



Kernaussagen Leistungsträger / Leistungserbringer

Ausschnitt aus

**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.

Inhalt

Vorwort

Geleitwort

Zusammenfassung

- 1 Ausgangssituation
 - 1.1 Auftrag und Arbeitsweise der Fachgruppe
 - 1.2 Ausgangsthesen
- 2 Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren
 - 2.1 Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation
 - 2.2 Sozialpolitischer Kontext
 - 2.3 Europäische Dimensionen der Politik für Menschen mit Behinderung
 - 2.4 Bildungspolitische Aspekte
 - 2.5 Arbeitsmarktentwicklungen und Herausforderung Demografie
 - 2.6 Rehabilitation bei einzelnen Rehabilitationsträgern
- 3 Stand und Entwicklung der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen aus der Sicht der Akteure
 - 3.1 Zugangssteuerung
 - 3.2 Durchführung der beruflichen Rehabilitation
 - 3.3 Berufliche Rehabilitation und der gesellschaftliche Wandel
 - 3.4 Weiterentwicklung der Strukturen des Rehabilitationssystems
 - 3.5 Forschung in der beruflichen Rehabilitation
 - 3.6 Selbstbestimmung/Selbstverantwortung
 - 3.7 Resümee
- 4 Leitbild RehaFutur
 - 4.1 Vision
 - 4.2 Innovationspotenziale beruflicher Rehabilitation
 - 4.3 Die neue Rolle der Akteure
- 5 Handlungsfelder einer zukunftsorientierten beruflichen Rehabilitation
 - 5.1 Selbstbestimmung ermöglichen und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern
 - 5.2 Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern
 - 5.3 Unabhängige Berufs-, Bildungs- und Lebensberatung etablieren und flächen-deckend einführen
 - 5.4 Am System der beruflichen Bildung orientieren
 - 5.5 Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren
 - 5.6 Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren
 - 5.7 Gesamtprozess steuern
 - 5.8 Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken
- 6 Allgemeine Schlussfolgerungen
- 7 Literaturverzeichnis

Anhang

Kernaussagen Leistungsträger/ Leistungserbringer Anhörung

Dokumentation Workshop

Sozialrechtliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation

Forschungsfragen

Beteiligte Personen und Institutionen

Kernaussagen der Leistungsträger und Leistungserbringer

im Rahmen der RehaFutur-Anhörung

am 30.09. und 01.10. 2008 in Köln

1	Kernaussagen der Deutschen Rentenversicherung	5
2	Kernaussagen der Bundesagentur für Arbeit	11
3	Kernaussagen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung ..	17
4	Kernaussagen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke	22
5	Kernaussagen des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke	27
6	Kernaussagen von Leistungserbringern der ambulanten beruflichen Rehabilitation	37
7	Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren	42
8	Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft RPK	47
9	Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen	55
10	Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke	58

1 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 ARGE n 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. Spannungen 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 Maßnahmentearten 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 Risikoordnung 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 Risikoordnung. 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.

2 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 Profiling 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 Ge-

samtziel. 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 so genannten 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.

3 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 so genannte 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 ei-

genen 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 erhöht. 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 Hauptthema 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.

4 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 kranker 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.....“¹ zur Differenzierung zwischen Pflicht- und Ermessensleistungen lässt viel Interpretationsspielraum zu. Dieser Spielraum wird genutzt, um den Erwartungen der Controllingssysteme 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).

¹ s. § 35 Abs. 1 SGB IX

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.
- „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 Beratung 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.

5 Kernaussagen des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke

Zugangssteuerung ((Text?))

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 LTA¹-Erbringern erfolgen. Aber auch medizinisch berufliche Konstrukte, wie sie z.B. beim RPK²-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 BFW³) 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-

¹ LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

² RPK: Rehabilitation psychisch Kranker

³ BFW: Berufsförderungswerk

Kostenträgern befinden (ALG⁴ II Bezieher/-innen) oder noch in der medizinischen Reha sind, Information der Arbeitsmarktakteure über die Möglichkeiten der Reha-Einrichtungen.

Durch die BA⁵ 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.

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.

⁴ ALG: Arbeitslosengeld

⁵ BA: Bundesagentur für Arbeit

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 (BTZ6, 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.

Für Personen mit Migrationshintergrund gibt es zwar über das BAMF⁷ 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.

⁶ BTZ: Berufliches Trainingszentrum

⁷ BAMF. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

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 ICF⁸ 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.

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

⁸ ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

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 Fachbezeichnungen 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 BEM⁹ und Gesundheitsmanagement stehen.

Zukunftsfeste Reha

Bekanntnis der Kostenträger zur Bedeutung beruflicher Rehabilitation. Ausbau der Information der Versicherten. Information der relevanten Personengruppen über berufliche Reha.

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.

⁹ BEM: Betriebliches Eingliederungsmanagement

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 BMAS¹⁰

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.

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).

¹⁰ BMAS: Bundesministerium für Arbeit und Soziales

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

6 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 Controllingssystem 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 bedarfsge-

rechteren 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 auf Seiten 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 Arbeits-

platz 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.

7 Kernaussagen der Bundesarbeitsgemeinschaft beruflicher Trainingszentren

Zugangssteuerung

a) 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.

b) 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.

c) 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 durchschauen 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.

d) 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.

e) 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 Erkrankungsbzw. 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

a) 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 Tendenz 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.

b) 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 Maßnahmen- und Trainingsdauern anpassen, ist der nachhaltige Rehabilitationserfolg gefährdet.

Einbindung der beruflichen Rehabilitation in den gesellschaftlichen Wandel

a) 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.

b) 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

a) 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.

b) 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.

c) Die vorhandenen BTZ Kapazitäten sollten dem Bedarf angepasst, d.h. ausgebaut werden.

d) Berufliche Rehabilitation muss von der Politik stärker als Gestaltungsfeld wahrgenommen werden. Dazu sollte RehaFutur beitragen.

e) Innerhalb des Systems sollte der Dialog der Akteure intensiviert werden. Es ist mehr Austausch und Abstimmung über die zukünftige Gestaltung der beruflichen Rehabilitation notwendig.

f) 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.

g) 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.

8 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-/übersorgte 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 fehlplatziert 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?

9 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 langzeitarbeitslosen 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.

10 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 (wohnnah 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.