berufsausbildung, sowie eine nicht ausreichende psychische Belastbarkeit vieler Teilnehmer/-innen.

Multiple Vermittlungshemmnisse – sowohl gesundheitliche als auch soziale – kennzeichnen also die Gesamtsituation.

Beschäftigungsmöglichkeiten des Arbeitsmarktes

Die Berücksichtigung der individuellen Beschäftigungsmöglichkeiten ist wichtig. Dazu gehören u.a. frühzeitig einsetzendes Integrationstraining, Praktika, wohnortnahe Integrationsbetreuung, regionale Betreuung durch die Kostenträger-Berater.

Die Übergänge in Beschäftigung werden optimiert durch Integrationsbegleitung von Beginn der Maßnahme an, die Vorbereitung der Rehabilitierenden auf ihre neue Tätigkeit und deren spezifische Anforderungen, nicht nur in fachlicher, sondern insbesondere in überfachlicher Hinsicht (individuelle Zielvereinbarung), und durch Nachbetreuung.

Vergabepraxis

Ein Gesamtspektrum zur Erfüllung aller individuellen Erfordernisse ist nötig. Maßnahmen können sich nicht gegenseitig ersetzen, da unterschiedliche Ziele angestrebt werden.

Mit kurzfristigen Maßnahmen ist dem Fachkräftemangel nicht beizukommen. Trainingsmaßnahmen und kurze Qualifizierungen sind nicht die geeigneten Instrumente, um eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Dies gilt umso mehr, je jünger die Personen sind. Eine fundierte Berufsausbildung ist noch immer der wichtigste Sockel für die weitere Entwicklung der Beruflichkeit. Ein Beispiel aus unserer Erfahrung: Bäcker und Metzger sind in vielen Berufen, wo ihre erlernten Fähigkeiten eigentlich keine Rolle mehr spielen, begehrte und gesuchte Mitarbeiter. Warum? Die Personalchefs wissen, dass sich Mitarbeiter, welche bereits nachgewiesen haben, dass sie einen Beruf erlernen können, schneller und komplexer in neue Themen und Aufgabenstellungen einarbeiten und einfinden können.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Arbeitsmarktentwicklungen

Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist die Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Es ist für Reha-Einrichtungen existenziell wichtig, dass sie sich mit ihren Maßnahmen an den aktuellen Anforderungen des Arbeitsmarktes orientieren. Allerdings ist es genauso wichtig, sich nicht von berufsbezogenen Modetrends zu stark beeinflussen zu lassen. Die Politik unterstützt diese Trends offensichtlich, wenn es darum geht, die Mitarbeiter in diesen Branchen mit einer eigenen Berufsbezeichnung zu definieren (stigmatisieren wäre wohl die bessere Wortwahl).

Beispiel: Der ausgeprägte Wunsch z.B. der Automobil-, Sport- und Gesundheits-, Umwelt- und Musikbranche hat dazu geführt, dass Kaufleute mit den entsprechenden Fachbezeich-

nungen ausgebildet wurden und werden (z. B. Sport- und Fitnesskaufmann oder Musikkauffrau usw.). Diese zusätzlichen Bezeichnungen schränken in der späteren Beruflichkeit ein. Welche Automobilbranche sucht schon einen Musikkaufmann? Hier sind die Basisberufe Industriekaufmann oder Bürokaufmann die bessere Wahl. Die Fachkenntnis erreicht man sowieso durch die nachfolgende Tätigkeit.

Zukünftige Personenkreise

Als Einrichtung der Wiedereingliederung haben wir es mit Personen zu tun, die aus dem bestehenden Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen Gründen ausgeschieden sind. So wie sich der Arbeitsmarkt verändert, so verändert sich auch die Nachfrage nach Mitarbeitern. Festzustellen sind z.B.: Höherer Anteil von in Dienstleistungsberufen Beschäftigten, Zunahme psychischer Erkrankungen, Wachstum des Frauenanteils, Rückgang orthopädischer Erkrankungen, höherer Altersdurchschnitt, schlechte Schulvorbildung. Der Personenkreis in LTA wird in Zukunft deutlich älter sein, der Anteil von Menschen mit psychischen Belastungen wird weiter deutlich steigen.

Die zurückliegenden Änderungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation machen es aus wirtschaftlichen, pädagogischen und sozialen Gründen notwendig, sich nicht nur auf eine Personengruppe (z. B. Rehabilitanden) zu konzentrieren. Die Zusammenführung von unterschiedlichen Teilnehmern/-innen (Rehabilitanden und gesunden Umschülern nach Fbw-Förderrichtlinien) sorgt für viele erstrebenswerte Rahmenbedingungen. So gibt es dadurch z. B. keine Stigmatisierung (der Rehabilitand ist nicht Absolvent einer Behinderteneinrichtung, sondern Teilnehmer einer »normalen« beruflichen Qualifizierungsmaßnahme), eine gegenseitige Förderung der Integration und Akzeptanz des Anderen/Behinderten bereits während der Maßnahme, die Vermeidung von Konfliktsituationen aufgrund zu vieler Problembehafteter in einer Kursgemeinschaft usw.Möglich wird dies in den BFW als Spezialeinrichtungen, weil wie in Integrationskindergärten und -schulen die besondere rehabilitative Förderung sichergestellt wird.

Entwicklung des Bedarfs

Mehr Fortbildungen, nicht Vollqualifizierungen, bedeutungsvollere Prävention (BEM), Zunahme von Integrationsmaßnahmen, Aufhebung von Altersgrenzen bei den Kostenträgern.

Der Bedarf an LTA wird durch die Hebung des Renteneintrittsalters deutlich steigen, im Fokus müssen aber Arbeitsplatz erhaltende LTA als Ergänzung zu BEM[31] und Gesundheitsmanagement stehen.

Zukunftsfeste Reha

Bekenntnis der Kostenträger zur Bedeutung beruflicher Rehabilitation. Ausbau der Information der Versicherten. Information der relevanten Personengruppen über berufliche Reha.

[31] *BEM: Betriebliches Eingliederungsmanagement*

Wohnortnahe Rehabilitation/zertifizierte Abschlüsse

Wohnortnahe Rehabilitation hat wirtschaftliche Vorteile. Aber dem Anspruch zur Förderung der Mobilität wird eine wohnortnahe Reha-Maßnahme nicht gerecht. Die Praxis hat gezeigt, dass gerade die Unterbringung nicht am Wohn-, sondern am Maßnahmeort viele Erfahrungen vermittelt. Selbstständigkeit, Organisationsfähigkeit und soziale Kompetenzen werden – sozusagen nebenbei – entwickelt und gefördert. Diesen Nebeneffekt kann eine wohnortnahe Reha-Maßnahme nicht leisten. Das individuelle Ziel bestimmt also die Wohnortnähe mit.

Der zertifizierte Abschluss zum Facharbeiter/zur Facharbeiterin wird solange seine Wichtigkeit beibehalten, solange die Wirtschaft und nicht zuletzt auch der Kostenträger dies als Maßstab für die Qualität einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zugrunde legen. Er bildet die Basis unseres mit Recht weltweit so geschätzten beruflichen Bildungssystems. Die Stufe des Facharbeiters oder Kaufmanns in Frage zu stellen bedeutet auch, sich in der Konsequenz mit der künftigen Notwendigkeit einer Meister-, Techniker-, Master-, Bachelor-, Ingenieurs- oder Betriebswirtsbezeichnung auseinanderzusetzen.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Einbindung der Unternehmen

Ansätze hierzu bieten die Präventionsberatung (BEM), Case Management, betreute betriebliche Praktika und Integrationsmaßnahmen.

Leistungserbringer als Dienstleister

Die Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation müssen sich als Personal- bzw. Bildungsdienstleister für Unternehmen verstehen, um dadurch die Vermittlungschancen der Rehabilitanden/-innen zu verbessern.

Die Bildungsträger müssen dem Unternehmen das Full Service-Paket bieten können: Bewerbersuche, Vorauswahl, Assessment, Qualifizierung...

Die Vermittlung in Kooperation mit Zeitarbeitsunternehmen ist sinnvoll.

Koordinierungsstrukturen/Rolle BMAS[32]

Als Erbringer von LTA ist die Überwachung einheitlicher Qualitätsrichtlinien maßgeblich. Die Vergabe von Aufträgen sollte künftig an Qualität und Integrationserfolg ausgerichtet werden.

Die unabhängige Steuerung kann beim BMAS liegen. Allerdings ist die Zuständigkeit für Teilhabe am Arbeitsleben und Arbeitsmarktpolitik im BMAS derzeit in zwei Abteilungen gebündelt. Hier müsste eine einheitliche Steuerung und Weisungsbefugnis geregelt werden. Weiterhin müsste ein Zusammenwirken des BMAS mit weiteren, für die Umsetzung von Teilen der beruflichen Rehabilitation maßgeblichen zuständigen Ministerien, z.B. für Bildung und Gesundheit, geregelt werden.

Weitere Forderung: Die Gleichbehandlung der Leistungserbringer: keine Kostenträger- oder Wohlfahrtsverbands-Gesellschafter, sondern eine privatwirtschaftliche Regelung.

[32] *BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales*

Konzentration der Zuständigkeit auf einen Träger

Vorteile einer Reha aus einer Hand sind: Durchgängigkeit der Prozesse, koordinierter Mitteleinsatz, wirtschaftliche Gesamtbetrachtung möglich, keine unterschiedlichen Leistungen (s. SGB II), hohe Fachkompetenz.

Die Nachteile sind: Keine Belebung durch Wettbewerb, ggf. einseitige Sicht, alle bekannten Nachteile von Monopolisten.

Prämienkonzept

Die Prämienbemessung ist schwierig wegen der unterschiedlichen regionalen Arbeitsmärkte sowie der unterschiedlichen Behinderungsarten/ -grade.

Für Prämien spricht: Der Erfolg wird honoriert, daraus folgt eine stringente Ausrichtung auf Effektivität und Effizienz.

Gegen Prämien spricht: LTA-Erbringer müssen in Vorleistung gehen. Dies ist wirtschaftlich problematisch bei leeren Kassen und schlechter Wirtschaftskonjunktur. Insolvenzen könnten die Folge sein. Rehabilitanden/-innen mit großen Vermittlungshemmnissen könnten auf der Strecke bleiben, da »Leistungsträger« in Unternehmen bevorzugt werden (Bestenauswahl).

Umgekehrt: Nachdem den BFW nur noch Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen zugewiesen werden, droht die Reduzierung auf eine kurzfristige Erfolgsbetrachtung in Bezug auf die schnelle Integration (schließlich müsste ja zeitlich überschaubar abgerechnet werden und im Einklang mit den jeweiligen Haushalten der Kostenträger).

Eine solide Ausbildung als Grundlage für gesellschaftliche und vor allem nachhaltige Integration (wer bewertet dies monetär?) wird als Zielkriterium abgewertet (zertifizierter Kammerabschluss als Umschulungs-/Ausbildungserfolg).

Interne Strukturen

Peters ist seit einigen Jahren dabei, Arbeitsbereiche in Prozessen zu definieren und zu leben, sowie eine Matrixorganisation und das Führungsprinzip des »Management by objectives« umzusetzen.

Entwicklung im Ausland

Kooperation mit dem BBRZ in Linz sowie Teilnahme an europäische Ausschreibungen.

Supported Employment, Privatisierung von Leistungserbringern, Disability Management, Adaption von Best-Practice-Modellen

Änderung der Leistungsgesetze

Leistungsgesetze sollten generell seltener geändert werden. Eine Vereinheitlichung ist notwendig sowie flexible Regelungsmöglichkeiten für den Einzelfall. Ideal wäre, das SGB IX als alleiniges Reha-Gesetz zu definieren.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Wissenschaftliche Konzepte und Standards

Eine wissenschaftliche Begleitung neuer Angebote ist sinnvoll. Bildungsforschung ist mittlerweile wichtiger Bestandteil der Strategiearbeit in den Einrichtungen.

Notwendige Forschungsthemen

Relevante Forschungsthemen sind:

- gesundheitliche Entwicklung der Arbeitsbevölkerung
- gesundheitliche Aspekte lebenslangen Lernens
- Übertragung von Erfahrungen integrativen Lernens auf die Qualifizierung Erwachsener
- Berufs- und Bildungsstruktur der Rehabilitanden von morgen
- Entwicklung der Anforderungen und Belastungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.
- Entwicklung des Arbeitsmarktes
- Aging Workforce
- psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Kernaussagen von Leistungserbringern der ambulanten beruflichen Rehabilitation

Zugangssteuerung

- Zur Optimierung der Schnittstellen im Reha-System sollte Case Management mit einem Rechtsanspruch versehen werden. Der Erfolg eines durchgängigen Case Management zeigt sich insbesondere bei jenen Reha-Fällen, die vor allem für die Berufsgenossenschaft betreut werden. Jenseits der Schnittstellenproblematik gewinnt Case Management in dem Maße an Bedeutung, wie individualisierte Reha-Maßnahmen stärker in den Vordergrund treten.
- Die BA kontingentiert und bewirtschaftet auch Pflichtfälle. Die Anzahl der Pflichtfälle wird offensichtlich zu Beginn des Jahres über das Controllingsystem der BA vorgegeben. An diesen Vorgaben orientieren sich die Reha-Berater. Für diese Problematik interessiert sich bedauerlicherweise niemand, auch wenn diese Verwaltungspraxis rechtswidrig ist.
- Viele Rehabilitanden, die über SGB II finanziert werden, wären prinzipiell bereits im SGB III-Bezug zu identifizieren gewesen. Bis ein Rehabilitand jedoch identifiziert ist (ganz extrem bei psychisch vorerkrankten Rehabilitanden), ist er im SGB II Leistungsbezug angekommen. Wenn die Behinderung für den Fallmanager nicht sichtbar ist, wird der Reha-Bedarf erst sehr spät erkannt. Auch Fälle der Rentenversicherung werden nicht erkannt. Die Fachlichkeit in Bezug auf Rehabilitation hat durch die Arbeitsmarktreformen bei der BA sehr gelitten. Es besteht der Eindruck, dass diese Fachlichkeit auch nicht erwünscht ist. Den Fallmanagern bei den ARGEN und Kommunen fehlt in der Regel das notwendige rehaspezifische Know-how. Entsprechende gutachterliche Stellungnahmen werden oft nicht eingeholt, was mit der Steuerungslogik in Zusammenhang steht. Dieses System bringt den einzelnen Fallmanager in »Erklärungsnöte«, wenn er »zu viele« Reha-Fälle »produziert«.
- Vor dem Hintergrund der drastischen Rückgänge der Eintritte in Wiedereingliederung findet sicherlich eine Unterversorgung aller Zielgruppen im Bereich des SGB II und SGB III statt. Davon sind in besonderer Weise Menschen mit einer Lernbehinderung oder einer psychischen Behinderung betroffen. Auch ältere Erwerbstätige sind davon betroffen, weil die Integrationschancen dieser Gruppe als eher gering bewertet werden und von zusätzlichen Maßnahmen keine grundlegende Veränderung zum Positiven erwartet wird.
- Eine Aufhebung der Kontingentierung, eine Verbesserung der Beratungsqualität und eine Verbesserung der Fachlichkeit der Fallmanager bei der BA würde zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der jetzt unterversorgten Gruppen führen. Anzustreben wäre das Know-how der Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung.
- Für die Selbstbestimmung ist die Informations- und Beratungsqualität im Zugangsverfahren von entscheidender Bedeutung. Gute Beratung ist u.a. die Grundlage für eine selbstbestimmte Entscheidung aufseiten des Antragstellers. Die Servicestellen spielen derzeit in diesem Zusammenhang keine Rolle.
- Die ICF könnte zu einer stärkeren Berücksichtigung der Kontextfaktoren führen und die Zentrierung auf medizinische Faktoren relativieren.

Durchführung

- Die Leistungserbringer der ambulanten beruflichen Rehabilitation sind nicht auf bestimmte Zielgruppen spezialisiert, sondern auf die betriebliche Rehabilitation. Alle Zielgruppen sind im Fokus. Die Schwere der Behinderungen nimmt tendenziell zu, auch in Koppelung mit Mehrfachbehinderungen. Zur leistungsauslösenden Behinderung kommen oft noch Verhaltensauffälligkeiten hinzu, die sich oft erst im Rehabilitationsverlauf als die eigentlichen Problembereiche herausstellen. Die Mehrfachbehinderungen werden in der Regel im Vorfeld nicht sauber diagnostiziert. Frauen sind oft zielorientierter, interessierter und belastbarer als Männer, wenn sie sich für Reha entschieden haben. Psychisch Vorerkrankte kommen »später« in die berufliche Reha. Längere Wartezeiten auf berufliche Rehabilitation wirken sich für diese Gruppe negativ auf die gesundheitliche Situation aus. Psychisch behinderte Menschen leiden daher besonders unter der verspäteten Identifizierung und dem Abgleiten in den SGB II-Leistungsbezug. Teilnehmer mit psychischen Problemen nehmen ohnehin generell zu.
- Der betriebliche Kontext der ambulanten Rehabilitation und die Intensität der Kooperation mit Unternehmen sind entscheidend für den erfolgreichen Übergang in Arbeit.
- Die Qualität der beruflichen Qualifikation ist ausschlaggebend für eine nachhaltige Integration. Deshalb sind kurze Maßnahmen oft nicht sinnvoll. Formale Abschlüsse werden immer seltener. Es wird nur noch eine Arbeitsplatztüchtigkeit angestrebt; eine umfassende Basisqualifizierung wird in der Regel nicht mehr finanziert. Diese Entwicklungen stehen im Widerspruch dazu, dass Unternehmen nach wie vor Wert auf formale Abschlüsse als Einstiegsqualifikation legen. Kurze Qualifikationen führen dazu, Arbeit »irgendwo« zu bekommen, die Nachhaltigkeit gerät aus dem Blick.
- Die Tendenz hin zu kurzen Qualifikationen ohne formalen Abschluss ist bei der DGUV weniger ausgeprägt. Ziel der DGUV ist es, den in der Regel noch vorhandenen Arbeitsplatz bzw. Arbeitgeber zu erhalten. Dabei ist dieser Träger zu sehr flexiblen und pragmatischen Lösungen bereit, sofern der Integrationserfolg dadurch gesichert wird.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

- Wenn im Rahmen des Reha-Vorbereitungslehrgangs der Umschulungsplatz im Betrieb gesucht wird, wird damit der Arbeitsmarkt automatisch entsprechend berücksichtigt. Obwohl derzeit z.B. Metallberufe nachgefragt werden, werden die vorhandenen Kapazitäten nicht genutzt. Regionale Gegebenheiten müssen im Vordergrund stehen und nicht großflächige Betrachtungen. Die Teilnehmerbetreuung im Betrieb ist ein sehr wertvolles Instrument, um einen Überblick über die Bedarfe der Unternehmen zu bekommen. Dafür müssen kontaktstarke Mitarbeiter gewonnen werden. Der persönliche Kontakt zum Unternehmen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor.
- Individual-Reha wird in Zukunft noch stärker in Anspruch genommen werden. Die Schwere der Behinderungen wird zunehmen, psychische Gesundheitsprobleme werden ebenfalls zunehmen. Die Ökonomisierung der sozialen Tätigkeitsfelder wird dazu führen, dass ältere Menschen (»um die 50«) mit einer Behinderung eher nicht gefördert werden.
- Die schnelle Vermittlung wird in Zukunft immer stärker im Vordergrund stehen.

- Zukunftsfest wird die berufliche Rehabilitation dann, wenn es den Leistungserbringern gelingt, einer breiten Öffentlichkeit zu vermitteln, dass berufliche Reha unverzichtbar ist für eine humane Entwicklung der Gesellschaft und für die Eingliederung behinderter Menschen in das Arbeitsleben und die Gesellschaft. Die Wertschätzung gegenüber der beruflichen Reha ist zu gering. Eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit aller Leistungserbringer wäre hier von Vorteil. Dabei müsste aber glaubhaft dargelegt werden, dass es um Hilfen für die behinderten Menschen und nicht um eigene Interessen der Leistungserbringer geht.
- Wohnortnahe Reha ist kein Wert an sich. Im Einzelfall ist zu entscheiden, was sinnvoll ist. Das soziale Umfeld ist in der Regel wichtig, aber es kann auch sein, dass ein Herauslösen aus diesem Umfeld für den Erfolg unabdingbar ist.
- Zertifizierte Abschlüsse spielen im Kontext der BA eine zunehmend geringere Rolle. Die breite Grundqualifikation (fachlich und überfachlich), die eine Berufsausbildung garantiert, ist aber die Basis für eine gewisse Flexibilität, die sich Betriebe wünschen. Spezialisieren können sie die Kenntnisse dann selbst.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

- Im Umgang mit Unternehmen kommt es darauf an, ein Vertrauensverhältnis zu schaffen. Gibt es Probleme mit einem Teilnehmer, muss der Bildungsträger sofort zur Stelle sein. Die Bildungseinrichtung kann auch bestimmte bürokratische Aufgaben übernehmen und wirtschaftliche Unterstützungsprozesse organisieren. Werden Beratungsangebote gemacht, müssen diese auch in der Praxis umgesetzt werden können. Für Rehabilitanden im Unternehmen sollten keine Sonderregelungen geschaffen werden.
- Der Dienstleistungsgedanke ist unabdingbar für den Umgang mit Unternehmen.
- Es werden keine neuen Koordinierungsstrukturen gebraucht. Das BMAS sollte nicht jede Kritik abschmettern, es sollte vielmehr ein vertrauensvoller Gesprächspartner sein. Mehr Abstimmung zwischen den Abteilungen II und V wäre dringend nötig. Bei der BA sind kaum noch Gesprächspartner für das Thema Rehabilitation vorhanden. Gemeinsame konzeptionelle Entwicklungen mit BA-Mitarbeitern sind nicht mehr möglich. Es fehlt an Kommunikationsplattformen insbesondere in den Kontexten SGB II und III.
- Die Konzentration auf einen Reha-Träger wäre attraktiv, scheint aber unrealistisch, auch weil dadurch wieder eine neue Behörde geschaffen werden müsste. Neue Behörden werden aber nicht benötigt, die Fachlichkeit der bestehenden Strukturen sollte vielmehr gesichert und gestützt werden. Pflichtleistungen sollten definiert und mit entsprechenden Ressourcen hinterlegt werden. Es fehlt weniger an neuen Gesetzen, sondern an deren konsequenter, fachorientierter Umsetzung. Neue Strukturen schaffen neue Probleme.
- Prämienmodelle dienen nicht der Steigerung der Integrationsleistung, sondern der Abstrafung der »Nichtintegrationsleistung«. Eine Reduzierung der Grundvergütung, die dann durch ein Prämienmodell kompensiert werden kann, bietet keinen wirklichen Anreiz. Prämien müssen einen echten Anreiz bieten und zu zusätzlichen Einnahmen führen.
- Individual-Reha erfordert interne Strukturanpassungen und einen höheren Personalaufwand.

- Gemeinwesenorientierung und Regionalisierung der Rehabilitation wird in Zukunft stärker werden (Beispiel Skandinavien) – individuellere Betreuung in kleineren und weniger hierarchischen Einheiten. Die Interessen der Betroffenen sollten in diesen Einheiten im Vordergrund stehen. Diese Einheiten sollten relativ unabhängig agieren können und nicht in großen Bürokratien aufgehen.
- Wird ein Rehabilitand nicht im SGB III Kontext erkannt, sondern erst später im SGB II Bereich, sollte die Reha-Kosten der SGB III-Träger tragen müssen.
- Die Fortbildung der Beratungskräfte ist notwendig.
- Es sollte geklärt werden, ob die Ausschreibung von Reha-Maßnahmen rechtmäßig ist.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

- Die Fortbildung der Mitarbeiter ist wichtig, um gewisse Standards zu gewährleisten. Die fachwissenschaftliche Ausbildung der Reha-Fachkräfte ist ebenfalls wichtig.
- Die Ausschreibungspraxis der BA konterkariert das Arbeiten mit wissenschaftlich fundierten Konzepten.
- Wirkungsanalysen untermauern die Qualität der beruflichen Rehabilitation. Derzeit fehlt eine Gesamtschau. Eine Langzeitstudie zur volkswirtschaftlichen Bedeutung von beruflicher Rehabilitation wäre deshalb sinnvoll.

Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren

Zugangssteuerung

Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation

Die Qualität des Übergangs zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation hängt oft vom Engagement einzelner Personen ab. Der Übergang ist nicht sehr institutionalisiert. Hinzu kommt, dass Fragen der beruflichen Rehabilitation im Kontext der medizinischen Behandlung nicht sehr intensiv thematisiert werden. Wünschenswert wäre, wenn Fragen der beruflichen Rehabilitation nicht nur ein Thema für die mal vorhandenen, mal nicht vorhandenen sozialen Dienste in den Kliniken, Tageskliniken und Reha-Einrichtungen wären. Das Thema berufliche Integration müsste stattdessen stärker Teil der Behandlung und Teil der Aufgabe der Mediziner werden.

Die BTZ versuchen, in ihrem jeweiligen regionalen Umfeld eine enge Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten der Kliniken zu erreichen, um so schon während der Behandlungsphase den Blick der Patienten nach vorne und in Richtung auf Teilhabe am Arbeitsleben zu lenken.

Problematisch in der Zusammenarbeit ist, dass Informationen und Daten, die von Seiten der medizinischen Rehabilitation in die berufliche Rehabilitation gelangen, oft wenig aussagefähig sind im Hinblick auf die berufliche Leistungsfähigkeit und die konkreten Funktionseinschränkungen, die durch die psychischen und somatischen Erkrankungen entstehen. Wünschenswert wäre eine gemeinsame, aussagefähige »Sprache«, wie sie die ICF anstrebt. Dies wird eine der wesentlichen Funktionen der ICF sein, wenn sie handhabbar auch für den Bereich der beruflichen Teilhabe umgesetzt worden ist.

Zugangssteuerung durch die Leistungsträger

In den letzten Jahren ist zu beobachten, dass vor allem im Bereich der SBG III- und SGB II-Träger die unterschiedlichen Bedarfe an Teilhabeleistungen für unterschiedliche Zielgruppen verwässert werden. Die Unterscheidung der Zielgruppen im §102 (Absatz 1, Ziffern 1a zu 1b) bedarf dringend einer Operationalisierung. Es ist deutlich sichtbar, dass immer wieder Angebote durch die BA und die SBG II-Träger entwickelt werden, in denen aus Kostengründen der Personenkreis, der in 1a beschrieben ist, in einer »sonstigen« Maßnahme versorgt wird. Die dabei von der Bundesagentur verfolgte Ausschreibungspolitik ist im Hinblick auf die Qualität der Leistungen aus unserer Sicht überaus bedenklich. Reha-Leistungen sollten nicht ausgeschrieben werden, da trotz der erkennbaren Anstrengungen der BA, diesen Prozess zu reformieren, oft immer noch der Preis und nicht die Qualität den Ausschlag gibt.

Zugangshürden

Der Zugang zum System der beruflichen Teilhabe ist für die Zielgruppe der BTZ mit vielen Hürden versehen. Die psychische Erkrankung ist oft mit einer persönlichen Verunsicherung und einem Mangel an Selbstbewusstsein verbunden. Vor diesem Hintergrund ist der Weg von der medizinischen Rehabilitation über das Kundenzentrum einer Agentur für Arbeit zum zuständigen Reha-Berater und schließlich in die berufliche Rehabilitation schwer zu durch-

schauen und zu bewältigen. Analog gilt dies auch für die Zugangswege der anderen Leistungsträger, insbesondere bei den SGB II Trägern. Das Auseinanderdriften der unterschiedlichen Trägersysteme der beruflichen Teilhabe ist ebenfalls nicht unproblematisch. Die unterschiedlichen Zugangswege und Unterschiede im Leistungskatalog sind für die Betroffenen (manchmal auch für die Fachleute) kaum zu durchschauen. Die im SGB IX vorgesehenen trägerübergreifenden Servicestellen spielen wohl auch aus diesem Grund kaum eine Rolle im Zugangsprozess.

Die frühzeitige Installation eines Case Managers bereits in der Akut-Phase, spätestens beim Übergang von der medizinischen in die berufliche Reha, könnte für den Einzelnen in diesem Prozess hilfreich sein.

Bedarfsgerechtes Leistungsangebot

Auf der einen Seite ist eine enorme Zunahme von psychischen Erkrankungen festzustellen, die zu großen Problemen auch in den Unternehmen geführt haben. Auf der anderen Seite ist ein Ausbau der Angebote der BTZ faktisch gestoppt worden. Dies hat dazu geführt, dass es in vielen BTZ Wartezeiten von mehr als sechs Monaten gibt.

Eine Unterversorgung ist auch im Bereich von Teilzeit-Reha-Angeboten und Zuverdienstarbeitsplätzen festzustellen, da Vollzeitmaßnahmen für eine größere Gruppe von psychisch kranken Menschen eine Überforderung darstellen.

Selbstbestimmen und Selbstverantwortung

Die betroffenen psychisch behinderten Menschen soweit wie möglich in die Planung und Durchführung des Rehabilitationsprozesses einzubinden, ist selbstverständlich. Deshalb ist der Teilnehmer in den BTZ vom Erstkontakt bis zur Weiterbetreuung aktiver Partner im Prozess der Rehabilitation. Es muss jedoch dabei berücksichtigt werden, dass oft Erkrankungs- bzw. Behinderungsauswirkungen dazu führen, dass gerade im Bereich der Selbstbestimmung und -verantwortung Einschränkungen bestehen, was auch daran deutlich wird, dass einige Teilnehmer noch gesetzlich betreut werden. Das Training im BTZ zielt deshalb gerade darauf ab, diese Fähigkeiten soweit wie möglich zu stärken und eine selbstbestimmte und –verantwortliche Teilhabe zu ermöglichen.

Fraglich ist unter diesen Gesichtspunkten, ob in nennenswertem Umfang das Persönliche Budget für unsere Zielgruppe sinnvoll ist. Die Komplexleistung, die BTZ anbieten, kann nicht wegen des Anspruchs der weitgehenden Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Einzelleistungen segmentiert und nach Wunsch und Wahl des Rehabilitanden »gebucht« oder »nicht gebucht« werden (z.B. EDV-Training ja, Gespräch mit Sozialpädagogen nein, Training in der Einrichtung ja, Praktikum nein …).

Durchführung

Die BTZ sind Spezialeinrichtungen für Menschen nach psychischen Erkrankungen. In der Regel verfügen die BTZ Teilnehmer über eine Berufsausbildung und Berufserfahrung. Im Zentrum der Arbeit steht deshalb das Ziel, eine individuell passende Nische auf dem Arbeitsmarkt zu finden, fachlich, sozial und zeitlich. Psychisch behinderte Menschen sind von den Entwicklungen am Arbeitsmarkt in mehrfacher Hinsicht besonders betroffen: Die Ten-

denz zu kürzeren, häufig wechselnden Arbeitsstellen, die Zunahme an Leiharbeit und Minijobs, der (drohende) Arbeitsplatzverlust durch die Zunahme an Insolvenzen, das »rauere« Klima an den Arbeitsstellen usw. bedeuten für sie besondere Belastungen, die Auswirkungen auf die gesundheitliche Stabilität haben. Die weiterhin vorhandene Stigmatisierung und die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Behinderungen erschweren den Übergang in Beschäftigung. Hier wären flexiblere Strukturen in den Unternehmen und eine stärker am Einzelfall ausgerichtete Förderung der Eingliederung (Lohnkostenförderung) notwendig.

Die Tendenz, Reha-Prozesse immer stärker zu modularisieren und zu verkürzen, ist für die Zielgruppe der BTZ als sehr problematisch zu bewerten. Die sozialen und persönlichen Veränderungsprozesse bei psychisch kranken Menschen brauchen Zeit. Müssen sich die betroffenen Menschen zu stark an unter Kostengesichtspunkten bemessene Maßnahme- und Trainingsdauern anpassen, ist der nachhaltige Rehabilitationserfolg gefährdet.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Änderungen bei unserer Klientel sind seit längerem zu beobachten. Die Teilnehmer sind in ihrem Leistungsvermögen zunehmend stärker eingeschränkt, leiden unter komorbiden psychischen Störungen und zusätzlichen somatischen Einschränkungen. Damit sind die Wahlmöglichkeiten und beruflichen Perspektiven deutlich vermindert.

Der Grundsatz der wohnortnahen Rehabilitation ist prinzipiell zu begrüßen und zu unterstützen. Sie ist allein deshalb schon sinnvoll, da ambulante, wohnortnahe Angebote eine alltagsnähere und damit bessere Chance auf Veränderung und unter Berücksichtigung des lokalen Arbeitsmarktes eine nachhaltigere Integration in den Arbeitsmarkt bieten können. BTZ sind regionale Einrichtungen mit einem wohnortnahen Angebot. Die weitaus meisten Teilnehmer in Ballungszentren können täglich zwischen Wohnort und BTZ pendeln. Ist das, wie in Flächenländern, nicht möglich, werden Wohnmöglichkeiten vorgehalten, die die Teilnehmer weitestgehend eigenverantwortlich nutzen. Mobilität ist auch für behinderte Menschen ein Vermittlungsvorteil. Wer als behinderter Mensch mobil ist, sollte diesen Vorteil auch während der Rehabilitation nutzen können. Wenn er also z.B. wegen eines zertifizierbaren Abschlusses auf ein überregionales Angebot zugreift, ist das sicher positiv zu bewerten.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Von der Entwicklung des Arbeitsmarktes hängen natürlich auch die Integrationschancen behinderter Menschen ab. Es wird Aufgabe des Gesetzgebers sein, günstige Rahmenbedingungen für eine Inklusion behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt zu schaffen. Ob dabei die Senkung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und die vorgenommenen Änderungen bei der Behindertenquote und der Ausgleichsabgabe hilfreich sind, bezweifeln wir.

Dem bereits angesprochenen Auseinanderdriften der unterschiedlichen Trägersysteme in Bezug auf Zugangswege und -voraussetzungen sowie im Leistungskatalog ist entgegenzuwirken. Benötigt wird aus unserer Sicht im Prinzip wieder etwas Ähnliches wie das »Reha-Angleichungsgesetz«. Hier könnte »berufliche Reha aus einer Hand« unter bestimmten Voraussetzungen ein Alternativmodell sein.

Eine »Monopolisierung« kann jedoch auch Probleme mit sich bringen. Bereits jetzt fehlt im System eine trägerunabhängige Instanz für Qualitätsstandards und daraus abzuleitende

Kostensätze. Auch die Feststellung des Platzbedarfes sollte von einer trägerunabhängigen Kommission ermittelt werden. Die Träger orientieren sich bei ihren Planungen weniger am konkreten Bedarf, sondern an den Budgets für Rehabilitation. Das BMAS sollte in diesem Kontext stärker aktiv werden.

Die vorhandenen BTZ Kapazitäten sollten dem Bedarf angepasst, d.h. ausgebaut werden.

Berufliche Rehabilitation muss von der Politik stärker als Gestaltungsfeld wahrgenommen werden. Dazu sollte RehaFutur beitragen.

Innerhalb des Systems sollte der Dialog der Akteure intensiviert werden. Es ist mehr Austausch und Abstimmung über die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rehabilitation notwendig.

Prämienmodelle sind in Bezug auf das BTZ-Angebot nur bedingt tauglich. Ihre Bewertung hängt nicht unerheblich von ihren konkreten Bedingungen ab. BTZ haben von Anfang an primär die Integration in den Arbeitsmarkt zum Ziel. An den dabei erreichten Erfolgen bemisst sich die generelle Bewertung der BTZ durch die Leistungsträger und damit ihre Zukunft. Trotzdem ist die Integration in den Arbeitsmarkt nicht das einzige Ziel. Für viele Teilnehmer gilt es, eine insgesamt die Auswirkungen der Behinderung berücksichtigende Perspektive zu entwickeln. Da, wo eine Integration in den Arbeitsmarkt behinderungsbedingt nicht gelingen kann, müssen Alternativen für eine inklusive Teilhabe an der Gesellschaft entwickelt werden. Dies würde ein solches Prämienmodell kaum ausreichend berücksichtigen.

Vom Grundsatz her ist das SGB IX ein modernes und zukunftsweisendes Gesetz, das leider ein eher »zahnloser Tiger« ist. In der Praxis hebeln sich die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher oft gegenseitig aus. Hier bedürfte es einer Stärkung der Umsetzung der Paradigmen des SGB IX durch den Gesetzgeber. Insbesondere sind aus unserer Sicht die §§35 SGB IX und 102 SGB III zu präzisieren und zu operationalisieren. Es muss klar sein, dass qualitativ hochwertige Teilhabeleistungen für behinderte Menschen nicht einem irgendwie gearteten »Marktgeschehen« unterworfen sein können. Hochwertige Angebote können nur von Leistungserbringern vorgehalten werden, die über hohe Qualitätsstandards verfügen und entsprechend ausgebildete und erfahrene Mitarbeiter haben.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Über die universitären Ausbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der BTZ fließen wissenschaftliche Konzepte in die Arbeit der BTZ ein.

Die BTZ Gruppe hat wenig Ressourcen für systematische Forschung. Zur Erfolgsbeobachtung ist eine Untersuchung beim Institut für empirische Soziologie (ifes), Nürnberg, in Auftrag gegeben worden. Daten zum Verbleib der Teilnehmer werden gemeinsam gesammelt und ausgewertet.

Zu folgenden Themen sollte intensiver geforscht werden: Zielgruppendefinition, ADHS im Erwachsenenalter, Wirkungsanalyse unterschiedlicher Sozialtrainings, Umsetzung des ICF im Bereich der beruflichen Teilhabe.

Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK

Zugangssteuerung

Maßnahmen im Übergang von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation

Um den besonderen Bedürfnissen von psychisch kranken Menschen in der Rehabilitation gerecht zu werden, werden in RPK-Einrichtungen medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen als Leistungskomplex »aus einem Guss« unter einem Dach der Einrichtung angeboten. Wichtige strukturelle Voraussetzungen hierfür sind:

- ein einheitlicher Tagessatz für medizinische und berufliche Rehabilitation,
- die Federführung eines zuständigen Leistungsträgers,
- die Möglichkeit, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben schon vor Abschluss der medizinischen Rehabilitation zu beantragen und zu bewilligen, um Nahtlosigkeit zu gewährleisten,
- eine regionale Arbeitsweise,
- Zugangs- und Belegungssteuerung über die Einrichtung.

Dies ist auf der Grundlage der RPK-Empfehlungsvereinbarung organisatorisch und strukturell seit über 20 Jahren möglich und sicher auch übertragbar auf andere Indikationsbereiche. Für eine Vernetzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation mit unterschiedlichen Einrichtungen ist hilfreich:

- eine regionale Arbeitsweise mit festen Kooperationsverträgen
- gemeinsame Clearing-Teams
- gemeinsame Fachausschusssitzungen von Leistungsträgern und Leistungserbringern (»runder Tisch«)
- Finanzierung von beruflichen Leistungen im Verlauf der medizinischen Rehabilitation, um den Übergang vorzubereiten.

Dieser Rahmen ermöglicht:

- personenzentrierte, individuell maßgeschneiderte Maßnahmen sowohl inhaltlich wie auch zeitlich
- notwendige Flexibilität entsprechend dem individuellen Bedarf im Rehabilitationsprozess herzustellen.

Auswirkungen von finanziellen Begrenzungen auf Reha-Leistungen

Verzögerungen und Ablehnungen von notwendigen Rehabilitationsleistungen führen zu höheren Kosten mit Bindung von gegenseitigen Personal- und Zeitressourcen sowie einem Rückgang der erreichten Stabilität von Maßnahmeteilnehmern. Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig nicht ohne Weiteres in der Lage, ihre Rechtsansprüche zu verteidigen, sondern erleiden dann Rückfälle, was wiederum umfangreichere Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen in der Folge notwendig macht.

Unter-/überversorgte Zielgruppen

Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen benötigen wohnortnahe, multiprofessionell arbeitende medizinisch-berufliche RPK-Angebote. Für die Zielgruppe der Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen besteht nach wie vor kein flächendeckendes Angebot der medizinisch-beruflichen Rehabilitation RPK in der Bundesrepublik. Beispiel: Berlin

Im Bereich des SGB II scheint es einen Anteil von zurzeit noch nicht ausreichend behandelten psychisch kranken Menschen zu geben, die in allgemeinen Integrationsmaßnahmen fehl platziert und überfordert sind.

Ebenso beobachten wir eine starke Nachfrage nach Angeboten für junge psychisch kranke Menschen, die sowohl pädagogische wie auch jugendpsychiatrische Hilfen und Fachkompetenz »aus einer Hand« benötigen.

Wohnortferne, stationäre berufliche Rehabilitationsangebote sind generell für Zielgruppen wie alleinerziehende Frauen, Eltern oder Menschen mit zu pflegenden Angehörigen nicht geeignet.

Eine Überversorgung bestimmter Zielgruppen ist uns bisher nicht bekannt.

Es besteht allerdings eine Diskrepanz zwischen den medizinischen Rehabilitationsangeboten für psychosomatisch Erkrankte und den anschließenden beruflichen Rehabilitationsangeboten. Diese sind nicht nahtlos miteinander verknüpft, was häufig zu einer Verschlechterung der Rehabilitationsergebnisse der medizinischen Rehabilitation für diese Zielgruppe führt.

Bedarfsgerechte Versorgung für alle Zielgruppen

Regionale Steuerung der Angebote der beruflichen Rehabilitation (ohne Ausschreibung!) sowie fach- und leistungsträgerübergreifende Leistungserbringung (komplexe Antworten auf komplexe Probleme).

Selbstverantwortung im Reha-Prozess

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind bereits vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durch Wahlmöglichkeiten in der jeweiligen Region vor Ort herzustellen.

Im Reha-Prozess ist eine permanente Abstimmung mit dem Betroffenen notwendig. Hilfreich hierfür sind individuelle Reha-Pläne nach standardisierten Vorlagen, die vom Leistungsempfänger gegengezeichnet werden.

Es gilt inzwischen als wissenschaftlich erwiesen, dass das Verfolgen selbstbestimmter Rehabilitationsziele den Rehabilitationserfolg erheblich vergrößert.

Individuelle Ausrichtung des Reha-Prozesses

Über eine Orientierung an der ICF ist insbesondere im Bereich der Teilhabe die systematische Orientierung an den individuellen Lebens- und Rehabilitationszielen der Person gewährleistet. Assessments sollten wissenschaftlichen Standards entsprechen und auf die ICF Anforderungen abgestimmt sein.

Im psychiatrischen Bereich ist es besonders wichtig, dass die erhobenen Informationen und Daten realitätsnahe Ergebnisse liefern und den häufig komplexen psychodynamischen und subjektiven Prozessen gerecht werden. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen die konkreten Bedingungen vor Ort immer mitbedacht werden, da sie erheblichen Einfluss auf ihre Fähigkeiten haben können. Ebenso sind ausreichend lange Erprobungszeiten notwendig, um auswertbare Ergebnisse zu bekommen. Insofern sind standardisierten Verfahren in diesem Bereich Grenzen gesetzt.

Durchführung

Besonderheiten des Personenkreises der Menschen mit psychischen Erkrankungen

Hier sind häufig personenzentriert langfristige Hilfen notwendig, die laufend an krankheitsbedingte Veränderungen angepasst werden, um den Erfolg beruflicher Rehabilitation sicher zu stellen. Personenkontinuität und multiprofessionelle Fachkompetenz sind unabdingbar. Lebensfeldnahe Hilfen sind in der Regel zu bevorzugen.

Eine frühzeitige Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei langfristigem Coaching scheint sich inzwischen wissenschaftlich bewährt zu haben. Nur bei Sicherstellung der notwendigen finanziellen Ressourcen ist eine langfristige Integration in den Arbeitsmarkt erfolgreich (ausreichende Reha-Zeiten, Nachsorge).

Berücksichtigung der Beschäftigungsmöglichkeiten des Arbeitsmarktes

Je früher und langfristiger die Rehabilitationsmaßnahme schon auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt stattfindet, umso größer sind die Chancen eines dauerhaften Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Basisdokumentation der BAG-RPK hat gezeigt, dass das betriebliche Praktikum das wesentliche Instrument ist, um Integrationschancen für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zu erreichen. Dies muss unter längerfristig medizinisch-therapeutischer Begleitung eines multiprofessionellen Teams erfolgen.

Vorrang von Kurzmaßnahmen in beruflicher Reha

Dies muss grundsätzlich individuell beantwortet werden. Es gibt Menschen mit psychischen Erkrankungen, für die die Hürde einer Umschulung zu hoch ist.

Allzu großer Rehabilitationsdruck aufgrund kurzer Rehabilitationszeiten ist auf der anderen Seite für die meisten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ungünstig und stellt den Rehabilitationserfolg von vornherein infrage. Die langfristigen Integrationschancen sind sicher mit abgeschlossener Ausbildung/Umschulung größer. Volkswirtschaftlich lohnt es sich, in die Ausbildung auch von älteren Arbeitnehmern zu investieren.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Einfluss von Arbeitsmarktentwicklungen

Rehabilitationsmaßnahmen sollten von vornherein so eng mit dem Arbeitsmarkt vor Ort verknüpft werden, dass das Rehabilitationsangebot auch entsprechend dem Bedarf des Arbeitsmarktes angepasst werden kann. Daneben ist dies aber auch nur erfolgversprechend,

wenn die individuellen Neigungen und Ziele der Klienten in die Rehabilitationsplanung eingeschlossen werden.

Zukünftiges Klientel

Zunahme von Menschen mit komorbiden Erkrankungsbildern, Zunahme von jüngerem Klientel und Zunahme von früher Rehabilitation vor Ort im Betrieb bei noch vorhandenem Arbeitsplatz.

Zukünftiger Bedarf an beruflicher Reha

Der Bedarf wird/sollte (!) zunehmen. Berufliche Rehabilitation lohnt sich auch mit 50. Frühzeitige Dauerberentung kann verheerend sein. Volkswirtschaftlich geht Fachkompetenz verloren. Hier ist in vielen Bereichen noch Entwicklungsbedarf, z.B. bei Lehrern.

Die Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation wird in allen Bereichen zukünftig eine größere Rolle einnehmen.

Zukunftsfeste berufliche Reha

Wichtig ist eine regionale Vernetzung der Leistungserbringer (leistungsträgerübergreifende Projekte, systematische Verknüpfung mit dem regionalen Arbeitsmarkt)

Wohnortnahe Rehabilitation

Wohnortnahe Rehabilitation erleichtert die Verbindung zum anschließenden Arbeitsmarkt. Aus personenzentrierter Sichtweise ist eine wohnortnahe Rehabilitation in der Regel erforderlich, um die notwendigen sozialen Lebensbezüge aufrecht zu erhalten und die Ergebnisse der Rehabilitation in den persönlichen Alltag umzusetzen. Die RPK-Empfehlungsvereinbarung schreibt in ihrer Neufassung diesen Vorrang von wohnortnaher Rehabilitation fest.

Daneben wird es aber auch zukünftig notwendig sein, für bestimmte Personengruppen wohnortferne Rehabilitationsmöglichkeiten vorzuhalten, wenn aus therapeutischer Sicht der räumliche Abstand vom bisherigen häuslichen Umfeld notwendig ist oder hoch spezialisierte Angebote regional nicht umsetzbar sind.

Natürlich müssen sich Rehabilitanden bestmöglich qualifiziert der Konkurrenz stellen können. Hierfür sind dann je nach Bereich auch zertifizierte Abschlüsse von Vorteil.

Bei der Vermittlung in Betriebe spielt die Frage von zertifizierten Abschlüssen nach unseren praktischen Erfahrungen eine untergeordnete Rolle. Entscheidend ist die Leistungsbeurteilung und Bewährung »vor Ort« am Arbeitsplatz.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Einbindung von Unternehmen

Unternehmen können über regional arbeitende berufliche Reha-Einrichtungen in Form von betrieblichen Praktika während der Rehabilitationsmaßnahme oder einer betrieblichen Ausbildung eingebunden werden.

Das betriebliche Eingliederungsmanagement bietet wichtige Zugänge zu Unternehmen, um dort frühzeitig medizinische und berufliche Rehabilitationsmöglichkeiten vor Ort anzubieten. Hier besteht erheblicher Entwicklungsbedarf.

Perspektive: Bildung von regionalen Netzwerken

Vermittlung von Personal aus der beruflichen Reha an Unternehmen

Eine enge Verzahnung von beruflicher Rehabilitation und Unternehmen ist auch in diesem Bereich natürlich sinnvoll. Reha-Einrichtungen können qualifizierte Aussagen über Leistungsprofile abgeben.

Koordinierungsfunktion des BMAS

Sicherstellung der Umsetzung der Vorgaben des SGB IX sowie Initiierung von regionalen Schnittstellengremien (AA, DRV-B, DRV-R, Sozialhilfe, Jobcenter).

Konzentration der Zuständigkeiten auf einen Reha-Träger

Vorteil einer beruflichen Reha aus einer Hand: Weniger Schnittstellenprobleme und größere Transparenz für Betroffene. Mögliche Nachteile: Die Größe von Leistungsträgern zeigt aus unserer Erfahrung bisher eher Nachteile für Versicherte und Leistungserbringer (Eigendynamik: je größer, umso schwieriger ist es, verlässliche Kooperationsbeziehungen aufzubauen). Weitere Nachteile: Wenn durch einen einzigen Reha-Träger eventuell individuelle Reha-Ansprüche verloren gehen, z. B. bei fehlender Arbeitsvorerfahrung; Wegfall spezifischer Kompetenzen von Rehabilitationsträgern.

Die Erfahrung konnte kürzlich bei der Umsetzung vom SGB II gemacht werden, wo durch eine neue Zuständigkeit Kompetenzen im Bereich der beruflichen Rehabilitation im großen Umfang verloren gegangen sind.

Bei der Rentenversicherung besteht strukturell ein weitreichendes Wissen über medizinische und berufliche Zusammenhänge. Dies könnte z. B. bei einer Konzentration auf die Bundesagentur für Arbeit verloren gehen.

Prämien für Vermittlung

Für ein Prämienkonzept könnte theoretisch eine stärkere Vermittlungsorientierung der Leistungserbringer sprechen. Gegen ein Prämienkonzept spricht, dass die kurzfristigen Erfolge zu Lasten langfristiger Integrationserfolge gehen. Eine große Gefahr von Prämienkonzepten ist, dass Menschen mit erheblichen Einschränkungen und Vermittlungshemmnissen nicht mehr ausreichend in Maßnahmen aufgenommen werden können, da sie die wirtschaftliche Existenz der Leistungserbringer gefährden.

Interne Strukturveränderungen

Als flexible individuell ausgerichtete regional vernetzte Einrichtungen sehen wir uns den künftigen Herausforderungen gut gewachsen.

Markante Entwicklungen aus dem Ausland

Die Konzepte des Supported Employment aus den USA und der Schweiz haben schon jetzt die Entwicklung der beruflichen Rehabilitationsangebote in RPK-Einrichtungen beeinflusst.

Änderung von Leistungsgesetzen

Günstig wäre eine unbürokratische kurzfristige Leistungserbringung mit späterer Zuständigkeitsklärung und ggf. Rückerstattung. Theoretisch wäre dies allerdings schon heute auf Grundlage von SGB IX möglich.

Vorrangig geht es aus unserer Sicht um konsequenteres Umsetzen von vorhandenen gesetzlichen Vorgaben, wie Zuständigkeitsklärung nach § 14 SGB IX, oder Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen nach § 9 SGB IX.

Übergänge und Schnittstellen von SGB II und SGB XII sind nach wie vor für Menschen mit psychischen Erkrankungen unbefriedigend gelöst. Hier ist fraglich, ob es verbesserte neue Leistungsgesetze geben muss oder ob auch hier die verbesserte Umsetzung von rechtlichen Möglichkeiten ausreichen würde.

Die Förderung von Teilerwerbsfähigkeit als eine Aufgabe der beruflichen Rehabilitation sollte ausdrücklich in die Leistungsgesetze aufgenommen werden. Die einseitige Ausrichtung auf Vollerwerbsfähigkeit und -tätigkeit ist weder zeitgemäß noch therapeutisch sinnvoll.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Evidenzbasierte Konzepte

Die BAG-RPK evaluiert laufend die Prozesse, die Rehabilitationsergebnisse sowie die Nachhaltigkeit der Erfolge über eine Katamnese. Die BAG-RPK erarbeitet zurzeit mit deutschsprachigen Kollegen aus dem Ausland Leitlinien für die psychiatrische Rehabilitation, die evidenzbasierte Grundlagen für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen zur Verfügung stellen werden.

Dringender Forschungsbedarf

Ausbau der Begleitevaluation bestehender Angebote, z.B. RPK, diese werden bisher nicht finanziert.

Untersuchung von therapeutischen Wirkfaktoren in der psychiatrischen Rehabilitation der RPK, hier insbesondere unter Berücksichtigung qualitativer Forschungsverfahren.

Untersuchung der Maßnahmeabbrecher, um Rehabilitationskonzepte dem Bedarf anzupassen für das Klientel, das bisher nur unzureichend versorgt wird.

Perspektiven von Arbeitsrehabilitation (Erkennen und Förderung von spezifischen Fähigkeiten und Problemen): Wer benötigt welche Maßnahmen, und welche personalen Ressourcen sind hierfür notwendig?

Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen

Zugangssteuerung

Langzeitarbeitslose mit psychischen Gesundheitsproblemen werden im Rechtskreis SGB II schlecht erreicht. Viele dieser Personen sind »unterversorgt«. Es fehlen für diese Personengruppe Angebote mit Assessment-, Beratungs- und Erprobungsanteilen. Die SGB II-Fallmanager sind häufig mit dieser Gruppe überfordert und haben für sie nur wenige passende Angebote/Maßnahmen.

Formal ist diese Personengruppe im Sinne der SGB II Definition zwar erwerbsfähig, dennoch ist sie kaum arbeitsfähig und ausgesprochen schwer zu vermitteln, da die Problemlagen vielfältig sind und sich häufig bereits verfestigt haben.

Intensivere Kooperationen zwischen der ARGE und den Leistungserbringern bezüglich entsprechender Klärungs-, Orientierungs- und Förderangebote sind notwendig.

Angesichts der großen Zahl behinderter SGB-II-Bezieher ist es erforderlich, dass auch SGB-II-Träger über Fachteams mit Reha-Kompetenz verfügen. Andernfalls sind diese Träger nicht hinreichend in der Lage, Reha-Bedarfe zu identifizieren und die geeigneten SGB-III-Maßnahmen vorzuschlagen und einzuleiten.

Bestehende Angebote sind häufig zu wenig am individuellen Hilfebedarf orientiert. Die Fallmanager haben meist nur die Wahl, die Hilfeempfänger angebotsorientiert zuzuordnen. Dies ist bei langzeitarbeitlosen Menschen mit einer mehr oder weniger offensichtlichen psychischen Erkrankung oft nicht möglich. Die Folge ist, dass die Menschen nicht wirklich passende Angebote bekommen und eine größere Nähe zu den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht erreicht werden kann.

Durchführung

Generell ist festzustellen, dass Teilzeitangebote fehlen. Das Wahrnehmen von Reha-Angeboten ist oft nur in Vollzeit möglich. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist mehr zeitliche Flexibilität erforderlich. Fließende Übergänge von Teilzeit nach Vollzeit und umgekehrt sind notwendig.

Die BA-Politik der kurzen Maßnahmen wird dem Personenkreis psychisch erkrankter Menschen nicht gerecht.

Es fehlt außerdem an individuellen Betreuungsmöglichkeiten nach einer erfolgreichen Vermittlung, die besonders in den ersten Monaten wichtig ist, in manchen Fällen aber auch über einen langen Zeitraum aufrecht erhalten werden muss.

Dass der Verbleib in der Integrationsfirma zeitlich nicht begrenzt ist und die Personen einen sicheren Status haben, kommt den Bedürfnissen der Betroffenen sehr entgegen. Die Personengruppe ist in der Regel auf einen dauerhaften Minderleistungsausgleich angewiesen.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Eine weitere Gruppe, die zukünftig eine größere Rolle spielen könnte, sind junge, psychisch kranke Menschen, die aktuell nicht ausbildungsfähig sind und weder auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Chance haben, noch in einer WfbM richtig aufgehoben sind. Hier fehlen wohnortnahe Angebote, die eine schrittweise Integration in den ersten Arbeitsmarkt oberhalb der »WfbM-Schwelle« ermöglichen. Hier könnte die Unterstützte Beschäftigung in Zukunft Abhilfe schaffen, sofern deren Finanzierung dauerhaft gesichert ist.

Die dauerhafte finanzielle Kompensation an den Arbeitgeber als Minderleistungsausgleich ist für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig, um überhaupt eine Chance auf Beschäftigung zu haben.

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Kooperationen mit Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes sollten verstärkt werden. Auf Basis solcher Kooperationen könnten Unternehmen auch bei der Personalrekrutierung unterstützt werden.

Verbessert werden sollten die Fördermöglichkeiten für jene Menschen, die sich zwischen den WfbM-Angeboten und dem ersten Arbeitsmarkt bewegen. Davon betroffen sind vor allem jene SGB II Langzeitarbeitslosen, die bereits seit mehreren Jahren ohne Arbeit sind und die auch bei einem wirtschaftlichen Aufschwung geringe Chancen auf dem ersten Arbeitsmarkt haben.

Wird ein dauerhafter Minderleistungsausgleich gewährt, könnten mehr Menschen in Unternehmen des ersten Arbeitsmarktes vermittelt werden.

Für die Integrationsfirmen sind weniger interne Strukturanpassungen ein Problem als die externen Märkte und die öffentlichen Förderbedingungen. Obwohl ein Bedarf an entsprechenden Arbeitsplätzen vorhanden ist, werden Neugründungen von Integrationsfirmen in vielen Bundesländern unzureichend gefördert. Die Förderpolitik unterscheidet sich zudem sehr von Bundesland zu Bundesland.

Unter geänderten Förderbedingungen könnten die Integrationsfirmen auch Arbeitsplätze für Menschen aus der WfbM zur Verfügung stellen. Diese müssten jedoch auch weiter über die Eingliederungshilfe gefördert werden. Dabei wäre darauf zu achten, dass eine Integrationsfirma sich nicht zu einer WfbM entwickelt. Die Integrationsfirmen könnten jedoch eine Brückenfunktion für den WfbM Personenkreis darstellen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob die Mittel der Ausgleichsabgabe für die Integrationshilfen (Minderleistungsausgleiche, Investitionskostenzuschüsse, besonderer Betreuungsaufwand) für Arbeitgeber, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen, künftig ausreichen.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

Forschung spielt im Kontext der Integrationsfirmen keine große Rolle. In der Modellprojektphase zwischen 1998 und 2002 sind die Integrationsfirmen evaluiert worden. Von den Integrationsämtern werden kontinuierlich Daten zur wirtschaftlichen Situation und zur Mitarbeiterstruktur der Firmen erhoben.

Dass sich eine Integrationsfirma am Markt hält und dabei eine Vielzahl von Menschen mit Behinderungen beschäftigt, ist der entscheidende »Wirkungsnachweis«.

In der Vergangenheit hat die Fachberatung für Arbeits- und Firmenprojekte (FAF) Berlin verschiedene Evaluationsstudien durchgeführt.

Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke

Zugangssteuerung

Die Zuweisung junger Menschen mit Behinderungen erfolgt in der Regel über die Reha-Berufsberater der Agenturen für Arbeit. Medizinische und psychologische Gutachten werden im Vorfeld erstellt. Unser Ziel ist es, vor allem ein Informationsnetzwerk für die Akteure des Primär- und Sekundärbereichs zu schaffen und es mit den Dienstleistungsunternehmen der medizinisch beruflichen Rehabilitation zu verknüpfen, um eine weitestgehende Qualifizierung junger Menschen mit Behinderung für eine Teilhabe am Arbeitsleben und ein selbst bestimmtes Leben zu initiieren.

Die BAG BBW setzt sich für eine Sicherung der Zugangsrechte junger Menschen mit Behinderung zu den qualifizierenden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ein. Eine objektive Identifikation der jeweiligen Zielgruppe, gemäß § 102 Abs. 1 Nr. 1, 1a SGB III, darf nicht »budgetorientiert« interpretiert werden. Wenn Art und Schwere der Behinderung umfassender Art sind, ist eine Zuweisung in Dienstleistungsunternehmen der beruflichen Rehabilitation, gemäß § 35 SGB IX, anzustreben. Die BAG BBW plädiert daher für den Einsatz standardisierter Diagnoseverfahren bereits im Sekundärbereich sowie in den Übergangssystemen. Sie plädiert für die zukünftige Einführung von internationalen Klassifikationssystemen wie das ICF der WHO.

Die BAG BBW beteiligt sich seit einigen Jahren an Forschungs- und Entwicklungsprojekten zur Anwendung eines administrierbaren Kategorisierungs- bzw. Klassifikationssystems ICF (vgl. Zielsetzung SGB IX).

Eine ausreichende Versorgung der Personengruppe junger Menschen mit Lernbehinderung oder auch seelisch/psychisch behinderter Schüler/innen in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ist für die BAG BBW auch in Zukunft von großer Bedeutung. Hier gilt es, durch Prävention die Leistungen bzw. Leistungsangebote im Primär- und Sekundärbereich zu verbessern, die Identifikation durch anerkannte standardisierte Verfahren zu optimieren (Qualität der Reha-Beratungsleistungen, der Servicestellen oder aber möglicherweise der ARGEn im Rechtskreis des SGB II). Aus der Sicht der BAG BBW gilt es ferner, ein teilnehmer- und dialogorientiertes Bildungsmanagement zu organisieren. Um der Forderung eines selbst bestimmten Lernens und Lebens zu entsprechen, kann der Reha-Prozess vereinbart und durch regelmäßige »Teilnehmer-Jour fixe« abgestimmt und gestaltet werden. Gleichzeitig steht für uns das Thema einer selbstbestimmten und -organisierten Teilhabe sowie einer Inklusion besonders im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention im Vordergrund.

Durchführung

Die TEE-Studie der Universität Hamburg zu den Neuaufnahmen in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Berufsbildungswerken zeigt einen Trend zu einer Zunahme von Kombinationen mehrerer Behinderungsarten (Doppeldiagnose). Gleichzeitig steigt der Personenkreis junger Menschen mit psychischen Behinderungen, wie auch der von Teilnehmern mit besonders auffälligen Verhaltensmustern. Dieser Trend dürfte sich auch zukünftig fortsetzen. Er kompensiert zum Teil demografische Rückgänge.

Die BAG BBW zeigt in ihrem Positionspapier deutlich die Handlungsanforderungen einer sich verändernden beruflichen Rehabilitation und zielt auf präventive Maßnahmen zur Stärkung der Beschäftigungs- und Leistungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt, die Übergänge Schule/Berufsausbildung und die Berufsausbildung bzw. das Beschäftigungssystem. Hinzuweisen ist auf integrierte berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen im Sekundarbereich I, Verzahnte Ausbildung mit Betrieben, Triale Ausbildung, Ausbildungskooperationen mit der Wirtschaft, Unterstützte Beschäftigung und die Entwicklung von modularen Bildungssystemen, sowohl in der Ausbildung als auch im Bereich des Übergangssystems für Schulabgänger/innen zwischen der WfbM und der Berufsausbildung.

Generell ist es für die BAG BBW wichtig, für jeden jungen Menschen mit Behinderung den weitestgehenden beruflichen Abschluss zu erzielen. Das Bildungskonzept der Dualen Ausbildung darf dabei nicht kontakariert werden. Auch im Fall einer Modularisierung stehen die Berufsbildungswerke für hochwertige, qualitative Standards. Eine Deregulierung der beruflichen Rehabilitation (Vergabepraxis) darf nicht zu einem Qualitätsverlust führen.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

Die Berufsbildungswerke verstehen sich als soziale Dienstleistungsunternehmen, die nachfrageorientiert sowohl die Berufswünsche und die Vorstellungen junger Menschen mit Behinderung, als auch die zukünftigen Anforderungsprofile der Industrie und Wirtschaft berücksichtigen (siehe Positionspapier). Die Berufsbildungswerke erkennen die Konstante eines dreigestuften Ausbildungssystems (a) Duale Ausbildung, b) Vollzeitschulische Ausbildung, c) Übergangssystem (siehe Anlage – indikatorengestützter Bildungsbericht). Ca. 500.000 Schulabgänger/innen befinden sich in unterschiedlichen berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen, darunter ein hoher Anteil von Abgängerinnen und Abgängern aus Förderschulen und Hauptschulen ohne formalen Bildungsabschluss sowie ein sich anschließender Personenkreis von Jugendlichen, die ohne Berufsausbildung verbleiben (ca. 1,3 Mio. der Personengruppe der 21–29-jährigen (siehe Bildungsbericht) oder ca. 15 % der 20–30-jährigen (Anmerkung nach … Kramer/BIBB, mdl. Vortrag vom 30.10.2008). Neben dem Kerngeschäft der Berufsvorbereitung und der beruflichen Erstausbildung sind die Schnittstellenprobleme durch entsprechende innovative Interventionen unseres Erachtens zukünftig völlig neu zu gestalten. Das bedeutet eine erhebliche Verbesserung präventiver Maßnahmen im Primär- und Sekundärbereich und eine erhebliche Qualifikation des Übergangssystems im postsekundären, nicht tertiären Bereich. Das bedingt, dass die zukünftige Gesetzgebung diesen veränderten Anforderungen einer dynamischen Gesellschaft folgt (Problemlage: präventive Leistungen der Versicherungsgesellschaft einerseits und der Steuerleistungen andererseits). Die »Flexibilisierung« der Leistungsangebote muss dabei den Interessen behinderter Menschen in ihrem sozialen Umfeld Rechnung tragen (UN-Behindertenrechtskonvention, Grundgesetzrechte, Allgemeines Gleichstellungsgesetz usw.). Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit einer Maßnahme sind nicht alleine von der Standortfrage (wohnortnah oder regional/überregional stationär) abhängig und folgen nicht nur dem Grundsatz der Arbeitsmarktpolitik. Der Erwerb von Bildung oder der beruflichen Erstausbildung erhöht die Chancen einer zukünftigen Arbeitsaufnahme erheblich. Gerade bei der Frage der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung sollten sich individuelle Interessen spiegeln, die möglicherweise wohnortnah nicht zu realisieren sind; umgekehrt muss geprüft werden, ob komplexe Reha-Leistungen, die ein Zugangsrecht gemäß § 102 Abs. 1 Nr. 10 nach sich ziehen, auch betriebsnah organisiert werden können. Untersucht werden sollte dabei, ob das für komplexe

Einheiten gültige Wirtschaftlichkeitsprinzip auch in ambulantisierter Form realisiert werden kann. Die Berufsbildungswerke haben sich in ihrem Positionspapier für unterschiedliche flexible Modelle ausgesprochen (vgl. Triale Ausbildung, VAmB usw.).

Weiterentwicklung der Strukturen des Reha-Systems

Die BAG BBW hat gemäß § 35 Abs. 2 das zukunftsweisende Modell einer verzahnten Ausbildung mit Betrieben (VAmB) entwickelt. Für die erste Projektphase mit der METRO-Group erhielten die Berufsbildungswerke und die METRO-Group für innovative Ausbildungsprojekte Auszeichnungen vom Deutschen Industrie- und Handelskammertag (Otto Wolff von Amerongen-Preis), vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und dem Bertelsmann Verlag (Hermann Schmidt Preis).

Die Berufsbildungswerke werden die verzahnte Ausbildung ausweiten und die Kooperationen mit den Unternehmen weiter verstärken. Die deutliche Verbesserung der Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit junger Menschen mit Behinderung ist prioritäres Ziel. Weitere Formen der Intensivierung von Unternehmenskooperationen, wie die der Trialen Ausbildung, der Unterstützten Beschäftigung bis hin zu Fragen der Modularisierung der Ausbildung bzw. der Entwicklung von modularen Bildungsangeboten für Teilnehmer und Teilnehmerinnen, zwischen Ausbildung und WfbM, entnehmen Sie bitte dem Positionspapier.

Das System der beruflichen Erstausbildung hat sich in der Vergangenheit bewährt, muss aus unserer Sicht jedoch weiter entwickelt bzw. modifiziert werden. Hier sind neben dem BMAS das BMBF (Übergangssystem Sekundarbereich I/II und Duales System), das BIBB, die Kammern und die BA zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Modells der beruflichen Reha gefordert, in ihren Gremien konsensfähige Vorschläge zu entwickeln. Dabei muss dem Bildungskonzept für den Personenkreis schwer behinderter junger Menschen eine sozialpolitisch verantwortete Struktur vorgegeben werden, die individuellen flexiblen Gestaltungserfordernissen der Gesellschaft Rechnung trägt.

Prämienmodelle zur Verbesserung der Integration oder zur Förderung der Transparenz der Vermittlungschancen können integraler Bestandteil sein. Das SGB IX bietet dafür eine gute Rechtsgrundlage, besonders mit Blick auf die Individualisierung (Paradigmenwechsel).

Die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Investitionen in qualitative Bildungs-, Beratungs- und Beschäftigungsstrukturen sowie differenzierte modulare Ausbildungsstrukturen sind in der BAG BBW Diskussionsthemen (siehe oben). Entscheidend ist, dass in den Leistungsgesetzen die differenzierten Angebote der Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation den individuellen Förderbedarf/Leistungsbedarf exakt erfassen und beschreiben und Qualitätsstandards verbindlich definiert werden. Hier gilt es, einen Wettbewerb der Bildungskonzepte zu initiieren, individuelle Finanzierungssysteme zu etablieren und einen Qualitätsverlust durch Deregulierung (Ausschreibung) zu vermeiden.

Forschung in der beruflichen Rehabilitation

In den Berufsbildungswerken werden die Leistungen der beruflichen Rehabilitation von der Arbeitserprobung und Berufsfindung in den Assessmentcentern bis hin zu den Integrationsdienstleistungen erbracht, die sich auf wissenschaftliche Konzeptionen stützen. Neben der bereits erwähnten Modifizierung der Bildungskonzepte ist vor allem an den Nahtstellen (ICF) und beim Integrationsmanagement eine Optimierung angezeigt.

Konsequenterweise setzen hier Forschungs- und Entwicklungsmodelle der Zukunft an. (1) medizinische und medizinisch-berufliche Grundlagenforschung (besonders für lernbehinderte Jugendliche oder die technische Weiterentwicklung für Körper- und Sinnesbehinderte). (2) die Berufsbildungsforschung im Bereich Reha ist aus unserer Sicht mehr primär präventiv zu gestalten (Berufsorientierung und Berufsvorbereitung im 9. und 10. Schuljahr). Die Diagnostik zur Identifizierung individueller Förderbedarfe ist zu fördern sowie eine Berufsintegrationsforschung (Marktstudien zur Verbesserung der Integrationschancen besonderer Personengruppen). (3) sind aus unserer Sicht Initiativen zur Förderung der Gestaltung von Bildungs- und Integrationsnetzwerken zielführend.

Dokumentation Workshop

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation – 27.–29.10.2008 in Rheinsberg

Hintergrund

In § 1 SGB IX ist die Selbstbestimmung Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen als Leitziel der Rehabilitation festgeschrieben. Mit der Verankerung dieser Zielsetzung im Gesetzbuch wird hervorgehoben, dass Menschen mit Behinderungen, wie alle nicht behinderten Bürgerinnen und Bürger auch, ein Recht darauf haben, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, und dass der Wunsch nach Individualität und Autonomie zu respektieren ist, auch wenn der einzelne Mensch in seiner Lebensführung auf die Unterstützung durch institutionelle Hilfesysteme angewiesen ist. Aus § 1 des SGB IX ist abzuleiten, dass die tendenziell zur Fremdbestimmung neigende Systemlogik institutioneller Hilfen die Selbstbestimmung des betroffenen Menschen nicht in den Hintergrund drängen darf.

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

Das Ziel Selbstbestimmung ist jedoch nicht nur eine Herausforderung für diejenigen, deren Aufgabe es ist, Leistungen zur Teilhabe zu organisieren. Selbstbestimmung lässt sich nicht mit einem passiv konsumierenden Kunden realisieren. Selbstbestimmung fordert im Gegenteil die Aktivität und Initiative des Leistungsberechtigten heraus. Die Aufgabe der professionellen Unterstützer besteht jedoch darin, mit einer gewissen Feinfühligkeit auch leise und verdeckt artikulierte Wünsche nach Autonomie und Selbstbestimmung zu erkennen. Dennoch bleibt festzuhalten: Selbstbestimmung muss der Leistungsberechtigte auch selber wollen.

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

Der Selbstbestimmungsgedanke ist in der Vergangenheit besonders nachdrücklich von Seiten der Verbände der Menschen mit Behinderungen artikuliert worden. Worum es den Betroffenen geht, bringt die Deklaration von Madrid, der Generalversammlung des European Disability Forum (2002), prägnant zum Ausdruck. Dort heißt es: »Unsere Vision kann am besten beschrieben werden als ein Gegensatz zwischen dieser neuen Vision und der alten Vision, die es zu überwinden gilt: a) Weg von behinderten Menschen als Objekte der Wohltätigkeit …und hin zu behinderten Menschen als Inhaber von Rechten. b) Weg von Menschen mit Behinderungen als Patienten …und hin zu Menschen mit Behinderungen als unabhängige Bürger und Verbraucher. c) Weg davon, dass Professionelle Entscheidungen für behinderte Menschen treffen …und hin zu unabhängiger Entscheidungsfindung und Übernahme von Verantwortung durch behinderte Menschen und ihre Verbände bei Themen, die sie betreffen. d) Weg von der Konzentration nur auf individuelle Beeinträchtigungen …und hin zur Beseitigung von Barrieren, Änderung von sozialen Normen, Politiken, Kulturen und zur Förderung einer unterstützenden und zugänglichen Umwelt. e) Weg von der Abstemplung von Menschen als Abhängige oder nicht zu Beschäftigende …und hin zur Betonung der Fähigkeit und der Bereitstellung von aktiven Unterstützungsmaßnahmen. f) Weg von der Gestaltung von wirtschafts- und sozialen Prozessen für die Wenigen …und hin zur Gestaltung einer flexiblen Welt für die Vielen. g) Weg von unnötiger Trennung in Bildung, Beschäftigung und anderen Bereichen des Lebens und hin zur Integration behinderter Menschen in alle Bereiche des Lebens. h) Weg von einer Behindertenpolitik als ein Punkt, der nur spezielle Ministerien betrifft …und hin zu Einbeziehung der Behindertenpolitik als eine generelle Regierungsverantwortung.«

Diese Erklärung verdeutlicht, wie stark der Selbstbestimmungsgedanke den Leitmotiven der Aufklärung nahesteht. Menschen mit Behinderungen sind Inhaber von Rechten, unabhängige Bürger und Verbraucher, treffen eigenständig Entscheidungen und übernehmen Verantwortung für ihr Leben. Im Mittelpunkt steht die Gestaltung einer partizipativen Gesellschaft, in der sich möglichst viele Menschen mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten und Erfahrungen einbringen können. Unterschiede können Menschen trennen, sie können aber auch als kreatives Potenzial einer inklusiven Gesellschaft genutzt werden.

Werden Menschen mit Behinderungen als gleichberechtigte Bürger betrachtet, die ihren individuellen Bedarf eigenverantwortlich decken können, dann stehen neben dem Thema Selbstbestimmung weitere grundlegende Aspekte zur Diskussion: Freiheit der Wahl; Eigenverantwortlichkeit; eigene Erfahrungen sind wichtiger als externes Wissen; eingesetzte Mittel führen zu einem Nutzen für den Verbraucher; eigene Bewertung als Maßstab für die Entwicklung der Dienstleistung; Verlässlichkeit im Hinblick auf Preis und Qualität eines Produktes (8. Europäische Regionalkonferenz von Rehabilitation International 2002, Vernetzt arbeiten in der Praxis: Partner verbinden in der Rehabilitation. Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen und Ergebnisse, S. 6). Hier wird deutlich, wie wichtig es ist, die Sichtweisen der Betroffenen zu würdigen und sorgfältig zu ermitteln.

Der Selbstbestimmungsgedanke hinterfragt somit den traditionellen Expertenstatus der Helfer. Auf der o.g. Konferenz von Rehabilitation International ist die Rolle der Experten wie folgt umschrieben worden: »Rehabilitationsexperten sollten sich nicht als die alleinigen ›Helfer‹ für Menschen mit Behinderungen verstehen, sondern als Dienstleister und Teil eines individuellen Hilfesystems, das aus Experten, Assistenz, Familie, Freunden und Freiwilligen besteht. Gemeinsam mit den Betroffenen müssen individuelle Ressourcen erkannt, Hilfebedarfe ermittelt und konkrete Hilfeleistungen (siehe Case Management und Reha-Plan) vereinbart

werden.« Auf der Mikroebene ist Selbstbestimmung eine Konsequenz unterschiedlicher Formen von sozialer Interaktion. Selbstbestimmung wird ausgehandelt bzw. zwischen den Beteiligten verhandelt. Selbstbestimmung besitzt somit einen Prozesscharakter.

Klauß hebt ebenfalls das prozesshafte Geschehen, die »Suchbewegung Selbstbestimmung« hervor. Selbstbestimmung »kann als Prozess verstanden werden, bei dem ein Mensch sich an dem orientiert, was ihm insgesamt, als ›Selbst‹, das Wichtigste ist, was aber nie ganz eindeutig zu erkennen ist, so dass Selbstbestimmung immer einen prozesshaften, aktiven, suchenden Charakter hat« (Klauß 2007).

Selbstbestimmung als Suchbewegung, damit ist ein Leitmotiv im Leben des modernen Menschen angesprochen. Zu Beginn der Aufklärung wurde dieser Suchprozess noch als Befreiungs- und Emanzipationsprozess gefeiert. Doch im Verlauf des zwanzigsten Jahrhunderts wurde die Ambivalenz dieses Prozesses immer deutlicher. Jenseits wertorientierter Verbindlichkeiten irrt der moderne Mensch, heimatlos geworden, durch sein Leben und sucht nach den Koordinaten, die ihm Halt, Sicherheit und Orientierung geben. Die gegenwärtige Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass dem Individuum eine Vielzahl von Lebensentwürfen prinzipiell offensteht (siehe kritisch hierzu Korn 2002 und den Sammelband von Beck und Beck-Gernsheim 1994). Der Einzelne ist jedoch gezwungen zu wählen und sich zu entscheiden. Normierende, unumstrittene gesellschaftliche Instanzen haben sich verflüchtigt und sind in der bunten Warenwelt schwer auszumachen. Jeder kann sich selbst seinen Götterhimmel zusammenstellen, wenn ihm danach zumute ist. Vormals autoritäre Instanzen signalisieren Gesprächsbereitschaft. Scheinbar ist alles möglich. Das Fernsehen produziert in wenigen Wochen aus einem »Normalbürger« einen Superstar. Im Internet kann jeder weltweite Allianzen schmieden und seine Sicht der Dinge unbeschränkt um den Globus kommunizieren. Diese Phänomene lassen vergessen, dass nach wie vor vielfältige Formen sozialer Ungleichheit bestehen.[33] Wem es schwerfällt, sich selbst zu definieren und seine Selbstdefinition nach außen zu kommunizieren, der gerät schnell ins gesellschaftliche Abseits.

In ihrem Aufsatz »Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma – Perspektiven der Disability Studies« konstatiert Anne Waldschmidt (2003) unter der Überschrift »Selbstbestimmung als neoliberale Pflicht«: »In der fortgeschrittenen Moderne darf man nicht nur selbstbestimmt leben; man muss es sogar. Sie verlangt den gesunden, normalen, flexiblen Menschen, der sich hektisch den Weg durch die Masse bahnt, der als Ich-AG das eigene Leben profitabel gestaltet und die Zwänge des Marktes bereitwillig akzeptiert. Schon längst geht es nicht mehr um Emanzipation, sondern auch darum, sich aus traditionalen Bindungen zu lösen, die eigene Biografie selbst zu basteln und Selbstmanagement an den Tag zu legen. Heutzutage verheißt Autonomie nicht mehr nur Befreiung, sondern ist auch zur sozialen Verpflichtung geworden – und zwar nicht nur für nichtbehinderte, sondern auch für behinderte Menschen. (…) Die unkritische Propagierung des Autonomiekonzepts kann in der aktuellen Situation leicht dazu führen, sich in den Fallstricken des Neoliberalismus zu verheddern.

[33] Im Gefolge der PISA-Studie ist erneut deutlich geworden, dass es in Deutschland an vertikaler (aufwärts gerichteter) Mobilität mangelt. Bestehende soziale Ungleichheiten werden durch das Bildungssystem eher nicht kompensiert, sondern im Gegenteil verfestigt. Beobachten lässt sich, dass jene Personengruppen, die bis zur Fachhochschulreife bzw. allgemeinen Hochschulreife erfolgreich durch das Bildungssystem gekommen sind, auch in ihrem weiteren Lebenslauf mit hoher Wahrscheinlichkeit auf keine Zugangshürden zu Bildungsressourcen treffen. Der lernbehinderte bzw. verhaltensauffällige Hauptschüler ohne Abschluss wird im Rahmen institutioneller Zugangssteuerungen dagegen mit hoher Wahrscheinlichkeit als Kandidat eingestuft, für den Bildungsprozesse nicht relevant sind. Da Selbstbestimmung ganz wesentlich Folge eines Entwicklungs- und das heißt auch Bildungsprozesses ist, spielt die Frage „Wer bekommt wann welche Bildungsressourcen zugeteilt?“ in diesem Kontext eine entscheidende Rolle.

Ganz allein für sich verantwortlich zu sein, ohne Anspruch auf Hilfe und Unterstützung – das ist sicherlich nicht die Freiheit, welche die Behindertenbewegung ursprünglich im Sinne hatte, als sie sich die Autonomieforderung auf die Fahne schrieb«.

Das Zitat unterstreicht nicht nur die ambivalente Rückseite des Selbstbestimmungsdiskurses in der gegenwärtigen Gesellschaft,[34] sondern es weist auch auf den Zusammenhang einer selbstbestimmten Positionierung durch das Individuum und der Teilhabe am Arbeitsleben hin. Menschen, die sich, aus welchen Gründen auch immer, nicht selbstbestimmt positionieren können, haben kaum eine Chance, am Arbeitsleben zu partizipieren. Dieser Zusammenhang gilt insbesondere für die Integration in den sogenannten ersten Arbeitsmarkt.

Die Ausgestaltung der Selbstbestimmung wird im Rahmen des SGB IX durch § 9 (Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten) und durch § 17 (Ausführung von Leistungen, Persönliches Budget) konkretisiert. Insbesondere das persönliche Budget dient dazu, dem Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. §9 Absatz 3 verpflichtet die Leistungserbringer dazu, den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und Förderung ihrer Selbstbestimmung zu geben.

Entscheidend ist, dass insbesondere die Festlegung der Rehabilitationsziele und die Überlegungen zu den notwendigen Rehabilitationsleistungen im Dialog auf Augenhöhe mit dem Leistungsberechtigten erarbeitet werden. Damit kann die Förderung der Selbstbestimmung wesentlich die Chancen einer Teilhabe am Arbeitsleben positiv beeinflussen.

Vor dem dargestellten Hintergrund wird deutlich, warum die Frage der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten innerhalb der beruflichen Rehabilitation Erwachsener ein zentrales Thema ist. Die diskutierten Facetten von Selbstbestimmung verdeutlichen das Spannungsfeld, in dem sich der anvisierte Workshop bewegt. Ausschlaggebend sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Selbstdeutungen der Betroffenen.

Selbstbestimmung müssen die Betroffenen wollen, und auch die Bereitschaft zur Übernahme von Selbstverantwortung muss vorhanden sein. Damit ist das Selbstkonzept der Betroffenen tangiert. Der Dialog mit den Leistungsberechtigten ist deshalb eine conditio-sine-qua-non der weiteren Auseinandersetzung.

Auch die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur ist der Überzeugung, dass dem Thema Selbstbestimmung und Selbstverantwortung eine Schlüsselstellung für die zukünftige konzeptionelle Ausgestaltung der beruflichen Rehabilitation zukommt.

Zielsetzung

Im Vordergrund des Workshops stand der Dialog zwischen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen sowie Vertretern von Leistungsträgern und Leistungserbringern. Der Workshop sollte es den Leistungsberechtigten ermöglichen, ihre Sicht der Dinge in Bezug auf die Thematik Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Rehabilitation einzubringen.

[34] Siehe hierzu Ulrich Bröckling (2007). *Das unternehmerische Selbst*. Bröckling untersucht in dieser Studie in der Tradition von Michel Foucault, wie zeitgenössische Managementkonzepte alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf unternehmerisches Handeln verpflichten und welche Strategien der Autonomisierung, Responsibilisierung und Flexibilisierung dazu dienen. „Handle unternehmerisch!“ ist für Bröckling der kategorische Imperativ der Gegenwart. Der Unternehmer wird in diesem Zusammenhang als ein Prototyp des selbstbestimmten Menschen betrachtet.

Der Workshop trug dazu bei, u.a. folgende Fragen zu klären:

- Worauf kommt es den Leistungsberechtigten in Bezug auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung an? Wie ist ihr Selbstverständnis und wie bewerten die Leistungsberechtigten den Rehabilitationsprozess unter dem Aspekt Selbstbestimmung? In welchen Zusammenhängen wird Selbstbestimmung bzw. Fremdbestimmung wahrgenommen?
- Wie sehen die Leistungsberechtigten den Zusammenhang von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben?
- Welche Rolle soll in Zukunft Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten zukommen? Benötigt die berufliche Rehabilitation der Zukunft mehr und/oder andere Formen von Selbstbestimmung, und wofür fühlen sich die Leistungsberechtigten selbst verantwortlich?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für die Leistungsträger und Leistungserbringer, wenn die Selbstbestimmung der Betroffenen das wesentliche Charakteristikum des Rehabilitationsprozesses wird?
- Welche Fähigkeiten und Kompetenzen (Ressourcen) benötigen die Betroffenen, um Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Reha-Prozess realisieren zu können?
- Welche sonstigen Rahmenbedingungen (Förderfaktor Umwelt) werden benötigt, um unterschiedliche Formen von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten realisieren zu können?

Der Workshop förderte mit seiner Zielsetzung somit den Dialog zwischen den professionellen Akteuren der beruflichen Rehabilitation und den Leistungsberechtigten. Er nahm damit den Grundsatz der Behindertenbewegung »nichts über uns ohne uns« auf.

Kooperationspartner

Die Förderung des Dialogs zwischen den Leistungsberechtigten und den professionellen Akteuren ist eine Zielsetzung, die sowohl in der Arbeit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation[35] (DVfR) und der Fürst Donnersmarck-Stiftung[36] (FDST) eine zentrale Rolle spielt. Bereits in der Vergangenheit haben beide Organisationen Veranstaltungen durchgeführt, die sich als Kommunikationsplattform der Menschen mit Behinderung verstanden.

Im Februar 2008 wurde von der DVfR und der FDST die Veranstaltung »Forschen und beforscht werden« durchgeführt.[37] Bei dieser Veranstaltung stand der Dialog zwischen Leistungsberechtigten und Rehabilitationswissenschaftlern ebenfalls im Vordergrund.

Aufbauend auf den positiven Erfahrungen der beiden Organisationen wurde der vorliegende Workshop analog zum Workshop »Forschen und beforscht werden« durchgeführt.

Weiterer Kooperationspartner der Veranstaltung war die Deutsche Akademie für Rehabilitation, die auch Projektträger der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur ist.

[35] *Siehe: http://www.dvfr.de (Zugriff 12.03.09)*
[36] *Siehe: http://www.fdst.de/stiftunggesellschaften/zweckaufgaben/ (Zugriff 14.07.08)*
[37] *Siehe: http://www.dvfr.de/ Veranstaltungen/Berichte (Zugriff 12.03.09)*

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

An dem Workshop nahmen 36 Leistungsberechtigte teil (14 Leistungsberechtigte aus Bildungseinrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante berufliche Rehabilitation, 14 aus Rehabilitationseinrichtungen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, drei aus Einrichtungen des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke, drei aus Beruflichen Trainingszentren und zwei aus Integrationsfirmen).

Die Leistungsberechtigten wurden nach Rücksprache mit den jeweiligen Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer über die jeweiligen Leitungen der Rehabilitationseinrichtungen angesprochen. Für die Teilnahme an der Veranstaltung wurden die Leistungsberechtigten freigestellt. Reisekosten und Hotelunterbringung der Leistungsberechtigten wurden vom BMAS finanziert. Vier Leistungsberechtigte waren zum Zeitpunkt der Veranstaltung bereits in Arbeit.

Fünf Workshopteilnehmerinnen bzw. Teilnehmer haben die Leistungsträger vertreten (DRV zwei, BA zwei, DGUV eine Person).

Die Leistungserbringer wurden durch acht Workshopteilnehmerinnen bzw. Teilnehmer repräsentiert (ARGE BFW drei, BAG ambulante Reha zwei, BTZ, Integrationsfirma und BBW je eine Person).

Von der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur haben sechs Personen teilgenommen.

Das Moderatorenteam bestand aus vier Personen.

Jeweils ein Vertreter kam von der DVfR, der FDST sowie dem BMAS.

Außerdem waren zwei Gebärdensprachendolmetscher anwesend.

Ablauf

<u>Montag 27.10.08</u>

- Anreise und Kennenlernen der Workshopteilnehmerinnen und -teilnehmer

<u>Dienstag 28.10.08</u>

- Einführung (Plenum)
- Akteurszentrierte Gruppenarbeit: Leistungsberechtige (drei Gruppen), Leistungsträger und -erbringer (eine Gruppe)
- Präsentation der Gruppenergebnisse im Plenum
- Diskussion im Plenum (Methode: Fishbowl)

<u>Mittwoch 29.10.08</u>

- Einführung (Plenum)
- Themenzentrierte, akteursgemischte Gruppenarbeit (vier Gruppen)

Diskussionsthemen: Erstkontakt, Beratung und Entscheidung, Rehabilitationsprozess, Übergang in Arbeit

- Diskussion im Plenum (Methode: Fishbowl)

Die Plenums- und Gruppendiskussionen wurden jeweils von einem Moderator begleitet.

Fragestellungen für die erste Diskussionsphase

Aufgabe der ersten Diskussionsphase war es, aus Sicht der jeweiligen Gruppe (Leistungsberechtigte, Leistungserbringer bzw. Leistungsträger) zwei Themen zu diskutieren:

1. Positionen und Erfahrungen zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung heute.

2. Möglichkeiten und Wege, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in Zukunft zu gestalten.

Folgende Fragen konnten u.a. diskutiert werden:

Zu 1

- Was verstehen Sie in der Gruppe unter Selbstbestimmung und Selbstverantwortung?
- Inwieweit setzt Selbstbestimmung auch Selbstverantwortung voraus?
- Welche Bedeutung haben Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Rehabilitationsalltag heute?
- In welchen Situationen der Rehabilitation haben Sie eher Selbstbestimmung bzw. eher Fremdbestimmung wahrgenommen?
- Welche Faktoren fördern Selbstbestimmung bzw. welche Faktoren verhindern auch Selbstbestimmung?
- Wie lassen sich die Grenzen von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung beschreiben?
- Was haben Selbstbestimmung und Selbstverantwortung mit dem Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu tun?
- Inwieweit »stören« Selbstbestimmung und Selbstverantwortung einen »reibungslosen« Rehabilitationsablauf?

Zu 2

- Wenn in Zukunft Selbstbestimmung und Selbstverantwortung stärker im Vordergrund der Rehabilitation stehen würden, welche konkreten Ziele sollten dann im Mittelpunkt stehen?
- Welche Schwerpunktziele gibt es, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Phasen der Rehabilitation: Information und Beratung sowie Reha-Antragstellung, die eigentliche Reha-Maßnahme (Qualifizierung, Umschulung, etc.), Übergang in Arbeit und Arbeitsaufnahme?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit sich diese Ziele auch umsetzen lassen?
- Welchen Nutzen würden diese Ziele für alle Beteiligten stiften?
- Woran würde ein Außenstehender erkennen können, dass Selbstbestimmung und Selbstverantwortung die Rehabilitation bestimmen?
- Welche Anforderungen ergeben sich an die unterschiedlichen Akteure (Leistungsberechtigte, -erbringer und -träger)?

- Wie würde sich mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wahrscheinlich auf die Effektivität und Effizienz der Rehabilitation auswirken?

Für die methodische Umsetzung bzw. Strukturierung der Diskussionsgruppen gab es keine Vorgaben an die Moderatoren.[38]

Ergebnisse

1. Tag: Akteurszentrierte Gruppenarbeit und Plenumsdiskussion

Diskussionsgruppe Leistungsberechtigte I

Im Verlauf der Diskussion standen vier Themen im Mittelpunkt – zunächst Beratung und Information im Vorfeld einer beruflichen Rehabilitation. In diesem Zusammenhang haben sich die Diskussionsteilnehmer häufig auch zu den psychosozialen Aspekten der Rehabilitation geäußert. Ebenfalls wurden die Themen Umgang mit der Behinderung bzw. mit dem gesundheitlichen Hintergrund der Rehabilitation sowie die eigentliche Reha-Maßnahme diskutiert.

In den folgenden Abschnitten sind zentrale Aussagen der Diskussionsteilnehmer protokolliert. Die ersten beiden Themenblöcke standen in der Diskussion im Vordergrund, deshalb sind hierzu auch deutlich mehr Äußerungen dokumentiert.

Aussagen der Leistungsberechtigten zum Thema Beratung und Information im Vorfeld einer beruflichen Rehabilitation[39]

»Man wird arbeitsunfähig aus der medizinischen Reha entlassen. Es passierte jedoch wochenlang nichts.«

»Wenn man nicht weiß, was man will, wird man abgeschmettert.«

»Mir ist gesagt worden, es kommt nur ein kaufmännischer Beruf in Frage.«

»Man wird in eine Schiene gedrängt: Hast du was mit dem Rücken, musst du Bürokaufmann werden.«

»Wenn man sagt, man will das und das machen, dann geht es beim Träger schneller, als wenn man nicht weiß, was man will.«

»Es ist Glück, wie beim Casino, ob du einen guten Reha-Berater (BA) bekommst oder nicht.«

»Mir wurden alle Möglichkeiten vom Sachbearbeiter aufgezeigt, ich habe dann auch eine Berufsfindung gemacht.«

»Ich konnte aus unterschiedlichen Vorstellungen wählen. Aber die Entscheidung zu treffen, was man kann, ist nicht einfach. Wie gut kann man sich einschätzen, dabei fehlt Unterstützung.«

»Bin ins BFW gesteckt worden, habe aber selber entschieden, was ich neu lernen wollte.«

[38] *Das Moderatorenteam wurde von der FDST gestellt. Alle Moderatoren verfügten über langjährige Erfahrungen in der Gruppenmoderation.*
[39] *Die Aussagen wurden während der Diskussion protokolliert.*

»Schnelle Ratschläge zur Berufswegplanung bringen nichts.«

Insgesamt wurde in der Diskussion kritisiert, dass es zu wenig Unterstützung bei der beruflichen Neuorientierung gibt. Der Dialog »auf Augenhöhe« wird vermisst. Die Experten werden als »weit weg« von der eigenen Lebenssituation erlebt. Im Rahmen der offiziellen Kontakte mit den Beratungspersonen fehlt es häufig an der Zeit für eine intensive Beratung. Kommt eine Beratung mit einem Experten zustande, wird diese oft nicht als ergebnisoffen erlebt. Das Verkaufen einer bestimmten Expertenlösung steht vielen Diskussionsteilnehmern zu stark im Vordergrund. Eigene Vorstellungen zur beruflichen Zukunft werden häufig von Seiten der Experten skeptisch betrachtet.

Das Reha-Verfahren und seine Entscheidungsprozesse werden als wenig transparent erlebt.

Tritt man dagegen entsprechend informiert und entschieden auf oder verweist auf »höhere Stellen« bzw. anwaltliche Unterstützung, so entstehen Möglichkeiten, auch unter schwierigen Bedingungen an umfangreiche Ressourcen zu kommen. So berichtete zum Beispiel ein Diskussionsteilnehmer, dass er eine zweite Umschulung bewilligt bekommen habe, entgegen dem Ergebnis der Berufsfindung und Arbeitserprobung.

Aussagen der Leistungsberechtigten zu psychosozialen Aspekten auf dem Weg in die Rehabilitation

»Man muss selber das Heft in die Hand nehmen, sonst ist man verloren.«

»Sich mit sich selber beschäftigen, was möchte man, was kann man, die eigene Einschätzung ist wichtig, aber man braucht auch die Einschätzung eines Gegenüber.«

»Selbst entscheiden ist wichtig für die Motivation.«

»Wenn man nach einem Unfall Hartz IV bekommt, fühlt man sich zu nichts mehr wert.«

»Es wird sich nicht wirklich mit dem Menschen beschäftigt, hinter die Oberfläche sehen, darauf kommt es an.«

»Es ist entmündigend, bei der ARGE wird immer nur nein gesagt, die hören nicht zu, eigene Vorschläge werden nicht aufgenommen oder schnell abgebügelt.«

»Sich selber kümmern ist wichtig, sich selber auf die Suche machen.«

»Was ist, wenn man nicht so stark ist?«

»Mut zur Selbstverantwortung heißt auch, Mut haben, andere anzusprechen, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen.«

»Ich schaffe es nicht: Wie kann ich das besprechen?«

»Mut haben, da fängt die Selbstverantwortung an.«

»Selbstbestimmung ist auch eine Last.«

»Sich selber wichtig nehmen und auch (als wichtig) wahrgenommen werden.«

Die Aussagen verdeutlichen die verschiedenen psychosozialen Aspekte im Vorfeld einer Rehabilitationsmaßnahme. Auf der einen Seite steht die eigene Unsicherheit in Bezug auf die berufliche Zukunft und die Frage, wie die eigene Leistungsfähigkeit überhaupt einzuschätzen ist. Die gesundheitliche Situation ist auch eine Erschütterung des Selbstvertrauens, des Vertrauens in die persönliche Leistungsfähigkeit. Sich damit abzufinden, die alte Berufs-

tätigkeit dauerhaft aufgeben zu müssen, ist den meisten Diskussionsteilnehmern sehr schwer gefallen. Auf der anderen Seite steht ein starker, selbstbewusster und wenig transparenter »Behördenapparat«, der primär seinen eigenen Gesetzen und Interessen folgt. Die Erfahrung, als Individuum und nicht als Fall wahrgenommen zu werden, ist eher selten.

Der aktive Umgang mit Konflikten wird zwar als schwierig erlebt, ist jedoch für den Erfolg des Antragsverfahrens entscheidend. Die Diskussionsteilnehmer erachten es als wichtig, im Antragsverfahren Position zu beziehen und für die eigene Situation einzustehen. Dies fällt vielen jedoch schwer. Die Behördenlogik ist oft nicht nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang wird geäußert, dass Selbstbestimmung auch Stress sein kann.

In vielen Verwaltungseinheiten des Sozialversicherungssystems werden die Leistungsberechtigten heute als »Kunden« bezeichnet. Dies scheint jedoch mehr Ideologie als Realität zu sein. Mehrheitlich haben sich die Leistungsberechtigten als Bittsteller bei einer übergeordneten Behörde und nicht als Kunden eines Dienstleistungsunternehmens wahrgenommen.

Aussagen zum Thema Umgang mit der Behinderung

»Die Behinderung gehört doch zu mir, zu meiner Person.«

»Behindert sein heißt auch, in der Minderheit sein. Ich will aber nicht zur Randgruppe gehören.«

»Man muss seine Krankheit rüberbringen und mit den Menschen über die Krankheit reden.«

»Es wird einem nicht leicht gemacht von der Gesellschaft.«

»Sich selber nicht klein halten.«

Der offene und direkte Umgang mit den Folgen der Krankheit/Behinderung ist für Selbstbestimmung zwar wichtig, diese Thematik wird von den Diskussionsteilnehmern jedoch sehr vorsichtig angegangen. Die Aussage »Ich will nicht zu einer Randgruppe gehören« verdeutlicht dies. Zu seiner Behinderung zu stehen und dies auch nach außen zu kommunizieren erfordert viel Selbstbewusstsein und ist ein längerer und mit Konflikten behafteter Prozess.

Aussagen zur eigentlichen Reha-Maßnahme

»Was traut man sich zu? Darauf kommt es an.«

»Neue Erfahrungen sammeln z.B. durch ein Praktikum, um daraus lernen zu können, wohin der Weg gehen kann, dass konnte ich mit den Dozenten besprechen.«

»In der Ausbildung wird zuviel kontrolliert.«

»Besser ist, wenn man selbst entscheiden kann, welche Kurse man besucht.«

»In der normalen Ausbildung «[Kommentar: Damit ist die Kombination Berufsschule und Betrieb gemeint] ist man als Rehabilitand mehr ein Einzelkämpfer.

Mit Beginn der eigentlichen Rehabilitationsmaßnahme, zumal wenn im Vorfeld die eigenen Vorstellungen berücksichtigt wurden, hatten viele Diskussionsteilnehmer das Gefühl, einen schwierigen und anstrengenden Lebensabschnitt erst einmal abschließen zu können. Die Umschulung haben viele als Chance für einen neuen Start ins Berufsleben betrachtet. Die Kritik an den Leistungserbringern beschränkt sich hier auf Detailaspekte. Offene Lernformen

sind für Rehabilitanden gewöhnungsbedürftig. Positiv werden Zielvereinbarungen und gemeinsame Auswertungen von Arbeitsergebnissen mit den beteiligten Fachkräften wahrgenommen. Die Diskussionsteilnehmer haben den Zusammenhang von Selbstvertrauen, Selbstbestimmung und Motivation betont. Selbstbestimmung fördert sowohl das Selbstvertrauen als auch die Reha-Motivation. Selbstbestimmung als Reha-Ziel wird jedoch selten explizit thematisiert.

Die folgende Abbildung gibt zusammenfassend die Diskussionsergebnisse aus Sicht der Gruppenmitglieder wieder. Erstellt wurde das Plakat für die Informationsphase im Anschluss an die Gruppendiskussionen, um die anderen Plenumsmitglieder zu informieren.

Als Symbol der Selbstbestimmung haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Baum gewählt. Die »Wurzel« bzw. Basis der Selbstbestimmung ist die Akzeptanz der Behinderung einerseits durch die betroffene Person selbst, andererseits durch die Gesellschaft. Den

Stamm bildet das Selbstvertrauen der Person, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Erfahrungen. Genannt wird ebenfalls eine vertrauensvolle, zuverlässige, regelmäßige, verbindlich verbindende psychologische Betreuung und Begleitung. Was Selbstbestimmung zum »Blühen« bringt, ist in der Baumkrone versammelt. Hier werden die konkreten Voraussetzungen von Selbstbestimmung im Zugang und im Reha-Prozess genannt. Information und Beratung sowie Raum für eigene Erfahrungen spielen hier ebenso eine zentrale Rolle wie die Bereitschaft, aktiv Selbstverantwortung zu übernehmen.

Das Bild des Baums kann als Ausdruck des prozesshaften und »wachstumsorientierten« Charakters von Selbstbestimmung interpretiert werden.

Diskussionsgruppe Leistungsberechtigte II

In der zweiten Diskussionsgruppe wurden die Erfahrungen mit den unterschiedlichen Institutionen des Reha-Systems, das Ausmaß erlebter Selbstverantwortung in den verschiedenen Phasen des Reha-Prozesses sowie Forderungen und Wünsche in Bezug auf die Zukunft diskutiert.

Die Institutionen Krankenkasse, Medizinischer Dienst und die Agentur für Arbeit werden eher kritisch betrachtet. Als »neutral« werden die Rentenversicherung und das Versorgungsamt eingestuft. Überwiegend positive Erfahrungen sind mit der Berufsgenossenschaft, privaten Reha-Diensten, der Sozialberatung des VdK, den verschiedenen Bildungseinrichtungen und dem Praktikum während einer Reha-Maßnahme gesammelt worden.

Selbstverantwortung ist besonders gefordert innerhalb der Zugangsphase und im Integrationsprozess nach Abschluss einer Reha-Maßnahme.

Folgende Wünsche und Forderungen sind im Verlauf der Diskussion u.a. formuliert worden: Mehr Transparenz und Information, unabhängige Beratung, Klärung der Zuständigkeiten.

Diskussionsgruppe Leistungsberechtigte III

Auch in der dritten Leistungsberechtigten-Gruppe war die Thematik »Information und Beratung im Zugangsprozess zur beruflichen Rehabilitation« ein Schwerpunkt der Diskussion.

Bei niedergelassenen Ärzten erhielten die Diskussionsteilnehmer so gut wie keine Informationen über berufliche Rehabilitation. Auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wurde eher selten auf die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation hingewiesen. Auch der Reha-Träger als Informationsquelle über die rechtlichen Grundlagen von Leistungen zur Teilhabe wurde von den Teilnehmern als stark verbesserungsbedürftig eingestuft.

Über folgende Erfahrungen berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf der Diskussion:

- Bei der Anfrage an die Agentur für Arbeit wusste »angeblich« niemand Bescheid über LTA.
- Terminverzögerung und »Hinhaltetaktik« bis zum Eintritt des SGB II-Bezuges.
- Bei einer ARGE war kein Mitarbeiter zu finden, der über berufliche Rehabilitation informieren konnte.
- Die Klärung der Zuständigkeiten lief schleppend.

- Keine Unterstützung bei einer mündlichen Abfrage, eine Reaktion erfolgte erst nach schriftlicher Anfrage.
- Hilfe und Unterstützung ist stark personenabhängig (man muss viel Glück haben, an einen entsprechend auskunftsfreudigen Sachbearbeiter zu gelangen).
- Im Zugangsverfahren erhält man nur wenige Informationen über unterschiedliche Berufe.
- Das Antragsverfahren zog sich über drei bis vier Jahre.
- Drei Personen von insgesamt zwölf Diskussionsteilnehmern erhielten erst nach längeren Bemühungen (über mehrere Jahre) ihren Reha-Antrag bewilligt. Das Verfahren beschleunigte sich erst nach einem Brief an die Bundeskanzlerin bzw. an den Direktor der Arbeitsagentur. Im dritten Fall wurde das Verfahren durch Einschalten eines Rechtsanwaltes beschleunigt.
- Die Beratung im Zugangsverfahren wird als beamtenhaft und arrogant erlebt oder man wird in die Rolle des Bittstellers gedrängt. Die Beratung auf Augenhöhe ist die Ausnahme und nicht die Regel.
- Es herrschte das Gefühl vor, über die rechtlichen Möglichkeiten nur unzureichend aufgeklärt zu werden.

Im zweiten Teil der Diskussion in Gruppe III wurden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation erarbeitet.

Die Informationslage über berufliche Rehabilitation lässt sich zum Beispiel verbessern durch:

- Regelmäßige Informationsveranstaltungen der Leistungserbringer,
- Hinweise darauf, wo man Hilfe bzw. Informationen bekommen kann sowie den
- Aufbau von neutralen Informationsportalen im Internet.
- Darüber hinaus sollten die niedergelassenen Ärzte besser über berufliche Reha informiert sein.
- Bei längerer Arbeitsunfähigkeit könnte bereits die Krankenkasse über berufliche Reha informieren.
- Auch innerhalb einer medizinischen Reha sollte intensiver und systematischer über berufliche Reha informiert werden.

Besonders intensiv wurde darüber diskutiert, in welcher Weise ehemalige Rehabilitanden, als sogenannte »Reha-Piloten«, für die Information auf Augenhöhe eingesetzt werden können. Viele Diskussionsteilnehmer hätten sich solche »Reha-Piloten« als erste Ansprechpartner gewünscht, als deutlich wurde, dass eine grundlegende berufliche Neuorientierung nicht zu vermeiden war.

Die Mehrheit der Teilnehmer ist rückblickend der Überzeugung, dass es besser gewesen wäre, im Vorfeld eines Reha-Antrages von einem erfahrenen »Leidensgenossen« über die Chancen einer beruflichen Rehabilitation informiert zu werden. Nach dieser Erstinformation auf Augenhöhe wäre eine andere Grundlage für den Umgang mit dem System und seinen Experten vorhanden. Außerdem verbindet sich mit diesem Ansatz die Hoffnung, mit dem »Rückenwind« des Reha-Piloten selbstbewusster sein Anliegen bei einem Reha-Träger vertreten zu können.

Ein weiterer Ansatzpunkt bietet sich, wenn man die aktive Mitwirkung des Rehabilitanden in den grundlegenden Entscheidungssituationen des Reha-Prozesses stärker hervorhebt. Dies

betrifft zum Beispiel die Mitwirkung im Rahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung oder die Absicherung der Berufsentscheidung in Vorbereitungsmaßnahmen über Praktika, aber auch die Möglichkeit der Umentscheidung im laufenden Reha-Prozess.

Bei der beruflichen Neuorientierung kommt es aus Sicht der Diskussionsteilnehmer sehr darauf an, mehr Eigenständigkeit zuzulassen und die selbstständige Suche nach dem richtigen Weg durch geeignete Informations-, Beratungs- und Aktionsmöglichkeiten zu unterstützen. Wenn zum Beispiel der Wunschberuf »nicht auf der Liste steht«, können weitere Informationen bei einem entsprechenden Unternehmen selbstständig eingeholt werden. Berufswünsche sollten dabei ohne Voreingenommenheit überprüft werden.

Der potenzielle Rehabilitand sollte dabei unterstützt bzw. dazu angeleitet werden, möglichst selbstständig einen eigenen Reha-Plan zu entwickeln. Beratung kann auch hier die selbstständige Informationssuche unterstützen. Wenn eine Entscheidung getroffen ist, kann diese gemeinsam mit einem Berater überprüft werden.

Selbstverantwortung heißt in diesem Zusammenhang, dass jeder den Nachweis erbringt, dass er sich mit seiner Zukunft bzw. seiner Berufswahl auseinandergesetzt hat, bevor die Entscheidung für eine kostenintensive Reha-Maßnahme erfolgt.

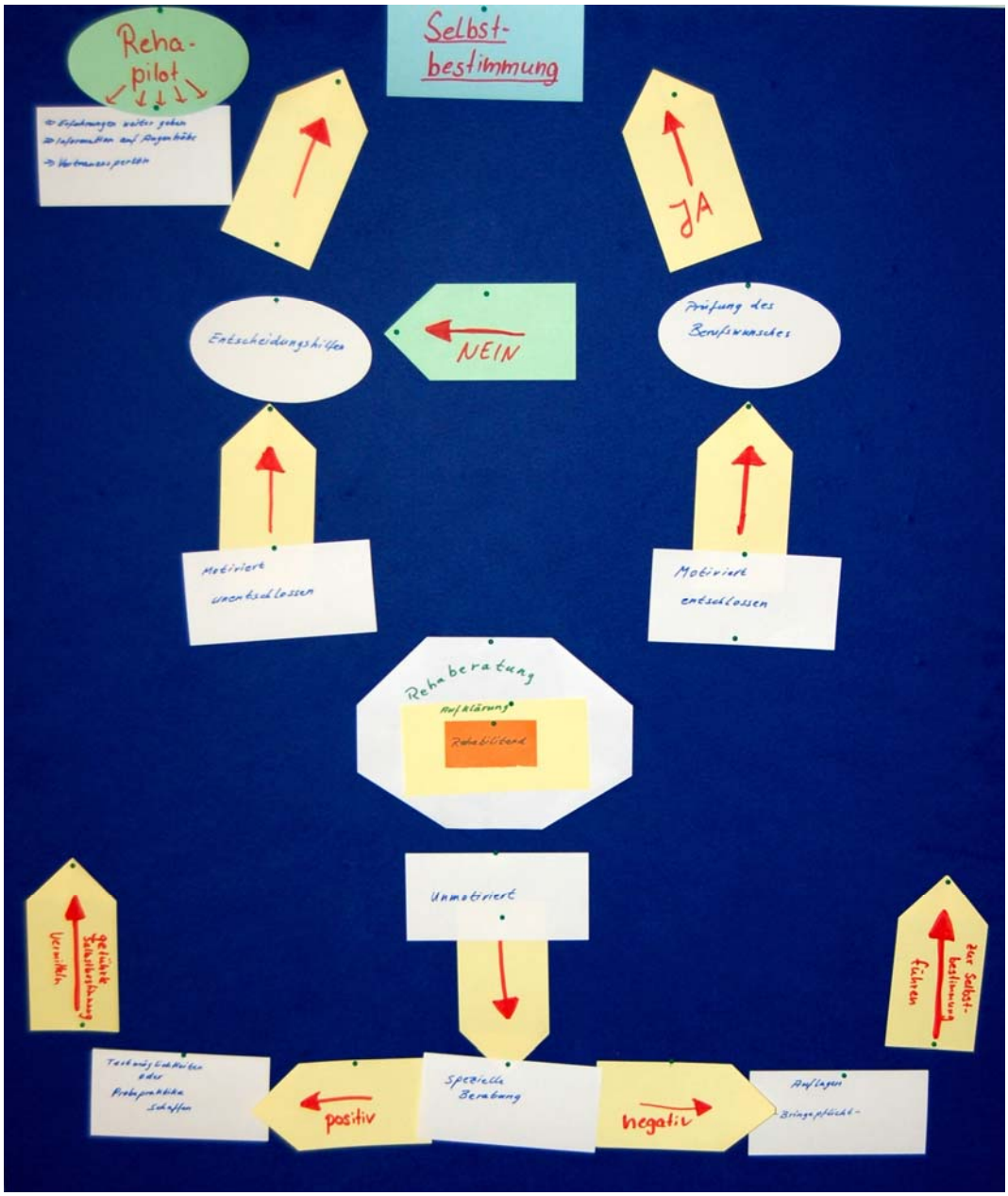
Jeder sollte dazu gebracht werden, sich möglichst selbstständig mit seiner Situation auseinanderzusetzen. Wichtig ist, dass im Rahmen des Zugangsprozesses systematisch überprüft wird, ob die Hürden zu einer selbstständigen Entscheidungsfindung eher auf Informations- oder auf Motivationsdefizite zurückzuführen sind. Je nach Situation sollten dann spezifische Klärungsangebote unterbreitet werden.

Weitere Vorschläge zur Verbesserung der Selbstbestimmung innerhalb der Reha-Maßnahme waren:

- Regelmäßige Treffen (jour fixe), um über aktuelle Abläufe zu sprechen.
- Vorschläge zu veränderten Abläufen und zusätzlichen Ausbildungsinhalten sollten ernsthaft geprüft werden.
- Zeiten einbauen, in denen man selbstständig arbeiten kann.
- Qualifikationsplan mitbestimmen und sich persönliche Ziele setzen.
- Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung bezüglich der individuellen Entwicklung mit den Ausbildern bzw. Fachdiensten besprechen.

Die folgenden zwei Abbildungen geben zusammenfassend die Diskussionsergebnisse aus Sicht der Gruppenmitglieder wieder.

Erläuterung: Im Zentrum der Pinnwand steht der Reha-Pilot, ein ehemaliger Rehabilitand, der den Reha-Prozess bereits erfolgreich durchlaufen hat und damit die Stärken und Schwächen des Systems aus eigener Erfahrung kennt. Der Reha-Pilot steht dem Rehabilitanden als Peer Counsellor zur Seite. Im unmittelbaren Umfeld der beiden sind die Reha-Experten gruppiert sowie verschiedenen Informationsmedien. Der Rehabilitand findet auch dadurch Orientierung, dass er einen eigenen Reha-Plan erstellt, ein Praktikum organisiert sowie an einer Berufsfindung, Arbeitserprobung bzw. dem Reha-Vorbereitungslehrgang teilnimmt.



Erläuterung: Die Pinnwand verdeutlicht den Ablauf des Beratungsprozesses im Rahmen der Zugangssteuerung. Ein zentraler Aspekt im Zugangsprozess ist es, den »Motivationsstatus« des Antragstellers zu klären. Fall 1: Der Antragsteller ist motiviert und entschlossen, einen bestimmten Beruf zu erlernen. Dieser Antragsteller muss als nächstes seinen Berufswunsch überprüfen. Fall 2: Der Antragsteller ist motiviert, aber unentschlossen hinsichtlich seines Weiterbildungs- bzw. Umschulungsbedarfes. Dieser Antragsteller benötigt Entscheidungshilfen darüber, welche beruflichen Alternativen möglich und vorhanden sind. Fall 3: Der Antragsteller ist unmotiviert. Hier müsste eine spezielle Beratung greifen, die der Motivationsklärung dient. Bewegt sich der Antragsteller im Rahmen einer solchen Beratung nicht, erhält er gewisse Auflagen. Im positiven Fall stehen weitere Ressourcen zur Verfügung (z.B. Eignungstestung, Praktikum).

Diskussionsgruppe Leistungsträger und Leistungserbringer

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten in der Diskussion kurz die Erfahrungen und Positionen zu dem Thema aus heutiger Sicht diskutieren und anschließend Visionen für die Zukunft entwickeln.

Die folgenden Statements[40] geben die Kernaussagen der Diskussion wieder:

Zum Begriff Selbstbestimmung/Selbstverantwortung

- *Selbstbestimmung bewegt sich zwischen den Polen »Selbstbestimmte Verwahrlosung« und »Fürsorgliche Belagerung«. Beide Extreme können nicht das Ziel sein.*
- *Selbstbestimmung ist nichts Statisches, sondern ein Prozess.*
- *Selbstbestimmung hat etwas Absolutes, eigentlich geht es doch eher um Partizipation.*
- *Wichtig ist, dass nicht »für« den Behinderten, sondern »mit« dem Behinderten entschieden wird.*
- *Selbstbestimmungsreife kann erreicht werden, setzt aber intensive Beratung voraus.*
- *Besser, man würde sich auf Wunsch- und Wahlrecht zurückziehen und sich von der Selbstbestimmung verabschieden; denn schon das Wunsch- und Wahlrecht wird bei weitem nicht realisiert.*
- *Auch im Gesetz gibt es überall Grenzen, die beachtet werden müssen, also sind sowohl das Wunsch- und Wahlrecht als auch die Selbstbestimmung eingeschränkt.*
- *Wie viel Selbstbestimmung kann man verantwortungsbewusst überhaupt verlangen?*
- *Neben Selbstbestimmung ist Selbstverantwortung ganz wichtig*
- *Ist Selbstbestimmung risikolos?*

Selbstbestimmung/Selbstverantwortung im Hinblick auf die Betroffenen

- *Die Einbindung des Betroffenen war auch in der Vergangenheit zwingende Voraussetzung, um im Beratungsprozess zu Ergebnissen zu kommen.*
- *Der Leistungsberechtigte muss von vornherein »ins Boot«.*
- *Wir müssen bedenken, welche Klientel wir vor uns haben: Es ist nicht der selbstbewusste »Rollifahrer«, der seine Rechte bis ins Detail kennt, sondern z.B. der arbeitslose »Ungelernte«, der total überfordert damit ist, selbstbestimmt zu handeln.*
- *Nicht das, was ich als Reha-Berater will, ist entscheidend, sondern das, was der Rehabilitand überzeugend möchte.*
- *Die Betroffenen haben auch in ihrem Beruf nicht viel Selbstbestimmung gehabt und nun wird sie plötzlich von ihnen gefordert.*
- *Es gibt insoweit eine Zielgruppenproblematik als bei bestimmten Gruppen (geistig Behinderte, Lernbehinderte) Dritte als Selbstbestimmer auftreten.*
- *Selbstbestimmung ist klientenabhängig und abhängig von den Rahmenbedingungen. So kann man z.B. nicht chancenlose Berufe wählen. Hier muss man die Ansprüche der Solidargemeinschaft beachten.*

[40] *Es wird darauf verzichtet, die Statements den einzelnen Gruppen oder Personen zuzuordnen.*

- *Der Betroffene kann Selbstbestimmung nicht wahrnehmen, weil das eine politische Begrifflichkeit ist, die unser Personenkreis nicht kennt und nicht ausfüllen kann. Es geht also eigentlich um Mitwirkung und Beteiligung.*
- *Viele wollen einfach nur Orientierung haben, weil sie dadurch Sicherheit bekommen.*
- *Größere Bedürfnisse nach Selbstbestimmung bestehen in der medizinischen Rehabilitation, hier aber werden dem Patienten keine Alternativen vorgestellt.*
- *Ich muss dem Betroffenen Zeit für seinen Entscheidungsprozess einräumen und mich also individuell fragen, wie lange dieser Prozess wohl dauern wird.*

Selbstbestimmung im Hinblick auf den Berater und das System

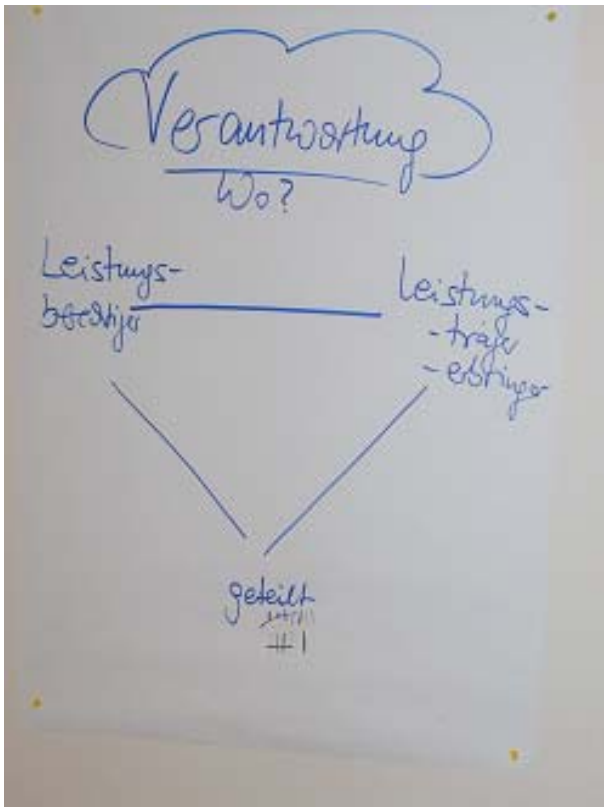
- *In der Rentenversicherung muss sich kein Reha-Berater dafür rechtfertigen, dass er eine Umschulung und nicht eine kurzfristige Maßnahme gewählt hat.*
- *In der Bundesagentur für Arbeit (BA) gibt es eine Steuerungslogik, die dazu führt, dass Rehabilitanden erst im »SGB II-Bereich« identifiziert werden (dadurch sind die Fälle der BA um 90 % zurückgegangen).*
- *Es gibt inzwischen ernsthafte Gespräche und Konzeptüberlegungen, wie man Rehabilitanden früher identifizieren kann.*
- *Sind die Reha-Berater tatsächlich kompetent in der Lage, den Leistungsberechtigten umfassend in Kenntnis des Arbeitsmarktes zu beraten?*
- *Verantwortung haben auch die Reha-Träger, die sie auch wahrnehmen müssen; sie müssen erkennen, in welcher Situation der/die Einzelne ist.*
- *Für mich als Reha-Berater/in ist es entscheidend, ob ich ein Massengeschäft mache oder mich um den Einzelnen kümmern kann, es sollte daher administrative Entlastung geben (BA).*
- *Ich kann Selbstbestimmung fördern oder unterdrücken.*
- *Zur Beratung gehören Dritte zwingend dazu, ich muss wissen: Wo gibt es Kompetenz und Verfahren (Assessment, Profiling usw.), die mir im Findungs-Prozess helfen und mir die Möglichkeit geben, mit dem Betroffenen gemeinsam einen Weg zu finden.*
- *Der Berater braucht umfassende Kompetenzen, aber er muss nicht alles wissen, sondern kann Fachleute (Expertenwissen) einschalten.*
- *Ständige und umfassende Fortbildung für Reha-Berater ist unerlässlich, auch um den Arbeitsmarkt kennen zu lernen.*

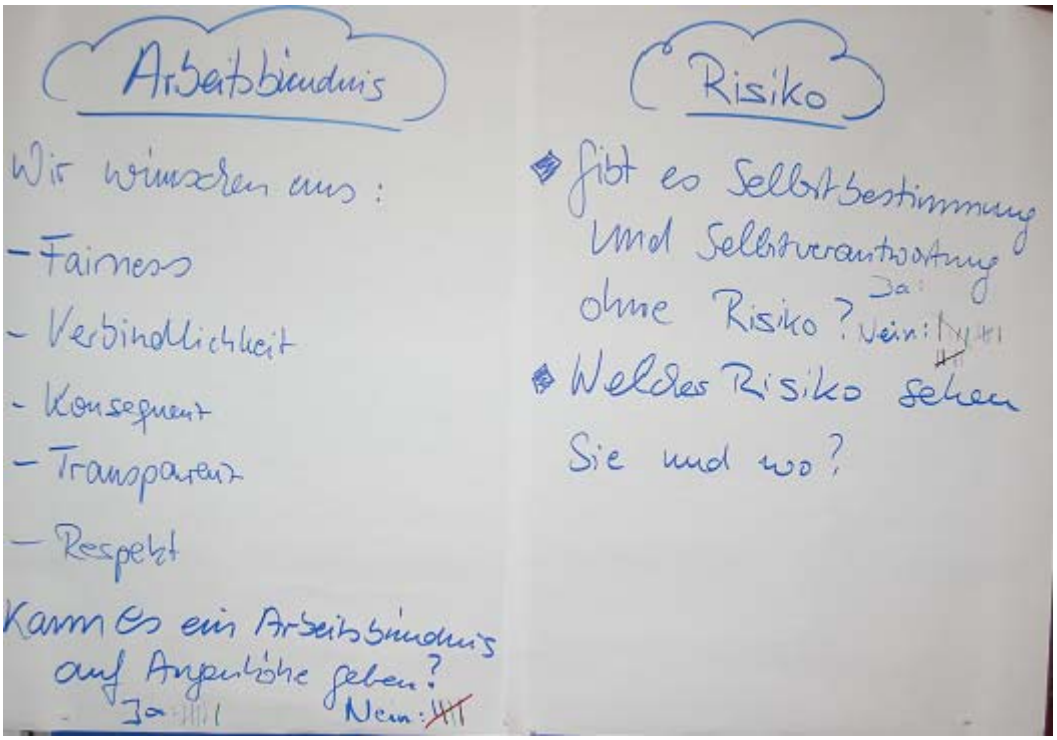
Probleme und Anregungen

- *Eine Transparenz des Leistungssystems fehlt.*
- *Eine Vorabinformation ist sehr wichtig (z.B. Betriebspraktika); der Vorbereitungsprozess hat eine hohe Bedeutung; die Netzwerke müssen gekannt werden.*
- *Ein Riesenproblem ist die Schnittstellenproblematik zwischen SGB III und SGB II; SGB II-Träger lehnen Vorschläge der BA ab (zu teuer) oder erkennen Rehabilitationsfälle nicht.*
- *Betriebliches Eingliederungsmanagement muss unbedingt verstärkt werden.*
- *Eine Vernetzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist sehr wichtig (bei der Unfallversicherung geht der Berufshelfer schon ans Krankenbett).*

Schwerpunkt der Diskussion war die gegenwärtige Situation der beruflichen Rehabilitation. In Bezug auf Zukunftsvisionen wurden keine konkreten Vorstellungen entwickelt. Es bestanden sogar Ängste, sich für die Zukunft festzulegen, weil »man doch die ganzen Einflussfaktoren und Veränderungen in den nächsten Jahren nicht kennt und damit auch nicht einschätzen kann«.

Die folgenden Abbildungen geben die Plakate der Gruppe für die Informationsphase im Plenum wieder.





Plenumsdiskussion (28.10.08)

Folgende Punkte wurden im Plenum angesprochen:

Information und Beratung im Zugang zur beruflichen Rehabilitation

- In allen Gruppen hat das Thema Information und Beratung im Zugang zur beruflichen Rehabilitation eine große Rolle gespielt.
- Der Einstieg in die Reha ist u.a. auch deshalb schwierig, weil kaum jemand die berufliche Rehabilitation gekannt hat, als er noch gesund war. Finanzielle Zukunftsängste und der Verlust des Selbstvertrauens bis hin zu einer Depression in Folge der gesundheitlichen Einschränkung erschweren eine Auseinandersetzung mit den verschlungenen Wegen in die berufliche Rehabilitation.
- Individuelle Beratung ist notwendig, ist das wichtigste Nadelöhr am Anfang, hier ist großer Verbesserungsbedarf festzustellen. Beim Beratungsgespräch ist wichtig: Form und Inhalt sollten motivierend und stärker klientenzentriert sein. »Auf Augenhöhe« ist eine Formulierung, die häufig von den Leistungsberechtigten gebraucht wird. Dass umfassend über die rechtlichen Möglichkeiten informiert wird, ist den Betroffenen ebenfalls wichtig.
- Vermisst wird unabhängige und neutrale Beratung.
- Die Idee des Reha-Piloten wird von allen Leistungsberechtigtengruppen spontan als vielversprechender Ansatz aufgenommen. Etwas reservierter reagieren die Experten. Der Reha-Pilot kann eine professionelle Beratung nicht ersetzen. Eine komplementäre Funktion kann er jedoch haben.

Selbstverantwortung und Selbstbestimmung

- Die Rehabilitanden betonen, dass sie nicht in die Rolle von Bittstellern »gedrängt« werden möchten, sondern Leistungsberechtigte sind.
- Wie ist Verantwortung verteilt? Was heißt Selbstbestimmung? Es gilt: Nicht die Verantwortung abnehmen, es aber auch nicht schwer machen, Orientierung geben, Mut machen, unterstützen!
- Selbstbestimmung ist nur dann möglich, wenn der Rehabilitand Angebote bekommt und Wahlmöglichkeiten hat. Informationen fehlen häufig.
- Selbstverantwortung ist oft von der Krankheit und der Behinderung anhängig.
- Der Rehabilitand muss Selbstvertrauen aus eigener Kraft entwickeln, seine Krankheit akzeptieren lernen.
- Die Stärkung des Selbstbewusstseins ist eine Voraussetzung für Selbstbestimmung.

Weitere Erfahrungen mit dem Reha-System

- Im Konflikt mit einem Träger wäre ein Ombudsmann hilfreich.
- Eine Transparenz der Entscheidungsprozesse ist oft nicht gegeben. Anträge werden nach »Lust und Laune abgelehnt«, was ist die Ursache dafür?
- Eine Kooperation zwischen Krankenkasse und Reha-Coach, wie z.B. im BFW Nürnberg und München, wäre zur frühzeitigen Identifizierung von Reha-Bedarfen hilfreich.
- Eine Vernetzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation fehlt.
- Die Informationen über Rehabilitation und Trägerzuständigkeit sind mangelhaft.
- Mehr Aufklärung über Rechte und mehr Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, damit die Chancen beruflicher Rehabilitation frühzeitig genutzt werden.

2.Tag: Akteursgemischte Gruppenarbeit und Plenumsdiskussion

Mit akteursgemischter Gruppenarbeit ist gemeint, dass in jeder Gruppe Leistungsträgervertreter, Leistungserbringervertreter und Leistungsberechtigte miteinander diskutieren.

Gruppe Erstkontakt

Die Idee der Beratung durch einen Reha-Piloten ist nochmals aufgegriffen worden. Dieser könnte dadurch finanziert werden, dass alle Rehabilitationsträger in einen Fonds oder eine Stiftung einzahlen. Damit kann dann ein unabhängiges und niedrigschwelliges Beratungs- und Informationsangebot aufgebaut werden. Als Berater werden ehemalige Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verpflichtet, die sich ehrenamtlich bzw. gegen eine geringe Aufwandsentschädigung zur Verfügung stellen. Das Angebot versteht sich als Ergänzung der bestehenden Beratungsstrukturen der Träger.

Reha-Piloten bieten den Rehabilitanden Informationen auf gleicher Augenhöhe und emotionale Unterstützung. Reha-Piloten geben mit ihrer Erwerbsbiografie ein positives Beispiel dafür, dass man trotz gesundheitlicher Probleme im Erwerbsleben weiter bestehen kann.

Wichtig ist auch, dass Reha-Piloten nicht als Sachwalter einer großen Behörde auftreten müssen.

Reha-Piloten können darüber hinaus auch im weiteren Verlauf des Reha-Prozesses aktiv werden.

Gruppe Beratung und Entscheidung

Erwartungen der Leistungsberechtigten:

- Eine Entscheidung kann man nur treffen, wenn man umfassend informiert ist. Das muss Beratung gewährleisten.
- Die unterschiedlichen beruflichen Möglichkeiten müssen in der Beratung deutlich werden.
- Zeitdruck ist nicht gut für die Beratung.
- Der Sachbearbeiter muss nicht alles wissen, aber er muss rechtzeitig kompetente Dritte einschalten können.
- Ansprechpersonen sollten auch Rehabilitanden sein.
- Bereits in der Klinik sollte über berufliche Rehabilitation informiert werden.
- Hilfe zur Selbsthilfe sollte im Vordergrund stehen.
- Informationen sollten vollständig sein, damit man wählen kann.
- Wenn in der Beratung die eigenen Fähigkeiten vom Berater positiv bewertet werden, trägt dies sehr zur Motivation bei.

Weitere Themen in der Diskussion waren:

- Weiterbildung der Berater selbst ist wichtig.
- Der Stellenwert der Rehabilitation beim Reha-Träger.
- In bestimmten Fällen ist ein Hausbesuch auch sinnvoll. Diese Möglichkeit sollte als Angebot vorhanden sein.
- Der Reha-Pilot sollte aus einem Topf aller Reha-Träger finanziert werden, oder es sollte eine Reha-Piloten-Stiftung gegründet werden.

Gruppe Rehabilitationsprozess

Kritische Anmerkungen in der Diskussion:

- Umstellungsprobleme bei Leistungserbringern wirken sich auf einen reibungslosen Rehabilitationsverlauf aus.
- Eigenständiges Arbeiten der Rehabilitanden erfordert eine entsprechende Vorbereitung und Einführung. Offene Lernstrukturen können sonst Teilnehmer auch überfordern.
- Der Einsatz von Leistungsstarken als Tutoren bei Schwächeren wäre gut (es fehlen Anreize, sich als Tutor zu engagieren. Leistungsstärkere können von einer Tutorentätigkeit, auch für ihren eigenen Lernprozess, profitieren.)

- Es besteht häufig das Gefühl: »Ich muss das selbst machen« statt »Ich darf selbstständig arbeiten«.
- Es gibt auch Rehabilitanden, die sich nicht trauen, für sich etwas zu unternehmen.

Folgende Vorschläge zur Verbesserung des Reha-Prozesses wurden formuliert:

- Eine Individualisierung der Prozesse bietet die Chance, das individuelle Leistungsvermögen stärker zu berücksichtigen.
- Regelmäßige Teamsitzungen zur Orientierung, Information und Sicherheit.
- Selbstbestimmte Wohnungssituation, flexibel entsprechend dem individuellen Lebensrhythmus.
- Selbstständiges Arbeiten ist gewünscht, muss aber durch Coaching und klare Zielvereinbarungen unterstützt werden.
- Eine Umschulung sollte auch »Spaß machen« (positive Emotionen fördern das Lernen).

Gruppe Übergang in Arbeit

Drei Leitfragen haben die Diskussion eingeleitet: 1. Was ist charakteristisch für den Übergang in Arbeit? 2. Welche Gefahren gibt es? 3. Welche Fähigkeiten und Ressourcen werden benötigt?

Charakteristika: Ein Zustand der Verunsicherung; Mischung aus Hoffnung, Enttäuschung und Warten; Anspannung, ob man den Einstieg physisch und psychisch schafft; Neuanfang: Vorbereitung auf Selbstständigkeit; Übergangsphase ohne Übergang; Ungewissheit: Angst zu scheitern; Informationssammlung; Selbstdarstellung; Bewerbung; Freude auf Neues; Austausch mit Gleichen; Unsicherheit; fehlende Informationen über mögliche Arbeitgeber; Wer hilft bei der Arbeitsplatzsuche?; Neugier.

Gefahren: Sich selbst verstärkende negative Erlebnisse; nicht im Wunschberuf eine Arbeit zu finden; vom zukünftigen Arbeitsgeber ausgenutzt zu werden; den Überblick zu verlieren; Selbstüberschätzung; allein sein; Überforderung; Orientierungslosigkeit; Realität des Arbeitsmarktes wird erst gegen Ende der Reha in den Blick genommen; persönliche Ressourcen werden nicht genutzt; keine klare Zielorientierung; zu späte Auseinandersetzung mit dem Thema Übergang; wie gehen die zukünftigen Kollegen mit mir und meiner Behinderung um; Prüfungsängste; Erwartungen werden nicht erfüllt; wenn Übergangsphase zu lange dauert, geht das Selbstvertrauen verloren; Fettnäpfe in der neuen Unternehmenskultur; bekomme ich als Berufsanfänger Unterstützung durch meine Kollegen.

Fähigkeiten und Ressourcen: Unsicherheiten aushalten können; Hilfe suchen und annehmen können; gute Ausbildung; Beziehungen; Biografie; Wille, die Herausforderung zu meistern; gutes Zusammenspiel aller Beteiligten; Begleitung und Betreuung; soziale Kompetenz und Glaube an die eigene Kompetenz; Eigeninitiative; Netzwerke; Durchhaltevermögen und Anpassungsfähigkeit; Zuversicht; Optimismus; Kontaktfreudigkeit; Lernbereitschaft; Vorbilder, Mentoren; Offenheit für Fragen.

In der Diskussion wurden außerdem noch folgende Punkte angesprochen: Die Reha sollte stärker vom Ende her konzipiert werden; bereits in der sollten Reha die Anforderungen des

Arbeitsmarktes berücksichtigt werden; Nachsorgeangebote für Rehabilitanden, die keine Arbeit finden; erfolgreiche Rehabilitanden als Mentoren einsetzen; Paten im Betrieb für Neueinsteiger; Übergang ist derzeit zu abrupt; die Vernetzung der Reha-Einrichtung mit Unternehmen sollte verstärkt werden; fließende Übergänge sind notwendig; mehr betriebliche Anteile innerhalb der Umschulung; Öffentlichkeitsarbeit; die Leistungsfähigkeit der Betroffenen herausstellen.

Plenumsdiskussion (29.10.09)

Erstkontakt

- Frühzeitig (sechs Wochen bis spätestens drei Monate),
- Über Arzt, ggf. Telefonnummer zum Berater/Reha-Pilot (bundesweite Beratungstelefonnummern)
- Alle Träger sollen einen Topf bilden für die Bezahlung des Reha-Piloten (arbeiten ehrenamtlich als Vertrauensperson auf Augenhöhe, unabhängige Berater, Peer, informeller Austausch über Erfahrungen mit Gleichbetroffenen)
- Hausbesuche anbieten zur Beratung für schwere Fälle
- Selbsthilfegruppen für Rehabilitanden vor Ort gründen (Arbeitsgruppe Reha-Pilot, regionale Telefonnummern an Ärzte geben)

Beratung/Entscheidung

- Beratung lebt von Info (Erstkontakt)
- Schlechte Berater kein Einzelfall (Qualität der Berater ist entscheidend)
- Gestufter Beratungsprozess notwendig (gemeinsam erarbeiten, beide müssen gut informiert sein, Tunnelblick der Berater ausweiten)
- Trägerübergreifendes Infoangebot wird gefordert (Infomappen, Reha-Pilot, Infohotline), dies sollte in einem Projekt erprobt werden
- Beratung benötigt Zeit. Es besteht ein Konflikt zwischen zeitaufwändiger Einzelberatung und dem »Massengeschäft«.
- Anschlussbündigkeit, Dialog der Akteure notwendig
- Weiterbildung der Berater
- Fazit: Zuhören, Anregungen geben, Kontakte vermitteln, Störstellen aufdecken
- Zwei Ebenen: menschliche Ebene/Betroffener, fachlich-sachliche Ebene /Leistungsträger, Leistungserbringer
- Andere Meinungen zulassen, Spiegel vorhalten, ernst nehmen
- Weniger Probleme gibt es bei Reha-Einrichtungen und während der Maßnahme selbst; die Leistungserbringer könnten sich vielleicht auch um den Erstkontakt kümmern und neue Ideen einbringen (sie sind näher am Betroffenen)

Rehabilitationsprozess

- Selbstbestimmung und Selbstverantwortung während des Reha-Prozesses (Eintritt bis Abschluss der Ausbildung)
- Hohes Maß an Zufriedenheit
- Kritikpunkte sind individuell (MDK), können gelöst werden
- Selbstbestimmungsmöglichkeiten als stark empfunden
- Hohes Niveau der Ausbildung
- Kompetenz der Dozenten (bei Ausfall große Probleme, Ersatzpersonal)
- Bei betrieblicher Ausbildung ist Blockunterricht gut
- Beim Selbstlernen braucht man Ansprechpartner
- Lernziele definieren (inhaltlich und zeitlich)
- Lückenloser Prozess ist besonders wichtig vor einer Zusage bei Maßnahmebeginn
- Wohnsituation (Internat ja/nein/Wahlmöglichkeit, Kosten?, wohnortnahe Maßnahmen) hier viel Selbstbestimmung notwendig/Wahlrecht besteht bereits)
- Konflikte werden in der Gruppe gelöst

Übergang in Arbeit

- Wann fängt der Übergang in Arbeit an, wie lange dauert er?
- Öffentlichkeitsarbeit, Sensibilisierung der Arbeitgeber für behinderte Arbeitnehmer
- Integrationsberater sollten unterstützen (Job-Pilot/Job-Coach)
- Vernetzung mit Unternehmen und mit ehemaligen Rahabilitanden
- Verzahnung von professionellen Strukturen mit Peergroups
- System sprengende Ideen: Grundeinkommen für behinderte und nicht behinderte Menschen unabhängig von Arbeit, Behindertenquote für Reha in Unternehmen

Resümee

Der Workshop hat zu der Einsicht geführt, dass die im Gesetz verankerte eigenverantwortliche Beteiligung der Leistungsberechtigten bisher in der Praxis nur unzureichend realisiert ist.

Betroffene Menschen haben sowohl beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation als auch im Reha-Prozess kaum Möglichkeiten, selbstbestimmt mitzuwirken; sie werden allenfalls beteiligt. Ihre eigenen Vorstellungen werden zu wenig berücksichtigt und sie werden in vorhandene Rehabilitationsstrukturen »eingepasst«.

Die Leistungsberechtigten wollen nicht als Bittsteller behandelt werden. Sie sehen die berufliche Rehabilitation als Chance, ihre persönliche Zukunft zu gestalten, und wollen sich dabei entsprechend engagieren. Dafür fordern sie frühzeitige und umfassende Informationen über das Reha-System, nur dann können sie eigene Entscheidungen treffen und motiviert mitwirken.

Viele kritische Erfahrungen der Leistungsberechtigten konzentrieren sich auf den Zugangsprozess. Am Anfang nach dem rehabegründenden Ereignis weiß der Betroffene über die berufliche Rehabilitation nicht Bescheid und kann daher seine Rechte nicht einfordern. In Bezug auf die fehlende Informations- und Beratungsqualität wird von den Betroffenen ein deutlicher Verbesserungsbedarf konstatiert. Die eigentliche Rehabilitationsmaßnahme steht demgegenüber weit weniger in der Kritik.

Kritisiert wurde beim Zugangsverfahren insbesondere, dass Dialogsituationen auf Augenhöhe im gesamten Verfahren selten bis gar nicht vorkommen. Die Diskussionsbeiträge der Leistungsberechtigten lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die gesamte Zugangsstruktur nicht »auf Augenhöhe« angelegt ist, sondern die Bedürfnisse und Interessen der Verwaltungsapparate zu stark im Vordergrund stehen. Die Interessenkonflikte zwischen Beratung und Maßnahmefinanzierung wurden sichtbar. Die Beratungs- und Entscheidungsqualitäten bei den Sozialversicherungsträgern werden jedoch unterschiedlich wahrgenommen. Zwischen der Agentur für Arbeit, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung wurden deutliche Unterschiede beschrieben. Bei der Agentur für Arbeit wird eine finanziell gesteuerte Entscheidungspraxis am stärksten wahrgenommen.

Je nach Leistungsträger sind auch der Zugang und die Beratung zur beruflichen Rehabilitation sehr unterschiedlich. Die Abläufe weisen teilweise erhebliche Schwächen auf, wie: Fehlen frühzeitiger Reha-Informationen (bereits am Krankenbett), Zuständigkeitswirrwarr, zu wenige Berater oder ineffiziente Organisation (langfristige Termine, kurze Beratungszeiten), teilweise mangelhafte Beraterkompetenz, keine wertfreie Aufklärung über das gesamte Spektrum der beruflichen Reha-Möglichkeiten, vorschnelle Orientierung auf vorgefassten Weg usw.

Die Leistungsberechtigten vermissen vor allem auch den Austausch mit Gleichbetroffenen. Ein informelles Netzwerk, in dem Reha-Erfahrene andere Betroffene beraten, kann nicht die Expertenberatung ersetzen, sie jedoch sinnvoll ergänzen. Der Zugang zu einem solchen Netzwerk sollte über die Beratungsstrukturen der Rehabilitationsträger frühzeitig möglich sein.

Zur Verbesserung der Informations- und Beratungsqualität entwickelten die Leistungsberechtigten deshalb die Idee des »Reha-Piloten«. Dabei handelt es sich um ehemalige Rehabilitanden, die in den verschiedenen Phasen der Rehabilitation als Ansprechpartner auf Augenhöhe zur Verfügung stehen sollen. Der »Reha-Pilot« versteht sich als Ergänzung der bestehenden Informations- und Beratungsstrukturen.

In einem zweiten Vorschlag wurde herausgearbeitet, im Zugangsverfahren deutlicher zwischen Angeboten zur Behebung von Informations- und Motivationsdefiziten zu differenzieren. Selbstbestimmung im Zugangsverfahren setzt ein bestimmtes Informations- und Motivationsniveau voraus. Um dieses zu erreichen, werden entsprechende Angebote benötigt. Verweigern sich Antragsteller, entsprechende Angebote zu nutzen, stellt sich auch für die Leistungsberechtigten die Frage, inwieweit in angemessener Weise Druck auf zu passive Antragsteller ausgeübt werden sollte (Zulassung zur Rehabilitation erst bei entsprechender Motivation).

Beratungs- und Informationsangebote sollten in diesem Zusammenhang stärker psychosoziale Aspekte des Klärungs- und Entscheidungsprozesses in den Vordergrund stellen. Auf dieser Ebene nehmen die Leistungsberechtigten unterschiedliche Beratungsbedarfe wahr, die derzeit nicht durch entsprechende Angebote abgedeckt werden. Als kritisch wird von den

Betroffenen bewertet, wenn schlecht informierte und entscheidungsunfähige Antragsteller in eine bestimmte Richtung »gedrängt« bzw. »gedrückt« werden. Die Entscheidung für eine bestimmte Rehabilitationsmaßnahme sollte in erster Linie eine Entscheidung des Antragstellers sein und von seinen Fähigkeiten abhängen. Viele Leistungsberechtigte haben die Erfahrung gemacht, dass nicht aus dem Weg geräumte Motivationsprobleme im Zugangsverfahren den gesamten Rehabilitationsverlauf »überschatten« können.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wurden nicht als statische Fähigkeiten beschrieben, die ein Rehabilitand zu Beginn der Rehabilitation besitzt bzw. nicht besitzt. Der Umgang mit Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wurde von den Leistungsberechtigten als Prozess angesehen, der sich unter bestimmten Rahmenbedingungen im Reha-Verlauf »wachstumsorientiert« (siehe die Baum-Metapher einer Diskussionsgruppe) gestalten lässt. Vielfach wurde von den Leistungsberechtigten betont, dass zur Selbstbestimmung auch Selbstverantwortung gehört, die sie auch bereit sind wahrzunehmen.

Entscheidend ist, inwieweit der Reha-Verlauf Raum für eigene Erfahrungen zulässt und das Selbstvertrauen stärkt, somit an den Ressourcen der Person ansetzt. Dazu, wie der »Sozialraum« Rehabilitationseinrichtung selbstbestimmungsorientierter gestaltet werden kann, haben die Diskussionsteilnehmer vielfältige Hinweise gegeben. Auch hier spielen dialogorientierte Beratungsangebote eine zentrale Rolle, ähnlich wie im Zugangsprozess.

Aus Sicht der Leistungsträger besteht ein Spannungsverhältnis zwischen dem, was die Betroffenen wünschen und dem, was der Leistungsträger für sinnvoll und erforderlich hält. Diese Spannungen und Konflikte ergeben sich im Beratungsprozess häufig aus Eignungs- und Leistungseinschränkungen der Betroffenen sowie aus Gegebenheiten des Arbeitsmarktes, weniger aufgrund finanzieller Restriktionen. Mit dem Thema Selbstbestimmung ist somit die Gefahr verbunden, dass beim Rehabilitanden Erwartungen geweckt werden, die sich nicht erfüllen lassen. Außerdem sind die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten sehr unterschiedlich, was erhebliche Folgen für den Umgang mit Selbstbestimmung hat. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, dass Selbstbestimmung nur funktionieren kann, wenn aufseiten der Betroffenen die Bereitschaft vorhanden ist, auch Selbstverantwortung zu übernehmen.

Kompetente Leistungsberechtigte irritieren Experten. Auf dem Workshop wurde deutlich, dass eine Stärkung der Selbstbestimmung bei den Leistungsberechtigten die Beziehungsebene zwischen Reha-Experten und Leistungsberechtigten verändert. Hier stellt sich die Frage, inwieweit ein Mentalitätswandel aufseiten der Experten notwendig ist. Selbstbestimmung stellt somit nicht nur für die Leistungsberechtigten eine Herausforderung dar. Auch die Experten und die verschiedenen Verwaltungskulturen sind herausgefordert sich weiterzuentwickeln.

Die Veranstaltung stand unter dem Motto, »Dialog der Akteure«, dieser Dialog ist von allen Beteiligten als sehr fruchtbar und überfällig wahrgenommen worden. Die konstruktive Kritik und die Differenziertheit der Vorschläge von Seiten der Leistungsberechtigten haben alle Experten überrascht und beeindruckt. Hier stellt sich die Frage, inwieweit in Zukunft eine »partizipationsorientierte Evaluation und Qualitätssicherung« nicht stärker für innovative Entwicklungsimpulse genutzt werden sollte.

Bereits während der Veranstaltung wurde vorgeschlagen, den »Dialog der Akteure« regelmäßig fortzuführen. Zum Thema »Reha-Pilot« will die DVfR ein weiteres Treffen organisieren.

Literatur

Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (Hrsg.) (1994). Riskante Freiheiten. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Bröckling, U. (2007). Das unternehmerische Selbst. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Dau, D.H., Düwell, F.J., Haines, H. (Hrsg.) (2002). Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar (LPK-SGB IX). Baden-Baden: Nomos.

Deutscher Bundestag BT-Drs. 14/5074 (2001). Entwurf eines Sozialgesetzbuches – Neuntes Buch (SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

DVfR (Hrsg.) Rehabilitation International – 8. Europäische Regional Conference Aachen. (2002). Vernetzt arbeiten in der Praxis: Partner verbinden in der Rehabilitation. Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen und Ergebnisse.

European Disability Forum – Generalversammlung (2002). Die Deklaration von Madrid.

Klauß, T. (2007). Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: http://homepages.compuserve.de/klaussTheo/Selbstbestimmung.htm (Zugriff: 19.06.08).

Korn, T. (2002). Individualisierung – allgemeine Tendenzen und der deutsche Sonderweg. In: Volkmann, U., Schimank, U. (Hrsg.). Soziologische Gegenwartsdiagnosen II. Opladen: Leske+ Budrich.

Waldschmitt, A. (2003). Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma - Perspektiven der Disability Studies. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B8/2003, S. 13–20.

Welti, F. (2008). Rechtliche Aspekte einer „Patientenorientierung“ in der Rehabilitation. In: Die Rehabilitation 2008; 47, S. 109–111.

Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation

Historische Entwicklungen: Kontinuitäten und Brüche –

1. Gesetze in der Kaiserzeit

Mit den Sozialgesetzen in der Kaiserzeit wurde die Basis für die Entwicklung eines umfassenden Sozialrechts in Deutschland gelegt, auch wenn sie zunächst nur Reaktionen auf die durch die Industrialisierung entstandene soziale Not waren. Besonders hervorzuheben sind folgende Sozialgesetze der Kaiserzeit:

- das Unfallversicherungsgesetz vom 6.7.1884
- das Gesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung vom 22.6.1889
- die Reichsversicherungsordnung vom 19.7.1911
- das Versicherungsgesetz für Angestellte (später Angestelltenversicherungsgesetz) vom 20.11.1911

a) Wesentlicher Inhalt der Gesetze im Hinblick auf berufliche Rehabilitation

Mit dem **Unfallversicherungsgesetz** wurden den Versicherten bei Betriebsunfällen Unfallrenten (ab der 14. Woche), medizinische Heilbehandlung und Hilfen zur Unfallverhütung zugesichert.

Im **Gesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung** wurde neben Rentenleistungen bereits 1894 die Gesundheitsförderung freiwillig in den Aufgabenkreis für die versicherte Bevölkerung aufgenommen, weil die Träger der Invalidenversicherung erkannt hatten, „dass Schäden besser verhütet als in Geld entschädigt werden und es dem Versicherten mehr dient, den bevorstehenden Verfall der Erwerbsfähigkeit zu verhindern, als die eingetretene Erwerbsunfähigkeit durch Gewährung von Geldrenten auszugleichen.“[1]

Die **Reichsversicherungsordnung** fasste das Unfallversicherungs- und das Krankenversicherungsgesetz sowie das Gesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung zusammen und entwickelte sie fort. Gleichzeitig wurde am 20.11.1911 das Versicherungsgesetz für Angestellte (später Angestelltenversicherungsgesetz) beschlossen.

Die Reichsversicherungsordnung regelte auch die Einleitung von Heilverfahren neu, um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe abzuwenden.

[1] zitiert nach Fuchs/Ritz: Kommentar zum SGB IX 2006, S. 3

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

Das Gesetz über die Invaliditäts- und Alterssicherung wurde wie das Krankenversicherungsgesetz vom 15.6.1883 und das Unfallversicherungsgesetz verabschiedet, um auf die im Zuge der Industrialisierung entstandene soziale Not der Arbeiterschaft zu reagieren.

Mit den Sozialgesetzen konnte Bismarck den eigentlichen Forderungen der sozialistischen Bewegung nicht nachkommen. Vor allem war zu bedenken, dass der beschlossene Rentenanspruch erst ab dem 70. Lebensjahr realisiert werden konnte. Außerdem waren die Sozialleistungen so niedrig, dass sie keine wirkliche finanzielle Absicherung bedeuteten. Trotzdem war Deutschland mit diesen Gesetzen weltweiter Vorreiter beim Aufbau eines staatlichen Sozialsystems. Die Gesetze waren für die damalige Zeit revolutionär.

1. Gesetze der Weimarer Republik

In der Weimarer Republik wurden vor allem folgende Gesetze im Bereich der Rehabilitation verabschiedet:

- Verordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 13.11.1918
- das Schwerbeschädigtengesetz vom 6.4.1920
- das Knappschaftsgesetz vom 23.6.1923
- die Verordnung über die Fürsorgepflicht (RFV) vom 13.2.1924
- das Angestelltenversicherungsgesetz vom 28.5.1924 und
- das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung vom 16.7.1927 (Arbeitslosenversicherungsgesetz – AVAVG –)

a) Wesentlicher Inhalt der Gesetze im Hinblick auf berufliche Rehabilitation

Mit der **Verordnung über Erwerbslosenfürsorge** wurden die Gemeinden verpflichtet, eine Fürsorge für Erwerbslose einzurichten, die nicht den Charakter der Armenfürsorge haben durfte.

Mit dem **Schwerbeschädigtengesetz** wurde die wirtschaftliche Eingliederung der Schwerbeschädigten und Schwerunfallverletzten in das Erwerbsleben in den Vordergrund gestellt. Erstmals wurden eine Einstellungsverpflichtung (2 % der Arbeitsplätze) und ein Kündigungsverbot gesetzlich geregelt.

Es wurden allerdings neben Unfallopfern nur diejenigen als Schwerbeschädigte anerkannt, die im Dienste an der Allgemeinheit Gesundheitsschäden erlitten hatten (Kausalprinzip).

Ziel der **RFV** war die Stärkung der Hilfsbedürftigen, damit sie sich möglichst bald wieder selbst versorgen konnten. Von der Fürsorge wurden Geld- und Sachleistungen gewährt (z.B. für Lebensunterhalt, Unterkunft, Krankenhilfe).

Das **AVAVG** gehört zu den wichtigsten sozialpolitischen Innovationen der Weimarer Republik. Es schloss die letzte große Lücke im Gefüge der sozialen Sicherung der abhängig beschäftigten Erwerbsbevölkerung und integrierte zugleich die finanzielle Unterstützung der Arbeitslosen in ein arbeitsmarktpolitisches Gesamtsystem, das von der Statistik über den Marktausgleich bis hin zu Ansätzen einer aktiven Arbeitsmarktstrukturpolitik durch Förderung der beruflichen Mobilität reichte (Faust, 1987, S.260). Mit dem AVAVG wurde die Reichsan-

stalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenvermittlung (die spätere Bundesanstalt für Arbeit) geschaffen.

Arbeitgeber und Arbeitnehmer mussten nach dem Gesetz je zur Hälfte 3% des Grundlohnes in die Arbeitslosenversicherung einzahlen.

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

Die Weimarer Republik war sowohl von Zeiten der wirtschaftlichen Erholung und Blüte als auch von tief greifenden Rezessionen geprägt. Die Geschichte der Weimarer Republik lässt sich in drei Phasen einteilen[2]:

- die Zeit von der Entstehung bis 1923, in der die Republik wiederholt vor dem wirtschaftlichen und politischen Zusammenbruch stand,
- die Zeit von 1923 bis 1929, die durch die Schlagworte „die goldenen Zwanziger Jahre“ oder die „Ära Stresemann“ gekennzeichnet ist und
- die Zeit von 1929 bis Anfang 1933, die man als eine Zeit des wirtschaftlichen Niedergangs infolge der Weltwirtschaftskrise mitsamt stark zunehmender Arbeitslosigkeit sowie einer daraus resultierenden instabilen demokratischen Ordnung bezeichnen kann.

Gerade in den Phasen wirtschaftlicher Krisen standen auch die Sozialversicherungen kurz vor dem Ruin. Vor allem auch durch die Deflationspolitik des Reichskanzlers Heinrich Brüning als Antwort auf die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise wurden große Teile des Sozialversicherungssystems in ihrer Substanz gefährdet.

Insgesamt ist das Urteil über die Sozialpolitik der Weimarer Republik gemischt.

2. Gesetze in der Zeit des Nationalsozialismus

1933 stand die Regierung zunächst vor dem Problem, die durch Inflation und Wirtschaftskrise stark angeschlagenen Sozialversicherungszweige finanziell zu sanieren. Dazu dienten mehrere Gesetze, u.a. das Gesetz zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Invaliden-, der Angestellten- und der knappschaftlichen Versicherung vom 07.12.1933. Von Bedeutung waren außerdem

- das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung vom 5.7.1934 (Aufbaugesetz),
- die Dritte Berufskrankheitenverordnung vom 16.12.1936,
- das Gesetz über den Ausbau der Rentenversicherung vom 21.12.1937 (Ausbaugesetz) sowie
- mehrere Knappschaftsgesetze und Leistungsverbesserungsgesetze während des Krieges.

[2] Müller, 1990, S. 227

a) Wesentliche Inhalte der Gesetze im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation

Mit der **3. Berufskrankheitenverordnung** wurde die Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten erweitert und der gewerbeärztliche Dienst ausgebaut. Damit wurde die Sozialpolitik der Weimarer Republik hinsichtlich der Berufskrankheiten fortgesetzt. Seit dieser Zeit gibt es den Staatlichen Gewerbearzt.

Das kassenärztliche Recht auf Arbeitsunfähigkeitsschreibung wurde ab 1938 eingeschränkt. Ab 1941 wurden alle Rentner in die gesetzliche Krankenversicherung übernommen.

Kriegsbeschädigte hatten unabhängig von der Art und Schwere ihrer Behinderung Anspruch auf eine unentgeltliche Berufsausbildung oder Berufsumschulung sowie auf Unterstützung bei beruflicher Selbstständigkeit.

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

In den ersten Jahren der nationalsozialistischen Herrschaft sank die Zahl der Arbeitslosen gewaltig. Sie lag bereits 1934 nur noch bei 2,5 Millionen. Hauptursache war das bereits von der Brüning-Regierung eingeleitete Beschäftigungsprogramm (Landwirtschaft und Straßenbau), das auf den Wohnungsbau ausgeweitet wurde. Insbesondere der Autobahnbau wurde programmatisch in Szene gesetzt. Ein zusätzlicher Effekt wurde erzielt, indem Frauenarbeit wieder als verpönt galt und Frauen insbesondere aus dem Dienstleistungsgewerbe und den höher qualifizierten Berufen systematisch verdrängt wurden, wodurch viele freie Stellen geschaffen wurden.

Behinderte Menschen wurden bereits kurz nach der Machtergreifung durch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ nicht nur zwangssterilisiert, sondern waren durch die „geheime Reichssache“ zur „Euthanasie“ in ihrer Existenz bedroht.

Bei der Betrachtung behinderter Menschen wurde allerdings durchaus differenziert. Kriegsbeschädigte galten nicht als „minderwertige Menschen“, sondern als Leistungsträger des Krieges, die ihr Opfer im Sinne der Allgemeinheit im Krieg erbracht hatten. Die berufliche Rehabilitation dieser „Opfer“ wurde daher zu einer ethischen Verpflichtung der Allgemeinheit erklärt. Daher hatten Kriegsbeschädigte die vorgenannten besonderen Rechte.

3. Gesetze der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1970er Jahre

Von besonderer Bedeutung sind vor allem

- Änderungsgesetz zum AVAVG vom 16.04.1956
- Gesetz über die Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Rentenreformgesetz vom 21.1.1957)
- Fremdrenten- und Auslandsrentenneuregelungsgesetz vom 25.02.1960
- Handwerkerversicherungsgesetz vom 08.09.1960
- Gesetz zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung vom 30.04.1963
- Rentenversicherungsänderungsgesetze der Jahre 1965, 1966 und 1969
- Arbeitsförderungsgesetz (AFG) vom 13.05.1969

- Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation von Behinderten 1970
- Rentenreformgesetz vom 16.10.1972
- 4. Rentenversicherungsänderungsgesetz vom 30.03.1973
- Schwerbehindertengesetz vom 29.04.1974
- Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 07.08.1974 (Reha-Angleichungsgesetz)
- Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 07.05.1975
- Erstes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I)

a) Wesentlicher Inhalt der Gesetze vor allem im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation

Durch das **Änderungsgesetz** zum AVAVG vom 16.04.1956 wurde erstmals die Arbeitslosenhilfe eingeführt. Die Arbeitslosenfürsorge gab es von diesem Zeitpunkt an nicht mehr.

Das **Gesetz über die Neuregelung des Rechts der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten** vom 21.01.1957 enthält Regelungen über

- Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit,
- die Verhinderung des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben,
- die Verhinderung der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit,
- die Ermöglichung der dauerhaften Wiedereingliederung (Rehabilitation).

Die Rentenversicherung gewährt seit diesem Zeitpunkt ihre Reha-Leistungen nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“.[3] Damit hat der Staat sich zur Aufgabe gemacht, Rehabilitation gesetzlich zu regeln. Eine solche Aufgabe hätte man auch dem Markt oder der privaten Fürsorge überlassen können.

Das **Arbeitsförderungsgesetz (AFG)** trat zum 01.07.1969 in Kraft. Es löste das AVAVG aus dem Jahre 1927 ab und war bis zum 31.12.1997 Grundlage des Arbeitsförderungsrechts. Aufgabenträgerin war die Bundesanstalt für Arbeit. Die Bundesanstalt für Arbeit wurde außerdem erstmals mit der planmäßigen Arbeitsmarkt- und Berufsforschung betraut. Damit wurde das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) legitimiert.

Schon das AFG war auf den Ausgleich des Arbeitsmarktes orientiert und ging nicht mehr von einer Stellenbewirtschaftung der Bundesanstalt für Arbeit aus. Es übertrug der Bundesanstalt für Arbeit aber eine unmittelbar verantwortliche Stellung als agierender Teilnehmer des Marktes. Mit dem AFG wurde vor allem die individuelle und institutionelle Förderung der beruflichen Bildung (Ausbildung, Fort- und Weiterbildung, Umschulung) wesentlich intensiviert. Ziel war die Verbesserung der beruflichen Mobilität. Auch der beruflichen Rehabilitation wurde ein besonderer Unterabschnitt eingeräumt. Die Bundesanstalt für Arbeit wurde Trägerin der Rehabilitation.[4]

Das AFG wurde insgesamt 115 Mal mehr oder weniger umfassend geändert. Die Geschichte des AFG ist seit der Ölkrise 1974 eine Geschichte der Leistungskürzungen bzw. der Ver-

[3] Fuchs, Kommentar zum SGB IX, 2006, S. 4
[4] Bartz, Mutschler, Schmidt-De Caluwe, Wissing: Kommentar zum SGB III (Nomos)

schärfungen der Leistungsvoraussetzungen (z.B. Haushaltsstrukturgesetz von 1975, Haushaltsbegleitgesetz von 1984 oder das 7. Änderungsgesetz zum AFG von 1985).

Mit dem **Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation von Behinderten (1970)** wurden zentrale Grundlagen für eine moderne Rehabilitation gelegt. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ wurde bekräftigt und ausgefüllt. Oberstes Ziel war es, durch medizinische und berufliche Rehabilitation eine Eingliederung behinderter Menschen in das Arbeitsleben und die Gesellschaft zu ermöglichen. Durch umfassende Qualifizierung, die auf die Fähigkeiten und die besonderen Bedürfnisse der Behinderten abstellte, sollten Behinderte in die Lage versetzt werden, auf dem Arbeitsmarkt und im Wettbewerb mit Nichtbehinderten zu bestehen. Für Behinderte, die nicht oder noch nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden konnten, wurden Werkstätten für Behinderte (WfB) geschaffen, in denen die Behinderten qualifiziert und beschäftigt werden konnten.

Für junge Menschen, die wegen ihrer Behinderung keinen Ausbildungsplatz in der freien Wirtschaft finden konnten, wurden Berufsbildungswerke geschaffen, in denen durch individuelle psychologische, soziale, medizinische und pädagogische Hilfen eine umfassende Qualifizierung gewährleistet wurde.

Für erwachsene behinderte Menschen, die wegen ihrer Erkrankung oder Behinderung ihren bisherigen Beruf oder die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben konnten, wurden Berufsförderungswerke geplant und errichtet. Diese verfügten von Anfang an über medizinische, psychologische und soziale Fachdienste sowie besondere pädagogische Hilfen und konnten auch Behinderte erfolgreich qualifizieren, die wegen der Schwere ihrer Behinderung im Betrieb oder in anderen außerbetrieblichen Bildungsstätten aufgenommen wurden.

Die vierte institutionelle Säule waren Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Zweite Phase), in denen behinderte Menschen nach einer Erkrankung oder einem Unfall zunächst medizinisch rehabilitiert und dann berufsvorbereitend trainiert wurden.

War es mit dem am 16.06.1953 verabschiedeten Schwerbeschädigtengesetz beabsichtigt, die Folgen des Krieges, Schädigungen im Dienste der Allgemeinheit und Folgen von Arbeitsunfällen zu überwinden (Kausalprinzip), zielt das **Schwerbehindertengesetz** von 1974 auf die Gewährung einer umfassenden Rehabilitation aller Behinderten, ohne Rücksicht auf die Ursache ihrer Schädigung (Finalprinzip).[5]

Mit dem **Reha-Angleichungsgesetz** (07.08.1974) wurde erstmals der Versuch unternommen, die einzelnen Versicherungszweige und das bis dahin sehr unterschiedliche Recht der medizinischen, beruflichen und ergänzenden Rehabilitation zu vereinheitlichen und zu verbessern, in Teilbereichen aber auch erstmals in dieser Form einzuführen sowie ein nahtlos ablaufendes Rehabilitationsverfahren zu verwirklichen. Internationale Grundlage für diese Entwicklung war die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Durch die Einbeziehung der Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger, die einheitliche Ausgestaltung des Rehabilitationsrechts im Recht der Sozialversicherungsträger sowie die Anpassung des Bundesversorgungsgesetzes wurde erstmals ein einheitliches Rehabilitationsrecht geschaffen. Diese Vereinheitlichung des Rehabilitationsrechts und der Rehabilitationsleistungen wurde aber durch viele Gesetze (Haushaltsbegleitgesetze, SGB III usw.) wieder auseinander entwickelt. Außerdem war das Reha-Angleichungsgesetz kein Leistungsgesetz.

[5] Bihr, Fuchs, Krauskopf, Ritz: Kommentar zum SGB IX, 2006, S. 7

Nach § 1 des Gesetzes waren alle medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen darauf auszurichten, körperlich, geistig oder seelisch Behinderte möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. Die berufliche Rehabilitation umfasste nach dem Gesetz Hilfen zur Erlangung und Erhaltung des Arbeitsplatzes, zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung. Dazu kamen ergänzende Leistungen (z.B. Übergangs- und Krankengeld, Lernmittel, Reisekosten).[5a]

Anfang 1975 wurde mit der schrittweisen Erarbeitung eines Sozialgesetzbuches begonnen, in der Absicht, die Sozialleistungen in einem einheitlichen Buch (Sozialgesetzbuch) zusammenzufassen. Mit dem **SGB I** wurde die erste Phase dieser Bemühungen abgeschlossen.

Das Gesetz gewährt Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Abwehr, Beseitigung, Besserung oder Verhinderung einer Behinderung und deren Folgen sowie zur Sicherung eines den Neigungen und Fähigkeiten des Behinderten entsprechenden Platzes in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben.[6]

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

Zur Zeit der Verabschiedung des Rentenreformgesetzes 1957 war die Wirtschaft im Aufbau. Die Arbeitslosigkeit lag bis September 1957 im Durchschnitt bei 3,7 % und damit 0,7 % unter dem Durchschnittswert des Jahres 1956. Im Jahre 1950 hatte sie bei 11,4 % und 1954 noch bei 7,6 % gelegen. So waren im Januar 1957 1,5 Millionen Arbeitslose registriert (1,1 Millionen Männer und 0,3 Millionen Frauen). Im Sommer sank die Zahl der Arbeitslosen auf den Tiefststand von 0,4 Millionen (davon 187.000 Männer und 177.000 Frauen). Es bestand quasi Vollbeschäftigung und Arbeitskräftemangel, im Grunde genommen Überbeschäftigung.[7]

So wurden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung von 3% auf 2% gesenkt und wurde am 31.5.1957 erstmals ein Gesetz zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle für Arbeiter und Angestellte beschlossen. Das Bundesarbeitsgericht stellte am 23.03.1957 fest, dass der Gleichbehandlungsgrundsatz des Grundgesetzes auch beim Abschluss von Tarifverträgen zu beachten sei und in Tarifverträgen keine unterschiedliche Entlohnung von Frauen und Männern festgelegt werden dürfe.

Mitte des Jahres wurde die wirtschaftliche Lage zwar durch eine leichte Rezession beeinträchtigt, die von den USA ausging. Dies wirkte sich allerdings nur auf dem Aktien-, nicht aber auf dem Arbeitsmarkt aus.

In den 1960er Jahren entwickelte sich die Wirtschaft sehr positiv. Im Jahre 1963 beispielsweise war die gesamtwirtschaftliche Situation gekennzeichnet von einem anhaltenden konjunkturellen Aufschwung und immer höherer Preisstabilität. Bei dieser stabilen Wirtschaftslage expandierte auch der Personalmarkt. Die umfassende Ausnutzung der Produktionskapazitäten führte zu einer deutlichen Zunahme der Frauenbeschäftigung (1963 = 36%). Der durchschnittliche Stundenlohn der Frauen lag aber 1,15 DM unter dem der Männer.

Die Zunahme des Bruttosozialproduktes lag 1963 bei 3%. Das Bundeswirtschaftsministerium forderte aber „eine Rückführung der Ansprüche an das Sozialprodukt auf ein Maß, das Preisstabilität erwarten lässt“ (Maßhalte-Appelle von Ludwig Erhard). Trotz der guten wirtschaftlichen Gesamtentwicklung waren 1963 der Schiffbau und die Stahlindustrie in der Kri-

[5a] Bihr, Fuchs, Ritz, Kommentar zum SGB IX, 2006, S.5
[6] Fuchs, Kommentar zum SGB IX, 2006, S. 6
[7] GESIS-ZUMA: Arbeitsmarkt und Beschäftigungsbedingungen, Arbeitslosenquote

se. Die Zahl der Arbeitslosen betrug 1963 nur 185 646 und die Arbeitslosenquote lag bei 0,8%. Sie stieg 1967 auf 2,1% und sank dann bis 1970 auf 0,7%. Erst danach stieg sie wieder an und lag 1975 bei 4,7%.

Die 1970er Jahre wurden durch humanitäre Wertevorstellungen und soziale Grundsätze geprägt. Schon in der Regierungserklärung von 1969 heißt es u.a.: „Wir wollen uns denjenigen zuwenden, die trotz Wirtschaftswachstum und Wohlstand im Schatten der Gesellschaft leben, den Behinderten und Benachteiligten“. So war es nahe liegend, dass 1970 das Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten verabschiedet wurde, das vor dem Hintergrund eines Wirtschaftsbooms in Kraft trat.

Die Bundesregierung erwartete in ihrem Jahreswirtschaftsbericht im Januar 1970 im Jahresdurchschnitt bis 1974 einen Zuwachs des nominalen Bruttosozialproduktes von 6,8%. Wegen des hohen Preisanstiegs beschloss die Bundesregierung am 22.01.1970 ein Konjunktur- und Stabilisierungsprogramm zur Dämpfung der Hochkonjunktur. Vorgesehene Steuersenkungen wurden verschoben.

Am 16.04.1970 verabschiedete die Bundesregierung den ersten Sozialbericht. Bei den mittelfristigen sozialpolitischen Zielen stand die Verbesserung der beruflichen Bildung im Mittelpunkt.

Bei den Tarifverhandlungen wurden hohe Lohn- und Gehaltszuwächse beschlossen. So erhielten die Angestellten des Bundes, der Länder und Kommunen eine Erhöhung von 8%, die Beschäftigten der Bekleidungsindustrie von 12,5%. Es wurde zur Förderung der Vermögensbildung der Arbeitnehmer das sogenannte 624-Marksgesetz verabschiedet.

4. Gesetze der Bundesrepublik Deutschland von Mitte der 1970er Jahre bis zur Wiedervereinigung

Nach Mitte der 1970er Jahre bis zur Wiedervereinigung sind vor allem folgende Gesetze, Grundsätze und Programme zu nennen, die den Bereich der beruflichen Rehabilitation berühren:

- Haushaltsstrukturgesetz vom 18.12.1975
- 20. Rentenanpassungsgesetz (20.RAG) von 1978
- 5. Änderungsgesetz zum AFG vom 23.07.79
- Fortschreibung des Aktionsprogramms Rehabilitation der Bundesregierung (1980)
- Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz vom 22.12.1981
- Grundsätze über die Angemessenheit von Kosten in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (KGS) aus dem Jahre 1981
- Gesetz zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts (Haushaltsbegleitgesetz 1983)
- Haushaltsbegleitgesetz von 1984
- Beschäftigungsförderungsgesetz vom 26.04.1985
- 7. Änderungsgesetz zum AFG vom 20.12.1985

- 9. Änderungsgesetz zum AFG vom 20.12.1988
- Sozialgesetzbuch V (SGB V) vom 20.12.1988

a) Wesentliche Inhalte der Gesetze im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation

Mit dem **Haushaltsstrukturgesetz** vom 18.12.1975 wurden Leistungsbegrenzungen bei der beruflichen Bildung vorgenommen. Ursache war der enorme Anstieg der Arbeitslosenzahlen von 1974 auf 1975 (von 583.000 auf 1,1 Millionen). Mit dem **5. Änderungsgesetz zum AFG** vom 23.07.1979 wurde die Teilnahme an Bildungsmaßnahmen wieder erleichtert.

Mit dem **20. Rentenanpassungsgesetz (20. RAG)** von 1978 wurde die Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation von der Rentenversicherung auf die Bundesanstalt für Arbeit (BA) übertragen, wenn die Antragsteller noch keine 15 Beitragsjahre aufweisen konnten. Damit wurde die BA erstmals seit 1957 zum Hauptrehabilitationsträger im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Die Regelung wurde wegen finanzieller Engpässe bei der Rentenversicherung, nicht aber aus sachlichen Gründen vollzogen. Bereits 1981 war die BA bei 77% aller Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation Leistungsträger. Die Ausgaben für Rehabilitation bei der BA stiegen im Jahre 1981 auf 2 Milliarden DM, nachdem sie 1978 noch bei 450 Millionen DM gelegen hatten.

Mit dem 1980 fortgeschriebenen **Aktionsprogramm Rehabilitation** der Bundesregierung wurde nochmals die Bedeutung der Rehabilitation unterstrichen und erstmals die berufliche Rehabilitation psychisch kranker Menschen in den Fokus gerückt.

Am 22.12.1981 wurde das **Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz** verabschiedet, das auch Kürzungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation beinhaltete. Gravierende Auswirkungen für die behinderten Menschen konnten verhindert werden. So wurde u.a. darauf verzichtet, das kostenlose Mittagessen für Pendler zu streichen.

Das Gesetz hatte außerdem eine Verbesserung der Effektivität und der Effizienz der arbeitsmarktpolitischen Instrumente zum Ziel. Die Arbeitslosigkeit war auf 5,5% gestiegen und die Ausgaben für berufliche Bildung und Rehabilitation waren explosionsartig von 1,9 Milliarden DM (1980) auf 8 Milliarden DM (1981) gestiegen.

Das **Haushaltsbegleitgesetz 1983** führte erneut zu gravierenden Leistungseinschnitten und u.a. zu Kürzungen des Übergangsgeldes für die Rehabilitanden. Allerdings wurde es nicht auf das Niveau des Unterhaltsgeldes für Nichtbehinderte abgesenkt.

Mit dem **Haushaltsbegleitgesetz 1984** wurde das Übergangsgeld um weitere 5% abgesenkt. Außerdem mussten pauschal 150 Millionen DM eingespart werden. Es war eine Zuzahlung zu den Internatskosten beabsichtigt. Sie wurde aber letztendlich nicht realisiert.

Durch das **Beschäftigungsförderungsgesetz** vom 26.04.1985 wurde eine Deregulierung des Arbeitsmarktes vorgenommen. So kam es u.a. zu einer Erleichterung von Leiharbeitsverhältnissen und einer Lockerung des Arbeitsvermittlungsmonopols der Bundesagentur für Arbeit.

Die ebenfalls im Jahre 1985 verabschiedete **7. Novelle zum Arbeitsförderungsgesetz (AFG)** war als Qualifizierungsoffensive gedacht und führte dazu, dass einige Kürzungen der Vergangenheit wieder zurückgenommen wurden. So wurde das Übergangsgeld erhöht und der Anspruchsberechtigtenkreis auf Übergangsgeld wieder erweitert. Die Bundesanstalt für

Arbeit verabschiedete am 28.01.1985 einen Qualifizierungserlass, der die Belegung von „Billiganbietern“ verhindern sollte.

Das 9. Änderungsgesetz zum AFG vom 20.12.1988 brachte wiederum Verschlechterungen. So wurden Bildungsmaßnahmen nur noch als Ermessensleistungen gewährt. Der vorher vorhandene Rechtsanspruch wurde gestrichen.

Mit dem Sozialgesetzbuch V wurde die gesetzliche Krankenversicherung neu geregelt. Es trat am 01.01.1989 in Kraft.

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

Die allgemeine wirtschaftliche und sozialpolitische Entwicklung war in den 1970er und 1980er Jahren sehr unterschiedlich. Perioden des wirtschaftlichen Wachstums und der Weiterentwicklung der sozialen Systeme wurden abgelöst durch Jahre der Stagnation, der Verknappung finanzieller Ressourcen und der Kürzungen von Sozialleistungen zur Konsolidierung der öffentlichen Haushalte und der Finanzen der Sozialleistungsträger. Die Arbeitslosigkeit stieg von 2,6% im Jahre 1974 auf 9,3% im Jahre 1985 und lag 1988 immer noch bei 8,7%.

Die grundsätzlich positive Einstellung zu beruflicher Rehabilitation schlug sich nicht zuletzt in der Fortschreibung des Aktionsprogramms Rehabilitation nieder. Auch im internationalen Jahr der Behinderten 1981 hob die von der Bundesregierung eingerichtete Nationale Kommission die Bedeutung der Rehabilitation in ihren Arbeitsgruppen und in ihrem abschließenden Bericht noch einmal hervor.

Die negative Entwicklung der Wirtschaft und der Anstieg der Arbeitslosigkeit führten allerdings immer wieder zu Kürzungen und Sparmaßnahmen.

5. Gesetze seit der Vereinigung bis heute

Die aktuelle Rechtssituation hat sich vor allem seit Anfang der 1990er Jahre entwickelt. Dies geschah auch auf dem Hintergrund des Europäischen Rechts.

Wesentlich war die Einordnung der Leistungsgesetze in das Sozialgesetzbuch und die Verabschiedung des Sozialgesetzbuches IX, das die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen regelt. Das SGB IX dehnt den Kreis der Rehabilitationsträger auf die Sozial- und Jugendhilfe aus. Es erweiterte damit auch den Personenkreis, der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation hat. Das SGB II hat doch nicht den Personenkreis erweitert. Vorher war doch die BA bzw. die Sozialhilfe zuständig.

Im Wesentlichen wurden seit Anfang der 1990er Jahre folgende Gesetze verabschiedet, die Veränderungen für die Rehabilitation brachten und die heutige Rechtssituation in diesem Bereich prägen:

- Rentenreformgesetz 1992 vom 09.11.1989 einschließlich Sozialgesetzbuch VI
- Gesetz zur Änderung von Fördervoraussetzungen im AFG und in anderen Gesetzen vom 18.12.1992
- Beschäftigungsförderungsgesetz vom 26.07.1994
- Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) vom 07.08.1996

- Gesetz zur Umsetzung des Programms für mehr Wachstum und Beschäftigung in den Bereichen der Rentenversicherung und Arbeitsförderung (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz – WFG –) vom 25.09.1996
- Arbeitsförderungsreformgesetz vom 24.03.1997
- Sozialgesetzbuch III (SGB III) vom 24.03.1997
- Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter vom 29. September 2000
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) vom 19.06.2001
- Rentenreformgesetz von 2001
- Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz) vom 27.04.2002
- Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2003 (Hartz III)
- Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt mit dem

  Sozialgesetzbuch II (SGB II) vom 24.12.2003 (Hartz IV)
- Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung vom 23.04.2004

a) Wesentliche Inhalte der Gesetze im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation

Das **Rentenreformgesetz 1992**, das zwar am 09.11.1989 verabschiedet wurde, aber erst zum 01.01.1992 in Kraft trat, brachte den Übergang von der Brutto- zur Nettorentenanpassung und die Einordnung des Rentenrechts in das Sozialgesetzbuch VI. Die Altersgrenzen wurden ab 2001 schrittweise generell auf 65 Jahre erhöht. Für Frauen wurden Zeiten der Kindererziehung als Berücksichtigungszeiten bei der Berechnung der Rente eingeführt.

Die bestehenden Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten wurden durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt. Durch diese gesetzliche Regelung musste die Rentenversicherung keine Berufsunfähigkeitsrente mehr zahlen, selbst wenn der behinderte Mensch keine vollwertige Berufsausbildung mehr erhielt.

Mit dem „**Gesetz zur Änderung von Fördervoraussetzungen im AFG** (10. AFG-Novelle) **und in anderen Gesetzen“** vom 18.12.1992 wurde ab 1993 die Inanspruchnahme von berufsfördernden Leistungen der Rentenversicherung wieder erleichtert, also eine umfangreichere Zuständigkeit erreicht.[8] So hatte die Rentenversicherung berufsfördernde Maßnahmen auch dann zu zahlen, wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu zahlen war oder wenn die berufsfördernden Leistungen unmittelbar im Anschluss an medizinische Leistungen der Rentenversicherung erforderlich wurden.

Das **Beschäftigungsförderungsgesetz** vom 26.07.1994 beendete das Vermittlungsmonopol der Bundesanstalt für Arbeit.

Das **Sozialgesetzbuch VII** regelt die gesetzliche Unfallversicherung. Es ist am 01.01.1997 in Kraft getreten.

[8] Reimann, Bedeutungswandel der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht der Rentenversicherungsträger, aus Die Berufsförderungswerke – Netzwerk der Zukunft, S.55 ff

Mit dem **Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz** fiel ab dem 01.01.1997 der Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation weg, wenn die Behinderten nicht schwerbehindert oder Jugendliche waren. Außerdem wurde die Höhe der Lohnersatzleistungen (Übergangsgeld) in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung harmonisiert.

Das **Arbeitsförderungs-Reformgesetz** vom 24.03.1997 sicherte Behinderten, die wegen Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Hilfen angewiesen waren, wieder einen Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation zu. Diese Änderung trat bereits zum 01.04.1997 in Kraft.

Das **Sozialgesetzbuch III** regelt die Arbeitsförderung und ist am 01.01.1998 in Kraft getreten. Im SGB III wird deutlich, dass die Arbeitsmarktpolitik funktionell und instrumental nicht mehr im Zentrum der für einen Arbeitsplatz- und Beschäftigungsstand relevanten Politik steht. Die Bundesanstalt für Arbeit wird aus der entsprechenden Verantwortung zurückgezogen. Ebenso deutlich und konsequent werden als Arbeitsmarktverantwortliche die Bundesregierung, die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer benannt. Die Bundesanstalt für Arbeit wird im SGB III in ihrer Zuständigkeit und den einzelnen Leistungsbereichen darauf beschränkt, den Ausgleich von Angebot und Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt zu unterstützen.[9]

Mit der Novellierung des § 1 SGB III durch das **Job-Aktiv-Gesetz** vom 10.12.2001 wurden in das SGB III wieder die bereits im AFG ausgeprägten Zielstellungen des Arbeitsförderungsrechts in die Grundsatznorm aufgenommen, d.h. der Gesetzgeber bekennt sich wieder ausdrücklich zur Verantwortung für eine effektive Arbeitsmarktpolitik. [10]

Die im Sozialgesetzbuch III aufgenommenen Regelungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verfolgen den Zweck, die möglichst dauerhafte und uneingeschränkte Eingliederung einer Person auch bei behinderungsbedingt niedrigem Leistungsvermögen durch Förderung adäquater Bildungsmaßnahmen zu unterstützen. Behinderte Menschen sollen in allen Tätigkeitsbereichen gefördert werden können, die gute und dauerhafte Beschäftigungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bieten.

Das **Sozialgesetzbuch IX** regelt die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen und ist am 01.07.2001 in Kraft getreten. Bei diesem Gesetz handelt es sich um die erste wirkliche Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Behindertenrechts in Deutschland seit dem Inkrafttreten des Reha-Angleichungsgesetzes. Die Zusammenfassung des Schwerbehindertenrechts und der Rehabilitation behinderter Menschen in einem Buch des Sozialgesetzbuches ist von historischer Bedeutung. Von grundsätzlicher Bedeutung ist auch die Einbeziehung der Sozialhilfeträger in den Kreis der Rehabilitationsträger.[11]

Ziel des SGB IX ist die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen. Das Gesetz stärkt also die Rechte der Behinderten, fördert ihre Selbstbestimmung und stellt die Teilhabe in den Mittelpunkt. Es fordert außerdem die Berücksichtigung der Bedürfnisse der behinderten Menschen bei allen Leistungen ein.

Man kann hierbei durchaus von einem Paradigmenwechsel sprechen. Trotzdem ist das Gesetz, vergleichbar dem Reha-Angleichungsgesetz, kein Leistungsgesetz, denn die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften (SGB

[9] Bartz, Mutschler, Schmidt-De Caluwe, Wissing: Kommentar zum SGB III
[10] Hauck/Noftz: Kommentar zum SGB III
[11] Bihr, Fuchs, Krauskopf, Ritz: Kommentar zum SGB IX, 2006, S.17

III, SGB VI, SGB VII usw.). Die Art, der Umfang sowie die Ausführung der Leistungen sind allerdings für alle Rehabilitationsträger einheitlich ausschließlich nach den allgemeinen Regelungen des SGB IX zu beurteilen.

Mit dem **Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter** vom 29.09.2000 war die Verpflichtung verbunden, bis Oktober 2002 zusätzlich 50.000 Schwerbehinderte einzugliedern. Die Schwerbehindertenquote wurde zunächst vorübergehend und schließlich dauerhaft auf 5% gesenkt.

Zur Umsetzung des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes und als wichtiges Gesetz gegen die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen wurde am 27.04.2002 das „**Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen“** verabschiedet. Das Gesetz enthält vor allem allgemeine Regelungen zur Bekämpfung der Diskriminierung im Privatrecht sowie Regelungen zur Herstellung von Barrierefreiheit und zur Anerkennung der Gebärdensprache in Verwaltungs- und Gerichtsverfahren.

Das **Sozialgesetzbuch II** regelt die Grundsicherung für Arbeitssuchende und ist am 01.01.2005 in Kraft getreten. Es beruhte auf dem Bericht der Kommission 2002, der sogenannten Hartz-Kommission, und brachte die Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe. Die Überschrift des 1. Kapitels, „Fordern und Fördern“, macht die Grundlinie des Gesetzes deutlich: Es beruht auf dem Gedanken von Leistung und Gegenleistung. Diesem Gedanken liegt die Auffassung zugrunde, die Beeinflussung der Motivation erwerbsfähiger Arbeitsloser sei ein geeignetes Instrumentarium zur Bekämpfung von Arbeitslosigkeit. Im Rahmen einer solchen Arbeitsmarktpolitik werden Empfänger von Transferzahlungen mit einem Arbeitsplatz- und Ausbildungsplatzangebot konfrontiert und nicht dauerhaft alimentiert. Damit wird das Problem der Arbeitslosigkeit den Arbeitslosen und nicht der Arbeitsmarktsituation zugeordnet.

Das SGB II verstärkt, insbesondere mit der Zumutbarkeitsregelung des § 10, die Deregulierung des Arbeitsmarktes. Es gibt gleichzeitig das bisherige traditionelle Konzept des Wohlfahrtsstaates auf. Es hält zwar einerseits durch die Erweiterung staatlicher Ressourcen an dem Konzept der Transferleistungen im Sozialstaat fest, favorisiert andererseits aber über eine Privatisierungsstrategie die Individualisierung sozialer Tatbestände.

Zur Rehabilitation enthält das SGB II klaren Regelungen. Für Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige im Sinne des SGB II gelten die entsprechenden Bestimmungen des SGB III, die Zuständigkeit zwischen den Institutionen ist in § 6a SGB IX geregelt.

Mit dem „**Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung“** vom 23.04.2004, mit dem das SGB IX geändert wurde, wird bei der Qualifizierung Jugendlicher mehr Betriebsnähe gefordert. Das Gesetz stützt außerdem ausdrücklich die Integrationsfachdienste und Integrationsämter.

b) Gesellschaftlicher und arbeitsmarktpolitischer Hintergrund

Die Jahre von der Wiedervereinigung bis heute waren in der Bundesrepublik sowohl von Perioden des wirtschaftlichen Aufschwungs als auch der Stagnation und Rezession geprägt.

Die Wiedervereinigung beeinflusste das Leben in Deutschland in starkem Maße und wirkte sich vor allem in Westdeutschland zunächst positiv auf die Entwicklung in der Wirtschaft aus.

Hatte die Arbeitslosigkeit 1988 in Westdeutschland noch bei 8,7% gelegen, sank sie dank eines wiedervereinigungsbedingten außerordentlichen Wirtschaftswachstums 1992 auf 6,6%. Demgegenüber betrug die Arbeitslosigkeit in Ostdeutschland 1992 bereits 14,8% und stieg von da an kontinuierlich. In Gesamtdeutschland stieg die Arbeitslosigkeit nach dem Abflauen der Impulse aus der Wiedervereinigung bis 1998 auf 12,3%. Diese Entwicklung wirkte sich auf die sozialen Sicherungssysteme aus. Die Folge waren Gesetze, mit denen in der Regel die Leistungen eingeschränkt wurden.

Erst ab 1998 entwickelte sich die Wirtschaft wieder positiv. 2001 sank die Arbeitslosigkeit in Gesamtdeutschland auf 10,3% und in Westdeutschland auf 8,3%, so dass das Rehabilitationsrecht zukunftsweisend weiterentwickelt werden konnte. Das SGB IX, das am 01.07.2001 in Kraft trat, war ein Meilenstein auf diesem Wege.

Der wirtschaftliche Aufschwung war wieder nur von kurzer Dauer. Die Arbeitslosigkeit stieg bis 2005 auf 13,0%, und die Regierung beschloss, die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands und der Wirtschaft durch Verringerung der Sozialabgaben und durch Reformgesetze im sozialen Bereich zu verbessern. Die Gesetze, vor allem das SGB II (Hartz IV), enthielten einschneidende Kürzungen und verschlechterten vor allem die Situation der Arbeitslosen erheblich. Die grundlegenden Probleme auf dem Arbeitsmarkt konnten mit den Hartz-Gesetzen ebenfalls nicht gelöst werden.

Auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation kam es zu erschreckenden Einbrüchen, die die Struktur der Leistungserbringer gefährdeten.

Unabhängig von den Verschlechterungen für viele Menschen erholte sich die Wirtschaft allerdings von 2006 an beeindruckend. Die Arbeitslosigkeit ging zurück und lag im November 2008 mit 7,1% auf dem niedrigsten Stand seit 16 Jahren. Deutschland war wieder zu einem Motor für Wirtschaftswachstum geworden.

Diese Entwicklung wird nunmehr durch die Finanzkrise erheblich gestört, das Jahr 2009 wird durch eine tiefe Rezession geprägt. Wie sich diese Entwicklung auf die Zukunft der beruflichen Rehabilitation auswirken wird, muss aufmerksam verfolgt werden.

Forschungsfragen

Handlungsfeld	Forschungsfragen
Handlungsfeld 1 Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern	- Inwieweit fördern die Prozesse der beruflichen Rehabilitation Eigeninitiative und Selbststeuerung bzw. eine eher passive Konsumhaltung? - Welche Rolle spielen Selbstwirksamkeitserwartungen und eine erhöhte Selbstbestimmung im Zusammenhang mit einer erfolgreichen Reintegration in der beruflichen Rehabilitation? - Wie lässt sich Selbstbestimmung und eine stärkere eigenverantwortliche Steuerung praktisch umsetzen (sowohl in der Phase des Einstiegs/Zugangs in die berufliche Rehabilitation als auch während des Rehabilitationsprozesses)? Welche Wirkungen zeigt ein selbstbestimmtes Programm im Vergleich zum Standardprogramm? - Welche Zugangsmodelle zu Rehabilitationsleistungen, die gleichzeitig dem Rehabilitanden ein Wahlrecht ermöglichen und die Kosten einer Maßnahme für alle Beteiligten transparent und kontrollierbar machen, sind sinnvoll? - Welche Anforderungen muss das Reha-Assessment erfüllen, um die Selbstverantwortung des Rehabilitanden zu fördern? - Ist die Einführung „Persönlicher Budgets“, die durch die Rehabilitanden verwaltet werden, zur Förderung der Selbstbestimmung sinnvoll?
Handlungsfeld 2 Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern	- Welche Wirkung bzw. Wirksamkeit zeigen Kampagnen zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades der beruflichen Rehabilitation? Welche Kampagnen wurden bereits durchgeführt? Lassen sich bewährte Praktiken ableiten? - Wie bekannt ist die berufliche Rehabilitation in der Bevölkerung bzw. unter den Arbeitnehmern und Arbeitgebern? - Welche Rolle spielt die berufliche Rehabilitation in Unternehmen (z.B. Verknüpfung mit Gesundheitsförderung sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz)? - Wie erfolgt die Zugangssteuerung in der Praxis? Wie ließe sie sich optimieren? Wie können Voraussetzungen für einen selbstgesteuerten Zugang geschaffen werden?

Handlungsfeld 3 Unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächendeckend einführen	- Sind bestimmte Personengruppen, wie psychisch Beeinträchtigte, Frauen oder Migranten in der Beratung zur beruflichen Rehabilitation unterrepräsentiert? Herrschen bei ihnen spezifische Zugangsprobleme vor? Werden ihre spezifischen Belange aufgegriffen? - Wie können Empowerment orientierte Beratungsangebote oder peer-counselling praktisch umgesetzt werden? - Wird die Beratung zur beruflichen Rehabilitation in Anspruch genommen? Bestehen ausreichende Beratungsmöglichkeiten? Wie kann das Beratungsangebot optimiert werden?
Handlungsfeld 4 Am System der beruflichen Bildung orientieren	- Verbesserung des träger- und maßnahmenübergreifenden Assessments zur gezielten Prozess- und Leistungssteuerung bei LTA - Weiterentwicklung von Strategien des Eingliederungs-/ Partizipationsmanagements und ihre Evaluation - Prozessgestaltung und Output- und Outcomebewertung verschiedener Interventionsstrategien - Einfluss regionaler Arbeitsmärkte und individueller Strategien der Rehabilitanden auf den Erfolg der beruflichen Rehabilitation - Eingliederungsmanagement, Aufwand und Strategien - Bedarfsorientierte Flexibilisierung von Maßnahmen. - Entwicklung und Überprüfung eines Stufenkonzeptes für Qualifizierungsmaßnahmen - Bedarf sozialmedizinischer und psychosozialer Dienste - Biografie- und Verlaufsforschung im Übergangssystem - Forschungen zur Heterogenität der Klientel im Übergangssystem - Erforschung der Zusammenhänge zwischen gesellschaftlicher Qualifikationsentwicklung und dem Arbeitsvermögen den verschiedenen Zielgruppen - Wirkungsanalysen der LTA Bildungsinterventionen in Bezug auf die Weiterentwicklung der Person und den Wiedereingliederungseffekt. - Interdisziplinäre Professionalisierung des Ausbildungspersonals - Institutionelle bzw. organisatorische Voraussetzungen von pädagogischer Profilbildung bei den Leistungserbringer - Förderkonzepte für Selbstorganisiertes Lernen. - Ganzheitliche Förderung der Gesundheitskompetenz. - Bewertung bereits vorhandener bzw. zu entwickelnder Instrumente für Kompetenzfeststellung in der beruflichen Rehabilitation.

Handlungsfeld	Forschungsfragen
Handlungsfeld 5 Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren	- Bestandsaufnahme zur Systematik anforderungsorientierter Assessments. - Bewertung und Weiterentwicklung eines Profilvergleichssystems zur Unterstützung eines integrationsorientierten Fallmanagements. - Forscher aus der beruflichen Rehabilitation forschen in der „normalen“ Personalwirtschaft: Kann man durch Einstellungsveränderung Personalwirtschaftler zu Bundesgenossen machen? - Forscher aus beruflicher Rehabilitation erforschen den regionalen Arbeitsmarkt. - Bedarf von Unternehmen speziell der KMU. - Forscher beruflicher Rehabilitation erforschen, wo denn die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Leistungsträger der Rehabilitation im Bereich von LTA sind und wie sinnvoll ein unkoordiniertes trägerspezifisches, interessengebundene Vorgehen in Bezug auf die Kooperation mit Unternehmen ist? - Forscher beruflicher Rehabilitation erforschen in Deutschland, wie denn die Ideen der community based rehabilitation und das joint paper der International Labour Organization umgesetzt werden können. - Was haben die unterschiedlichen institutionellen Plattformen wie Arbeitsgemeinschaften, Servicestellen, Projekte wie Gesunde Arbeit, Wirtschaftsförderung etc. miteinander zu tun, um die Vernetzung in der Region zu verbessern. - Wie arbeitet die regionale Wirtschaftsförderung um Vernetzungen zu initiieren und zu verstetigen? Wo könnte hier die Rolle eines Dienstleisters sein, der u. a. auch die Bildung und Eingliederung oder Wiedereingliederung von Menschen nach längerer Erkrankung mit chronischen Erkrankungen, mit Behinderungen usw. nicht aus den Augen verliert? - Was lässt sich aus der Gemeindepsychiatrie für die Berufliche Rehabilitation lernen, um regionale bzw. gemeindnahe Vernetzungen zu etablieren. - Welche Gruppen brauchen eine umfassende stationäre Betreuung, weil sie mit stärker ambulanten Strukturen überfordert sind?
Handlungsfeld 6 Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren	- Machbarkeitsstudie zum Transfer des Konzeptes mass-customization auf die berufliche Rehabilitation
Handlungsfeld 7 Gesamtprozess steuern	- Wie kann ein Modell zur Prozesssteuerung in der beruflichen Rehabilitation empirisch umgesetzt werden? - Wie können die genannten Voraussetzungen geschaffen werden? Wie können die geforderten Kompetenzen sichergestellt werden? Wie können die genannten Grundsätze und Aufgaben erfüllt werden?

Beteiligte Personen und Institutionen

Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur

Prof. Dr. Sieglind Ellger-Rüttgardt, Humboldt Universität, Berlin

Prof. Dr. Hans Karbe, Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn

Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus, Universität zu Köln

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

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

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

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

Dr. Thomas Schott, Universität Bielefeld

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

Prof. Dr. Wilhelmus Spijkers, RWTH Aachen

Ulrich Wittwer, Behindertenverbände SoVD und VdK

Die wissenschaftliche Fachgruppe wurde durch folgende Expertinnen und Experten unterstützt: Prof. Dr. Willi Brand (Uni-Hamburg), Johanna Dornette (IAB), Sabine Erbstößer (DRV Bund), Dr. Uwe Gaßmann (Arbeitgeberverbände der Energie- und Versorgungswirtschaft, Hannover), Barbara Gellrich (DRV Bund), Richard Göbbels (ehem. Ford Werke GmbH, Köln), Thomas Golka (Fürst Donnersmarck-Stiftung, Berlin), Dr. Thomas Hansmeier (DRV Bund), Peter Helbig (Peters & Helbig, Essen), Reinhold Jost (Fürst Donnersmarck-Stiftung, Berlin), Dr. Here Klosterhuis (DRV-Bund), Dr. Eleftheria Lehmann (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, NRW), Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow (Charite, Berlin), Hennig Peters (Peters & Helbig, Essen), Dr. Bärbel Reinsberg (DVfR, Heidelberg), Prof. Dr. Günter Rothe (DGUV), Prof. Dr. Wolfgang Seyd (Uni-Hamburg), Olaf Stieper (METRO AG, Düsseldorf), Manfred Thrun (BFW Frankfurt/M.), Hans-Gert Verhorst (DRV Westfalen)

An der Anhörung beteiligten sich folgende Personen: Heinz Cremer und Ralf Landauer (Bundesarbeitskreis Berufsförderungswerke), Werner Demski (Bundesarbeitsgemeinschaft ambulante Rehabilitation), Wilhelm Eichhorn (Bundesarbeitsgemeinschaft der BBW), Dr. Andreas Kranig (DGUV, Berlin), Rolf Limbeck und Karl-Heinz Treude (Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren), Werner Otte und Reiner Eggerer (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke),Thekla Schlör (Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg), Joachim Storck (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen), Annette Theißing (Bundesarbeitsgemeinschaft RPK)