



**Ergebnisbericht
des Entwicklungsprojektes von RehaFutur
Kurzfassung**

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Zielvorgaben der Lenkungsgruppe für die Arbeitsgruppen	4
2.1	Allgemeine Vorgaben	4
2.2	Gruppenspezifische Vorgaben	4
3	Vorschläge und Empfehlungen der Arbeitsgruppen.....	8
3.1	Arbeitsgruppe 1: „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“	8
3.2	Arbeitsgruppe 2: „Steuerung des Eingliederungsprozesses“	14
3.3	Arbeitsgruppe 3 "Beruf und Arbeitswelt"	18
3.4	Arbeitsgruppe 4 „Forschung“	23
4	Anhang	31
4.1	Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation.....	31
4.2	Übersicht der Materialien die im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppen Berücksichtigung fanden	37
4.3	Beteiligte Personen und Institutionen	41

1 Einleitung

Das Ziel der RehaFUTUR-Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales ist die langfristige Sicherung des Systems der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen durch eine an den Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen orientierte Weiterentwicklung des Systems. In einem 1. Schritt entwickelte eine unabhängige wissenschaftliche Fachgruppe hierzu die Konzeption eines zukünftigen Rehabilitationssystems, die auf einem Workshop im Januar 2010 mit allen einschlägigen Akteursgruppen diskutiert wurde.

In diesen Diskussionen stellten sich vier Kernthemen heraus, die von allen Akteuren der beruflichen Rehabilitation mit dem Ziel bearbeitet werden sollten, Vorschläge für die Umsetzung der Vorstellungen der wissenschaftlichen Fachgruppe in die Praxis zu entwickeln. Die vier Kernthemen waren:

- Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung
- Steuerung des Eingliederungsprozesses
- Beruf und Arbeitswelt
- Forschung

Vier Arbeitsgruppen, begleitet durch eine Lenkungsgruppe (Zusammensetzung s. Anhang), nahmen sich dieser Themen an. Gefördert wurde dieser zweite Abschnitt der RehaFUTUR-Initiative wiederum durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Mit verschiedenen Workshops und abschließenden Gesprächen der beteiligten Arbeitsgruppen wird nun auch diese Phase beendet.

Nachfolgend werden in einer Kurzfassung die Vorschläge und Empfehlungen der vier Arbeitsgruppen zusammengefasst und mit Hinweisen auf umfangreiche Arbeitspapiere ergänzt. Diese Arbeitspapiere werden in der Kurzfassung im Anhang lediglich aufgelistet, sind aber auf Anfrage erhältlich. Eine Ausnahme stellt das arbeitsgruppenübergreifende Eckpunktepapier zur Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation dar. Dieses ist hier bereits im Anhang vorliegend. Ein umfassender Abschlussbericht mit Diskussionsschwerpunkten, Erläuterungen, Stellungnahmen und weiterem Arbeitsmaterial wird Ende Februar 2012 veröffentlicht. In diesem werden zudem Erfahrungen und Ergebnisse aus derzeit noch ausstehenden Veranstaltungen mit Leistungserbringern und Leistungsberechtigten verarbeitet sein.

Im Abschlussbericht werden die erreichten Ergebnisse genauer analysiert; aber schon jetzt lässt sich sagen, dass viele Fachleute aller wichtigen Disziplinen in einer sehr offenen und konstruktiven Arbeitsatmosphäre sehr fundierte Ergebnisse erarbeitet haben. Auf Basis dieser Ergebnisse können nun auf verschiedenen Gebieten Umsetzungsprojekte in die Praxis getragen werden, nachdem hierzu Prioritäten abgestimmt worden sind. Praktische Umsetzungsschritte vor Ort müssen sein und sollten dann wieder gemeinsam vorgestellt und überprüft werden. Im Frühjahr 2013 sollte dazu ein Ergebnis-Workshop veranstaltet werden.

2 Zielvorgaben der Lenkungsgruppe für die Arbeitsgruppen

2.1 Allgemeine Vorgaben

- Der Bericht der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur einschließlich der Ergebnisse des Workshops in Potsdam ist Grundlage für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation.
- Die Maßgaben der VN-Behindertenrechtskonvention und sich daraus ergebende Konsequenzen für die berufliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen sind einzubeziehen und zu diskutieren.
- Es sind Vorschläge grundsätzlicher Art zu erarbeiten, die strategische Festlegungen zum Prozess der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation ermöglichen.
- Es wird eine innovative Weiterentwicklung des vorhandenen Systems angestrebt.
- Die Arbeitsgruppenmitglieder werden geleitet durch die Vorgaben ihrer Institutionen. Wo in den Ergebnissen kein Konsens zu erzielen ist, sollen unterschiedliche Ergebnisse gegenübergestellt werden.
- Die Arbeitsgruppen arbeiten selbstständig nach organisatorischen Vorgaben der jeweiligen Federführungen.
- Die Projektleitung unterstützt die Arbeit der Gruppen durch notwendige organisatorische Maßnahmen, Koordination, regelmäßige Informationen und Abstimmungen und bei der Präsentation der Zwischenergebnisse und Ergebnisse. Außerdem wird die inhaltliche Unterstützung sichergestellt.
- Die Ergebnisse werden in einem abschließenden Workshop im Jahr 2012 gegenübergestellt und aus den unterschiedlichen Perspektiven diskutiert.

2.2 Gruppenspezifische Vorgaben

Arbeitsgruppe 1: Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

Die Leistungsträger und Leistungserbringer stehen vor der Aufgabe, im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung die Leistungsberechtigten verantwortlich mit in den Prozessablauf einzubeziehen.

Folgende Fragestellungen sollten daher in der AG 1 zielführend überprüft und diskutiert werden:

- Wie kann/soll die Übernahme von Verantwortung, Mitgestaltung/Mitsteuerung und Mitbestimmung in den Teilprozessen (frühzeitiger Zugang zu den Leistungen und Informationen, Beratung, Klärung des Reha-Bedarfs beim individuellen Integrations- und Qualifizierungsprozess) der beruflichen Rehabilitation realisiert werden auf Basis der Handlungsfelder im Bericht der Wissenschaftlichen Fachgruppe mit dem Ziel: Subsidiarität der Reha-Leistungen der Leistungsträger soweit wie möglich?
- Was ist grundsätzlich zu tun, um den Leistungsberechtigten in die Lage zu versetzen, Entscheidungen zu treffen, Verantwortung zu übernehmen und mit zu gestalten?
- Welche grundsätzlichen Anforderungen sind an ein Konzept zur Förderung der Eigenständigkeit/Mitbestimmung/Mitverantwortung der Leistungsberechtigten zu stellen, bezogen auf die verschiedenen Teilprozesse:

- Förderprozesse/Funktionen
- Förderstrukturen
- Förderinstrumente
- Wie wird sichergestellt, dass die aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten ermöglicht wird und gleichzeitig die Gesamtverantwortung der Leistungsträger für den Rehabilitationsprozess erhalten bleibt?
- Qualität rechtskonformer Information und Beratung
- Qualität und Effektivität selbstgesteuerter Leistungen
- Prozesskoordinierung und Überwachung
- Wie kann grundsätzlich sichergestellt werden, dass im individuellen Fall eine Überforderung des/der Leistungsberechtigten verhindert wird?
- Wie können Integrations- und Qualifizierungsprozesse gestaltet werden, um die Prämissen der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu berücksichtigen und die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten hierfür zu fördern?
- Weitere Fragen, die sich in der Diskussion ergeben.

Arbeitsgruppe 2: Steuerung des Eingliederungsprozesses

Bei den Überlegungen zur zukünftigen Steuerung des gesamten Rehabilitationsprozesses sollten folgende Anforderungen beachtet werden:

- Das Leitziel des SGB IX, die Konvergenz der unterschiedlichen Leistungsgesetze zu stärken, muss unterstützt werden.
- Die Voraussetzungen für ein Institutionen übergreifendes Rehabilitationsmanagement müssen entwickelt werden.
- Der Rehabilitationsprozess muss sich bis zur Überprüfung der nachhaltigen Teilhabe erstrecken.

Grundsätzlich sollen folgende Fragenkomplexe diskutiert werden:

- Welche besonderen Anforderungen an die Steuerung des Gesamtprozesses ergeben sich durch die Entwicklungsziele
 - Selbstbestimmung/Selbstverantwortung/Selbstgestaltung/Selbststeuerung,
 - Individualisierung,
 - Regionalisierung,
 - Vernetzung mit Betrieben?
- Wie können Information und Beratung dazu beitragen, dass der Zugang zur beruflichen Rehabilitation bedarfsorientiert in Bezug auf die Leistungsberechtigten sowie vor dem Hintergrund der Anforderungen des Arbeitsmarktes gestaltet wird?
- Wie kann die aktive Beteiligung des/der Leistungsberechtigten in der Prozesssteuerung als Strukturelement zur Reduzierung der Komplexität und der Kosten eingesetzt werden (s. auch das Prinzip „Mass Customization“)?
- Welche zukunftsorientierten Technologien und Managementmethoden müssen zur Unterstützung der Prozesssteuerung einbezogen werden?

- Wer ist an der Prozesssteuerung im Gesamtprozess beteiligt, was bedeuten die Fragestellungen für die verschiedenen Akteure (Prozess, Struktur, Instrumente)?
- Welche Anforderungen entstehen an externe und interne Qualitätssicherung (u.a. Kriterien, Begriffsbestimmungen, gemeinsame Sprache)?
- Weitere Fragen, die sich aus der Diskussion ergeben.

Arbeitsgruppe 3: Beruf und Arbeitswelt:

Bei Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation müssen nach Ansicht der Lenkungsgruppe zwei Richtungen konsequent verfolgt werden:

- Die berufliche Rehabilitation muss fester Bestandteil der Strategie des lebenslangen Lernens zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit werden.
- Das System der beruflichen Rehabilitation muss konsequent vernetzt werden mit der sich entwickelnden dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt.

Es sollte herausgearbeitet werden, welche Anforderungen sich daraus an die Weiterentwicklung des Systems ergeben. Daher ergaben sich u.a. folgende Fragestellungen:

- Welche konkreten Konsequenzen ergeben sich für die Prozesse in der beruflichen Rehabilitation, wenn man Inklusion als normative Leitidee in der beruflichen Rehabilitation verankert?
- Welcher konkrete Veränderungsbedarf ergibt sich grundsätzlich für das System der beruflichen Rehabilitation, wenn man Inklusion, Lebenslauf- und Erwerbsverlaufsorientierung, nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit als Zielsetzung des Rehabilitationsprozesses sowie Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz miteinander verknüpfen will?
- Wie muss man Beschäftigungsfähigkeit unter den genannten Fragestellungen definieren und welche Kriterien benötigt man, um ein Anforderungsprofil für individuelle Beschäftigungsfähigkeit praxismäßig und arbeitsmarktorientiert beschreiben zu können, welches Instrumentarium muss hierzu entwickelt/weiterentwickelt werden?
- Wie muss man berufliche Rehabilitation mit den Teilsystemen Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) stärker verknüpfen, unter Berücksichtigung vor allem der Sichtweise und der Bedarfe der Beschäftigten/Leistungsberechtigten und der Betriebe; welche normativen, formalen und inhaltlichen Voraussetzungen sind dazu erforderlich?
- Wie kann eine systematische Vernetzung mit der konkreten Arbeitswelt diese Fragestellungen unterstützen?
- Weitere Fragen, die sich aus der Diskussion ergeben.

Arbeitsgruppe 4: Forschung:

Effektivität und Effizienz bei der konsequenten Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation können nur erreicht werden durch systematischen Einsatz von Wissenschaft und Forschung auf den einschlägigen Gebieten. Die Voraussetzungen hierfür sollten in der AG 4 diskutiert werden:

- Welche inhaltlichen Anforderungen müssen an ein Forschungskonzept zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Systems der beruflichen

Rehabilitation gestellt werden (Forschungsbedarf, Schwerpunktsetzung, Berücksichtigung der aktuellen Forschungsaktivitäten, Interdisziplinarität, erforderliche Datengrundlage für Entwicklungen, wissenschaftliche Unterstützung der Umsetzung von Entwicklungszielen, Bedeutung von Kriterien, Begriffen, ICF, etc.)?

- Wie müssen insbesondere Fort- und Weiterentwicklung als Basis für die Umsetzung der Entwicklungsschritte in der Praxis durch Wissenschaft und Forschung unterstützt werden?
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen müssen für systematische Forschung auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation geschaffen werden (Forschungsverbund, Organisation, Finanzierungsgrundlagen, Steuerung, Koordinierung, Datentransparenz)?
- Wie kann die direkte Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis wirksam unterstützt werden?
- Weitere Fragen, die sich aus der Diskussion ergeben.

3 Vorschläge und Empfehlungen der Arbeitsgruppen

3.1 Arbeitsgruppe 1: „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“

Empfehlung 1

Empowerment als Konzept zur Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in allen Phasen des Reha-Prozesses umsetzen

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung umfassen die individuelle Entscheidungs- und Handlungsautonomie bei der Gestaltung der eigenen Lebensumstände. Selbstbestimmung ist zugleich ein relatives Konzept, das jeder für sich bestimmen muss.

Empowerment (Selbstermächtigung) beschreibt einen Prozess zur Erreichung von Selbstbestimmung, unabhängig davon, ob eine Person behindert ist bzw. wie hoch der Grad der Behinderung ist. Betroffene sollen zum Experten in eigener Sache werden und ihre Angelegenheiten selbst regeln, ohne (auch wohlmeinende) administrative Bevormundung durch Experten (siehe Niehaus/Saupe-Heide: Präsentation zu Selbstbestimmung und Empowerment).

Für den Prozess der beruflichen Rehabilitation bedeutet dies, dass Leistungsberechtigte als „Herr ihrer Rehabilitation“ jederzeit entscheidungsbefugt über ihre Rehabilitation sind, unter Beachtung der Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation. Im Rahmen des individuellen Beratungsprozesses ist es die Aufgabe der Berater und professionellen Akteure, ratsuchende Menschen umfassend zu informieren und sie in die Lage zu versetzen, auf Augenhöhe gleichberechtigt mitzuwirken. In der Beratung sind Empowerment-fördernde Grundsätze wie Subjektzentrierung, dialogisches Handeln, Bezugnahme auf die Lebenswelt des/der Betroffenen sowie die Förderung von dessen/deren Selbstkompetenz anzuwenden und im Rahmen von Beratungsstandards festzuschreiben (siehe Qualitätsmerkmale guter Beratung – Beratungsqualität in Bildung, Beruf und Beschäftigung des nfb, 2011).

Die Anwendung des Empowerment-Konzepts setzt Bewusstseinsveränderungen bei den Experten in den Institutionen voraus. Die Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation sind so auszugestalten, dass eine Empowerment-fördernde Beratung in allen Phasen der beruflichen Rehabilitation möglich ist, beim Zugang zur Rehabilitation, im gesamten Rehabilitationsprozess und beim Übergang in Arbeit.

Als zielführende Maßnahme wird vorgeschlagen, ein „Modul Empowerment“ in den Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen von Beratern und anderen Rehabilitationsexperten verbindlich vorzusehen.

Empfehlung 2

Bekanntheitsgrad der beruflichen Rehabilitation erhöhen, um den frühen, auch selbstgesteuerten Zugang zu ermöglichen

Der Bekanntheitsgrad der beruflichen Rehabilitation ist durch geeignete Maßnahmen zu erhöhen, damit hilfeschende Personen auf das Leistungsspektrum rechtzeitig aufmerksam werden und einen frühen Zugang zum System finden können.

Informelle Berater, wie z. B. Ärzte, Kliniken, Selbsthilfe- und Sozialberatungsstellen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Schulen und Betriebe sind Schlüsselpersonen für den Zugang zur Rehabilitation. Sie müssen in der Lage sein, einen möglichen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und die Beratung zum Zugang zur Rehabilitation durchzuführen, was wegen fehlender Reha-Kompetenz oft nicht stattfindet. Informelle Berater sind auf Informationen über die berufliche Rehabilitation angewiesen.

In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit von gut funktionierenden Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger hingewiesen. Nur wenn solche trägerübergreifenden Beratungsstellen vorhanden und regional gut erreichbar sind, können

informelle Berater außerhalb des Rehabilitationssystems die Sicherheit haben, dass das von ihnen zugewiesene Klientel auch professionell und zielorientiert aufgenommen und beraten wird.

Erforderlich ist eine wirksame Öffentlichkeitsarbeit durch die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer über Anzeigen, Flyer, Internetangebote und Pressearbeit. Dafür ist leicht verständliches und in der Praxis handhabbares Informationsmaterial zu entwickeln und den Zielgruppen zur Verfügung zu stellen.

Ein informatives Internetangebot über das Leistungsspektrum der Servicestellen ist zu entwickeln unter Nutzung von social media, ggf. auch mit Online-Beratung.

Die Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind zielgruppenspezifisch auszugestalten, um den ganz unterschiedlichen Informationsbedürfnissen gerecht zu werden.

Verstärkt sollten die Krankenkassen sowie behandelnde Ärzte und Kliniken für Langzeiterkrankte oder chronisch kranke Personen eine mögliche Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit im Blick haben. Hierfür sind Möglichkeiten der frühen und gezielten Informationsbereitstellung zu nutzen und ein Fallmanagement weiterzuentwickeln.

Empfehlung 3

Qualität der Beratung verbessern

Eine wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten sind gute Beratungsangebote. Daher ist die Qualität der Beratung beim Zugang und im Reha-Prozess zu verbessern. Insbesondere die trägerübergreifende Beratung ist deutlich zu stärken.

Beratungsstandards, Aus- und Weiterbildung

Den Rehabilitationsträgern wird empfohlen, gemeinsame Beratungsstandards unter Einbeziehung der Vorschläge „Qualitätsmerkmale guter Beratung“ des Nationalen Forums Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (siehe nfb zur Beratungsqualität) zu entwickeln. Das Empowerment-Konzept zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung muss in den Beratungsstandards verankert sein.

Die Standards sollen Grundlage eines zu entwickelnden Kompetenzprofils für Reha-Berater sein. Es ist sicherzustellen, dass professionelle Beratungskompetenz durch kontinuierliche Weiterbildung der Beratenden ausgebaut wird.

Die trägerübergreifende Beratung in den Gemeinsamen Servicestellen stellt besondere Anforderungen an die Kompetenz der Beratenden. Die Qualifizierung der Beratenden zur Sicherstellung der umfassenden trägerübergreifenden Beratung muss systematisch sichergestellt sein. Schwerpunkte dabei sind die trägerübergreifende, informelle Beratung (Aufklärung über Möglichkeiten, Rechte, Pflichten) sowie die Vermittlung von Falllösungskompetenzen (insbes. Kommunikationskompetenz, Systemkenntnisse für den Zugang zu Rehabilitationsleistungen, Fallmanagement und Lotsenfunktion, Empowerment, Ressourcenorientierung, Kenntnis über Entwicklungen und Anforderungen im Ausbildungs- und Arbeitsmarkt etc.).

Die Einbeziehung der Kompetenz der sozialen Arbeit in die Beratung der Servicestellen wird angeregt.

Peer-Beratung (Betroffene beraten Betroffene) ist geeignet, Erfahrungen zu vermitteln, zu motivieren und die Entscheidungsfindung von Leistungsberechtigten zu unterstützen. Sie sollte ergänzend zur professionellen Beratung angeboten werden und sinnvoll mit dieser vernetzt sein.

Ausbau der trägerübergreifenden Reha-Beratung

Es wird empfohlen, differenzierte trägerübergreifende Beratungsangebote in Verantwortung der Rehabilitationsträger zu entwickeln. Dafür wird eine Unterteilung der Beratungspflicht

vorgeschlagen in: Beratung im Vorfeld eines Reha-Verfahrens (orientierende Reha-Beratung) und Beratung im Rahmen der Reha-Prozessplanung (Reha-Prozessplanung):

a. Orientierende Reha-Beratung:

Eine umfassende (Erst-)Information über Rechte und Möglichkeiten soll Transparenz herstellen über die Vielfalt des Rehabilitationssystems und allen Rat- und Hilfesuchenden Orientierung geben für selbstbestimmte Entscheidungen. Diese orientierende Reha-Beratung soll trägerübergreifend und ergebnisoffen angelegt sein und in den Gemeinsamen Servicestellen stattfinden. Damit werden ratsuchende Personen oder Betriebe in die Lage versetzt, gut informiert eigene Entscheidungen zu treffen (Ziel ist der informierte Antragsteller).

b. Reha-Prozessplanung

Erst wenn eine berufliche Rehabilitation (oder andere LTA) in Betracht gezogen wird, erfolgt die Zuweisung an den zuständigen Rehabilitationsträger, der in einer trägerbezogenen, individuellen Beratung die verbindliche Teilhabeplanung durchführt.

Auch wenn ohne orientierende Erstberatung die Trägerzuständigkeit klar ist und die Entscheidung für eine berufliche Rehabilitation getroffen wurde, steht den Leistungsberechtigten das Beratungsangebot bei den Servicestellen offen.

Die Leistungsberechtigten wünschen sich insgesamt eine bessere Kommunikation über Entscheidungen der Reha-Träger und der Bildungseinrichtung und verbinden damit eine bessere Akzeptanz und Motivation.

Regionale Beratungsnetzwerke

Die Reha-Beratung soll in regionale Beratungsnetzwerke eingebunden sein; vor allem im Hinblick auf eine frühe Erreichung der Zielgruppen der beruflichen Rehabilitation ist dies sinnvoll. Andererseits kann auf andere vorhandene Beratungsangebote verwiesen werden, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme nicht in Betracht kommt, denn kein Ratsuchender sollte bei Hilfebedarf einfach abgewiesen werden.

Empfehlung 4

Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen

Die Ausgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen ist eine zentrale Aufgabe. In allen RehaFutur-Arbeitsgruppen war die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen ein zentraler Beratungspunkt, der von den Teilnehmern innerhalb der AG 1 bezüglich der Inhalte und Ausgestaltung eines Entwicklungsprozesses kontrovers diskutiert wurde. Die Vorstellungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 über die nachfolgend beschriebene zukünftige Gestalt und Aufgabenwahrnehmung der Gemeinsamen Servicestellen divergierten nicht unerheblich. Die Servicestellen müssen im deutschen Rehabilitationssystem eine wichtige Lotsenfunktion übernehmen. Als erster Schritt ist die BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 1.07.2010 flächendeckend umzusetzen (siehe BAR). Für die Erfüllung der ihnen zugedachten umfassenden Aufgaben (vergl. dazu Empfehlung 1, 2 und 3) ist die aktuelle Rahmenempfehlung entsprechend weiterzuentwickeln. Die AG 1 empfiehlt, dabei folgende Vorschläge zu berücksichtigen:

Umbenennung in „Servicestelle für Rehabilitation“

Längerfristig müssen die Gemeinsamen Servicestellen in Bezug auf die Aufgaben und die Organisationsstrukturen ein höheres Maß an Eigenständigkeit erhalten, um als trägerübergreifende Beratungsinstanz mit Lotsenfunktion anerkannt und akzeptiert zu werden. Sie sollen im gegliederten deutschen Sozialleistungssystem die Rolle von bürgernahen Beratungs- und Servicestellen einnehmen.

Es wird die Umbenennung der Gemeinsamen Servicestellen in „Servicestellen für Rehabilitation“ empfohlen. Das Wort ‚Gemeinsame‘ (gemeint als systemischer Organisationshinweis) wirkt nach außen nicht integrierend bzw. einladend, sondern eher

ausschließend, und ist daher im Namen der bürgernah auszugestaltenden Servicestellen überflüssig. Demgegenüber ist das Wort „Rehabilitation“ im Namen unerlässlich, vor allem aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit.

Ziel der Umbenennung ist ein einheitliches, abgestimmtes Erscheinungsbild mit einer einheitlichen Botschaft „Eingangstor zur Rehabilitation“.

Aufgaben der Servicestellen

- Zugang
Durch gute sozialraumorientierte Organisationsstrukturen und offensives (proaktives) Handeln ermöglichen die Servicestellen Personen, Betrieben und Institutionen einen frühzeitigen und leichten Zugang zum Informations- und Beratungsangebot der Rehabilitationsträger. Unter der Voraussetzung, dass die Servicestelle als trägerübergreifende bürgernahe Beratungsstelle anerkannt ist, bietet sie Unterstützung für
 - Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung, die die Servicestelle von sich aus aufsuchen (selbstgesteuerter Zugang).
 - Beratungsstellen/Institutionen rehaferner Akteure (z.B., Arzt, Klinik, Sozialamt, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Selbsthilfe u.a.), die einen Reha-Bedarf erkennen und Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung an die Servicestelle verweisen.
 - Träger der (medizinischen) Rehabilitation, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Probleme beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Eingliederung erkennen (durch Screening von Problemgruppen, AU-Fallmanagement, u.a.).
 - Betriebe, die Unterstützung beim BEM, bei betrieblicher Gesundheitsförderung und/oder bei Problemen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern benötigen.
 - Betriebe (insbes. KMU), die kein funktionierendes BEM haben; sie können ihre Mitarbeiter an die Servicestelle verweisen, wenn Gesundheitsprobleme die Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.
- Zielgruppenorientierung
Die Servicestellen bieten für Personen und Betriebe umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Informationen, Unterstützung und Koordination im Rahmen des Leistungsgeschehens zur Teilhabe an. Dazu zählen insbesondere die trägerübergreifende Beratung, Unterstützung beim Zugang zu den Leistungen, Zuständigkeitsklärung für Fälle, in denen der zuständige Rehabilitationsträger nicht eindeutig bekannt ist oder mehrere Leistungsträger zu beteiligen sind.

Für die speziellen Beratungsbedarfe der KMU wird empfohlen, einen „Betriebs-Service“ in jeder Servicestelle einzurichten und mit erfahrenen, auf die betrieblichen Belange spezialisierten und geschulten Mitarbeitern zu besetzen. Sie sollen in der Lage sein, auf betriebliche Belange zu reagieren und eine Lotsenfunktion für den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschl. BEM zu übernehmen und diese zu koordinieren. Dafür benötigen sie sowohl Kenntnisse über betriebliche Abläufe und Unterstützungsbedarfe als auch gute Kenntnisse über die berufliche Rehabilitation und die zuständigen Akteure. Bei Bedarf ist eine zugehende Beratung für Betriebe zu organisieren (auf Abruf).
- Einbindung der Servicestellen in Netzwerke
Eine enge Vernetzung der Servicestellen mit regionalen Beratungsstellen, Institutionen und Betrieben ist anzustreben, da in einem solchen Netzwerk die

Zuweisung von Ratsuchenden bei erkennbarem Rehabilitationsbedarf frühzeitig erfolgen kann.

An solchen regionalen Netzwerken sind darüber hinaus auch die Leistungserbringer und weitere Reha-Dienste und unternehmensnahe Netzwerke zu beteiligen.

Empfohlen wird die Schaffung eines eigenen Servicestellen-Netzwerks, um untereinander Erfahrungen und Wissen auszutauschen. In einem internetgestützten Netzwerk könnten Ergebnisse von erfolgreichen Servicestellen-Projekten schnell und trägerübergreifend bundesweit Verbreitung finden.

Servicestellen sollten eng mit dem Nationalen Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (nfb) zusammenarbeiten.

- Öffentlichkeitsarbeit
Um den Bekanntheitsgrad der Servicestellen zu erhöhen (vergl. Empfehlung 2) wird empfohlen, die Öffentlichkeitsarbeit trägerübergreifend und professionell zu organisieren, z.B. als Aufgabe des zu bildenden Netzwerkes der Servicestellen.
- Gemeinsames Eckpunktepapier als Arbeitsgruppen-übergreifendes Arbeitsergebnis
In allen RehaFutur-Arbeitsgruppen war die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen ein zentraler Beratungspunkt und es fand ein Arbeitsgruppen-übergreifender Austausch zu diesem Thema statt. Die Arbeitsgruppe 1 empfiehlt, die Vorschläge aller Arbeitsgruppen in einem gemeinsamen Eckpunktepapier zu sammeln, damit alle Aspekte im weiteren Entwicklungsprozess Berücksichtigung finden können. Das zwischen den Arbeitsgruppen abgestimmte Eckpunktepapier (siehe Anlage) ist den Rehabilitationsträgern (auf Ebene der BAR) zur Verfügung zu stellen.

Empfehlung 5

Individualisierung als Merkmal der Prozessqualität in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses umsetzen

Individualisierung verfolgt den Grundsatz, die Gestaltung der individuellen beruflichen Rehabilitationsmaßnahme an den individuellen Interessen, Neigungen, Fähigkeiten und Interessen der Leistungsberechtigten zu orientieren, um in allen Phasen der Rehabilitation bestmögliche Entwicklungschancen zu eröffnen.

Die Individualisierung fördert die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Sie wirkt somit ein auf das Rehabilitationsziel und auf die Qualität des Rehabilitationsprozesses. Im Sinne der Empowermentförderung müssen sich die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer darauf einstellen, dass die Leistungsberechtigten ganz unterschiedliche Voraussetzungen und Wünsche in Bezug auf ihr selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Handeln im Rehabilitationsprozess einbringen. Damit hat Individualisierung erhebliche Auswirkungen auf die Prozesse und Strukturen der beruflichen Rehabilitation.

Für alle am Reha-Prozess beteiligten Akteure bedeutet Individualisierung:

- selbstbestimmtes Handeln und die Übernahme eigener Verantwortung zu ermöglichen (s. Empowerment, Empfehlung 1).
- Die Mitwirkung der Leistungsberechtigten ist in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten: in der Beratung beim Zugang, beim Reha-Assessment, bei allen Teilen des Rehabilitationsprozesses und bei der Integrationsunterstützung und nachhaltigen Eingliederung.
- Vorhandene Kompetenzen der Rehabilitanden zu nutzen und individuelle Unterstützungsbedarfe zugrunde zu legen, Wunsch- und Wahlrecht zu ermöglichen, das Prinzip Fördern und Fordern verantwortungsvoll anzuwenden.
- Rehabilitanden in die Planung, Gestaltung und Evaluation der Reha-Leistungen einzubeziehen.

Z. B. bei der Bedarfsermittlung (Profiling, Förderplanung) und beim Reha- und Integrationsmanagement zur Prozesssteuerung, bei der Förderung von Fach-, Schlüssel- und Gesundheitskompetenz, u.a. Der Einbezug darf nicht auf formaler Ebene enden, sondern muss gewollt und „gelebt“ werden. Die Mitarbeiter der beruflichen Rehabilitation sind entsprechend fortzubilden. Die Leistungshandbücher der Leistungserbringer müssen die Aktivitäten zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung deutlich herausstellen.

Mitwirkung und Mitverantwortung der Leistungsberechtigten ist auf drei Ebenen zu gestalten:

1. individuell für jeden Leistungsberechtigten (z.B. über Zielvereinbarungen, Lernverträge, passgenaue Lernaufgaben),
2. Lerngruppen (z.B. Feed-back-Kultur einführen, selbstorganisiertes Lernen stärken, Schlüsselqualifikationen und Gesundheitsmanagement fördern),
3. Einrichtung (z.B. Mitwirkungsrechte der Teilnehmervvertretungen stärken, Jour fixe).

Die Förderplanung und der daran anknüpfende Rehabilitationsprozess sind flexibel auf die Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zuzuschneiden, durch

- Teilqualifizierungen und die Zusammenstellung von individuell zugeschnittenen Leistungspaketen zur Wiederherstellung bzw. Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit,
- Berücksichtigung der Bedarfe von Alleinerziehenden
- die Leistungserbringung als Persönliches Budget.

Die prozessbegleitende, Empowerment stärkende Beratung durch kompetente Ansprechpartner soll durch die Leistungserbringer durchgängig sichergestellt werden (auch zu sozialen Belangen).

Empfehlung 6

Forschungsaufgaben und Projekte

1. Neustrukturierung der „Servicestellen für Rehabilitation“

Die Neustrukturierung der Servicestellen sollte durch begleitende Forschung unterstützt werden, insbesondere bei neuen Fragestellungen wie der Erprobung ‚echter‘ trägerübergreifender Organisationsstrukturen einschl. der Finanzierungsmodelle oder zu Auswirkungen der Neuorganisation auf Leistungsberechtigte, etc.

Die vorhandenen Erkenntnisse aus Projekten für die Weiterentwicklung der Servicestellen sollten gründlich analysiert und so weit wie möglich breit in die Praxis übertragen werden.

2. Peer-Beratung (Reha-Pilot)

Die Beratung Betroffener durch (ehemalige) Rehabilitanden sollte als Modellprojekt an mehreren Standorten erprobt werden. Auf die Ergebnisse des Entwicklungsprojektes der Deutschen Rentenversicherung sollte dabei zurückgegriffen werden. Zudem soll untersucht werden, wie der Reha-Pilot die professionelle Beratung sinnvoll ergänzen kann und wie die Zusammenarbeit organisiert werden kann (Klärung von Organisations- und Strukturfragen, Qualifizierungsbedarf, Aufwandsentschädigung, u.a).

3. Trägerübergreifendes Internetangebot zur beruflichen Rehabilitation

Als gemeinsames Projekt der Servicestellen wird die Entwicklung eines trägerübergreifenden Internetangebots zur beruflichen Rehabilitation angeregt. Die Vernetzung mit bestehenden Internetangeboten wie REHADAT oder der Rehabilitationsträger und Arbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer ist sinnvoll.

4. Beteiligung Betroffener bei Umsetzungsprojekten

Die Kommunikation mit Leistungsberechtigten ist durch alle Akteure der beruflichen Rehabilitation als kontinuierliche Aufgabe auszugestalten. Der Prozess der

Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation sollte transparent, offen und inklusiv gestaltet werden. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung lassen sich nur nachhaltig realisieren, wenn beide Seiten – Beratende wie Beratene, Qualifizierende wie zu Qualifizierende – ein partnerschaftliches Verständnis von Rehabilitationsgestaltung besitzen. Anders ausgedrückt: Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind in erster Linie Einstellungssache.

SoVD und DVfR unterstützen die Leistungsberechtigten bei ihren Vorhaben, Umsetzungsprojekte durchzuführen bzw. Erfahrungen in den weiteren Entwicklungsprozess einzubringen.

3.2 Arbeitsgruppe 2: „Steuerung des Eingliederungsprozesses“

Die Beratung ist ein dem Gesamtprozess der Rehabilitation sowohl vorgeschaltetes wie auch ihn begleitendes Element, das einen maßgeblichen Einfluss auf eine erfolgreiche Integration in den Arbeitsmarkt hat. Vorschläge für ihre Weiterentwicklung hinsichtlich Qualität der Durchführung und professionelle Kompetenz der Beratenden, sowohl bei den Trägern wie auch insbesondere im Hinblick auf die Verbesserung der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen, stehen insofern im Fokus der Empfehlungen der Arbeitsgruppe.

Neben der Notwendigkeit, die Qualität der professionellen Beratung zu optimieren, sieht die Arbeitsgruppe aber auch den flächendeckenden Ausbau von „informellen Beratungskompetenzen“ als erforderlich an, um einen frühzeitigen und niedrigschwelligen Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu ermöglichen. In beiden Bereichen wird von der Arbeitsgruppe noch ein erheblicher Handlungs- und Entwicklungsbedarf gesehen.

Notwendig ist zur Initiierung des Reha-Prozesses zunächst, dass ein möglicher Rehabilitationsbedarf erkannt wird und zumindest über weitergehende Möglichkeiten informiert werden kann. Die Beratung muss an der individuellen Lebenssituation des Betroffenen ansetzen und es müssen insbesondere auch Menschen erreicht werden, die außerhalb des Arbeitsprozesses stehen und insofern aus den üblichen Zugangswegen herausfallen. Allgemeine informelle Beratungsleistungen können in diesem Zusammenhang z.B. von (Haus-)Ärzten und Mitarbeitern von Sozialbehörden erbracht werden. Im Hinblick auf die in einem Beschäftigungsverhältnis stehenden Menschen sollte das Instrument der betrieblichen Prävention flächendeckend unter Einbeziehung der beteiligten Akteure (Arbeitgeber, Werks-/Betriebsarzt, Beschäftigtenvertretungen) ausgebaut werden.

Empfehlung 1

Kenntnisse über Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rehabilitation sollten an die relevanten informell beratenden Personen flächendeckend vermittelt werden

Dabei müssen diese in ihren jeweiligen Bereichen ratgebenden Personen (u.a. Schule, Arbeitsplatz, Arztpraxis, allgemeine Sozialberatung) nicht umfassende Experten auf dem Gebiet der Rehabilitation sein. Allerdings sollten sie zumindest fähig sein, einen möglicherweise bestehenden Reha-Bedarf zu erkennen und den Betroffenen verbal oder durch entsprechende Medien sowohl auf die Möglichkeiten der Rehabilitation in allgemeiner Form als auch auf die Möglichkeit professioneller Beratung hinzuweisen. Dies setzt neben einer (rechtlichen bzw. berufsständischen) Verpflichtung auch eine durch Schulung vermittelte entsprechende Motivation des informell Beratenden voraus. Dazu sollte auch entsprechendes leicht verständliches und in der Praxis handhabbares Informationsmaterial zur Verfügung gestellt werden. Auf die Ausführungen in der gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ wird ausdrücklich Bezug genommen.

Vorschläge zur Umsetzung:

1. Informationsvermittlung für allgemein informell ratgebende Personen (Schule, Arbeitsplatz, Arztpraxis, allgemeine Sozialberatung) durch fachkundige Institutionen und in diesem Zusammenhang Erarbeitung von in der Praxis handhabbarem Informationsmaterial

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Es wird ein ganzheitliches Informationskonzept für alle beratenden Adressatenkreise erstellt.

Dazu erarbeiten die Träger auf Ebene der BAR kurzfristig konkretes Informationsmaterial, welches informell ratgebende Personen zur Aufklärung der Menschen mit möglichem Rehabilitationsbedarf nutzen können. Hierbei soll mit entsprechendem Material für Ärzte begonnen werden.

Die Gemeinsamen Servicestellen vermitteln informell ratgebenden Personen vor Ort (z.B. in Schulen, Kommunen, beim Arbeitgeber – insbesondere in KMU) zielgruppengerechte Informationen über Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rehabilitation.

Ergänzend stellen die zuständigen Ministerien die Entwicklung eines ergänzenden Onlinetools zur internetbasierten Informationsvermittlung für Betroffene und informell ratgebende Personen sicher.

2. Anreiz- oder sanktionsgestützte Verpflichtung der Ärzte und des medizinisch-therapeutischen Bereichs zur entsprechenden Information und Verweis an die fachliche Beratung. Die Inhalte, Methoden und Ziele der beruflichen Rehabilitation sollten curricularer Bestandteil der medizinischen bzw. therapeutischen Ausbildung sein.

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die behandelnden Ärzte werden verpflichtet, spätestens nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit in geeigneten Fällen den Betroffenen konkrete Informationen über Möglichkeiten und Voraussetzungen von Rehabilitation zu vermitteln.

Empfehlung 2

Die bedarfsorientierte, individuelle, professionelle Beratung innerhalb bestehender Strukturen ist zu optimieren

Sowohl beim Zugang als auch im Reha-Prozess ist eine Beratung mit Qualitätsstandards und professioneller Kompetenz der Beratenden notwendig. Die vorhandenen Beratungsstrukturen der Reha-Träger, insbesondere die der Gemeinsamen Servicestellen, müssen in dieser Hinsicht optimiert werden. So kann die Funktion der bestehenden Strukturen gestärkt und der Intention einer umfassenden trägerübergreifenden Beratung entsprochen werden.

Vorschläge zur Umsetzung:

1. Erarbeitung und Anerkennung gemeinsamer verbindlicher Qualitätsstandards der Rehabilitationsträger für die Durchführung der Beratung. Dazu gehört die Schaffung eines von allen Trägern akzeptierten Kompetenzprofils der Beratenden, ggf. ein verbindliches trägerübergreifendes Curriculum ggf. bis hin zur Schaffung eines neuen Berufsbildes, das durch einen (Bachelor-) Studiengang zum „Trägerübergreifenden Reha-Berater“ führen könnte. Daneben sollte gezielte Weiterbildung und regelmäßige Supervision vorgesehen werden. Außerdem sollten hier auch ethische Standards für Berater festgelegt werden. Denkbar wäre als Grundlage eine Selbstverpflichtung aller Rehabilitationsträger zu gemeinsamen (Berufs-) „Ethischen Standards“ für Reha-Berater.
2. Befähigung des vorhandenen und zukünftigen beratenden Personals im Rahmen der Qualifizierung, auf die speziellen Bedürfnisse bestimmter sozialer Gruppen (z.B. Migranten; Bezieher von Arbeitslosengeld II) bzw. Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern, wie z.B. psychisch Kranke, in besonderer Weise unterstützend und positiv motivierend einzugehen und diese individuell an den Rehabilitationsprozess heranzuführen („Ansatz beim betroffenen Menschen selbst“).

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Auf Ebene der BAR wird eine Expertengruppe gebildet, die Empfehlungen für Qualitätsstandards ggf. unter Nutzung der Erkenntnisse, die sich aus den bestehenden Projekten des Nationalen Forums Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (nfb) ergeben, erarbeitet.

3. Vernetzung der Gemeinsamen Servicestellen zu Stellen mit Lotsenfunktion für alle an der beruflichen Eingliederung beteiligten Stellen im inner- und außerbetrieblichen Kontext
4. Offensive Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf Funktion und Möglichkeiten der Gemeinsamen Servicestellen
5. Ggf. ergebnisoffene Überprüfung der Anzahl Gemeinsamer Servicestellen im Hinblick auf eine Steigerung der Qualität

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen werden auf Ebene der BAR im Rahmen der bestehenden Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen“ bearbeitet und durch die Träger umgesetzt.

Empfehlung 3

Die betriebliche Prävention sollte flächendeckend in den Betrieben unter Einbeziehung aller Beteiligten implementiert und mit sämtlichen Formen von Rehabilitation, insbesondere aber mit der beruflichen Rehabilitation verbunden werden. Dabei ist auch eine Vernetzung mit den Gemeinsamen Servicestellen sicherzustellen.

Vorschläge zur Umsetzung:

1. Auswertung, Zusammenfassung und Veröffentlichung der Voraussetzungen und Erfahrungen aus den verschiedenen bestehenden trägerübergreifenden Modellen vor Ort

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Bestehende Modelle werden auf Ebene der BAR zusammengefasst und ausgewertet.

2. Qualitätsgesicherte und flächendeckende Umsetzung erfolgreicher Modellprojekte in die Praxis

Empfehlungen 4

Einführung eines trägerübergreifenden Konzeptes zur Qualitätssicherung des Gesamtprozesses im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Vorschläge zur Umsetzung:

1. Definition gemeinsamer Erfolgskriterien
2. Definition gemeinsamer Standards für Qualitätsmerkmale
 - a. bei den Reha-Trägern für die Prozesse Bedarfserkennung und –feststellung sowie Begleitung des Eingliederungsprozesses,
 - b. bei den Leistungserbringern für die Prozesse der individuellen Bedarfserkennung und der Befriedigung des individuellen Bedarfs sowie für den Prozess des Eingliederungsmanagements.
3. Analyse und Abgleich der bisher von den Trägern eingeführten bzw. geplanten Qualitätsmanagement- und Qualitätssicherungsinstrumente
4. Erarbeitung von wissenschaftlich basierten Vorschlägen für eine sinnvolle Weiterentwicklung der unterschiedlichen Systeme zu einem einheitlichen QM-System für alle Träger im Bereich LTA

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Unter Nutzung von Synergieeffekten aus den Projekten „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ und „Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation“ wird von den Trägern auf Ebene der BAR ein trägerübergreifendes Konzept zur Qualitätssicherung des Gesamtprozesses im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erarbeitet und abgestimmt.

Forschungsaufträge und Modellprojekte

Über die genannten Umsetzungsvorschläge hinaus empfiehlt die Arbeitsgruppe, bestimmte Themenbereiche weiter zu erforschen bzw. im Rahmen von Modellen neue Ansätze zu erproben.

Vorschläge zur Umsetzung:

1. Anregung eines Forschungsauftrages „Vergleichende Betrachtung der Beratungsprozesse und deren Wirkungen“ als wissenschaftliche Grundlage zur Optimierung von Beratungsstrukturen
2. Analyse von Projekten zur frühzeitigen Einleitung von Reha-Maßnahmen im Hinblick auf ihre Ergebnisse bzw. den bestehenden Bedarf
3. Forschung zur Unterstützung bei der Entwicklung von Kriterien für eine trägerübergreifende Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
4. Anregung eines Forschungsauftrages zur Implementation der ICF in der beruflichen Rehabilitation insbesondere bei der Bedarfsfeststellung und im Bereich der Dokumentation der Steuerung des Eingliederungsprozesses und der Definition von Erfolgskriterien.

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die Anregungen werden an die Arbeitsgruppe 4 hinsichtlich der weiteren Umsetzungsschritte übermittelt.

Überarbeitung gesetzlicher Vorgaben

Die Arbeitsgruppe empfiehlt daneben die Prüfung und ggf. Überarbeitung folgender gesetzlicher Vorgaben:

1. Die leistungsgesetzlichen Regelungen des SGB II sollten insbesondere im Hinblick auf den Teilhabebegriff an den Vorgaben des SGB IX überprüft werden.
2. Die Zuordnung der vermittlungsunterstützenden Leistungen im SGB III zu den allgemeinen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 100 SGB III) und dem damit verbundenen Leistungsverbot der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Träger der Grundsicherung (§ 22 SGB III) für Rehabilitanden anderer Träger sollte im Hinblick auf die Chancengleichheit überprüft werden.

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die Problemanzeige wird an den Gesetzgeber herangetragen.

3. Datenschutzrechtliche Regelungen sollten im Hinblick auf mögliche Behinderung des Eingliederungsprozesses geprüft werden

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die Überprüfung der datenschutzrechtlichen Regelungen erfolgt auf Ebene der BAR im Rahmen der Arbeitsgruppe „Datenschutz“.

Die Arbeitsgruppe hat die einzelnen Empfehlungen und ihre konkreten Umsetzungsvorschläge wie folgt priorisiert:

- I. Beratung

- I.I Erstellung von Infomaterial
- I.II Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen
- I.III Erarbeitung von Qualitätsstandards zur Beratung
- II. Betriebliche Prävention flächendeckend implementieren und mit Rehabilitation verbinden
- III. Qualitätssicherung der LTA

3.3 Arbeitsgruppe 3 "Beruf und Arbeitswelt"

Die Arbeitsgruppe "Beruf und Arbeitswelt" hat Empfehlungen zu den Themen: Förderung der Beschäftigungsfähigkeit, Kooperation und Vernetzung mit Unternehmen, Information und Beratung sowie Dialog der Sozialpartner erarbeitet.

Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

Beschäftigungsfähigkeit ist als Leitziel beruflicher Rehabilitation inzwischen bei allen Akteuren akzeptiert. Unter dem Begriff Beschäftigungsfähigkeit werden jene fachlichen, sozialen, personalen und methodischen Kompetenzen einer Person zusammengefasst, die es ermöglichen, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu erlangen sowie im Unternehmen wertschöpfend und leistungsfähig zu arbeiten. Im Hinblick auf den anhaltenden Strukturwandel der Wirtschaft und damit einhergehender Veränderungen der am Arbeitsmarkt nachgefragten Qualifikationen bzw. Kompetenzen wird das Prinzip „Lernen im Lebenslauf“ (Lebenslanges Lernen) zunehmend wichtiger. Das Konzept Beschäftigungsfähigkeit geht auf diesen Aspekt in der Weise ein, das postuliert wird, beschäftigungsfähige Erwerbspersonen zeichnen sich dadurch aus, dass sie ihr Fähigkeitsprofil auch unter den wandelnden Bedingungen des Arbeitsmarktes eigenverantwortlich anpassen können.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Beschäftigungsfähigkeit nicht nur als Kompetenz- bzw. Qualifikationsbündel einer Person verstanden wird, sondern als relationales Konzept, welches die Passung von Fähigkeiten und (gegenwärtigen bzw. zukünftig zu erwartende) Anforderungen beschreibt. Beschäftigungsfähigkeit in diesem Sinne unterstützt und stärkt damit die Anforderungsorientierung der beruflichen Rehabilitation.

Aus Sicht der Arbeitsgruppe ist es deshalb grundsätzlich zu begrüßen, Inhalte, Strukturen und Prozesse in der beruflichen Rehabilitation stärker auf die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu zentrieren.

Die Definition von Beschäftigungsfähigkeit verdeutlicht, dass jene Kompetenzen im Mittelpunkt stehen, die zu einer erfolgreichen Bewältigung des betrieblichen Alltags und des Wandels der Arbeitswelt beitragen. Beschäftigungsfähigkeit wird primär dort erlernt, wo die Erwerbstätigkeit stattfindet. Der Lernort Betrieb und dessen Anforderungen spielen damit bei der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit eine herausragende Rolle.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Arbeitsgruppe, die Einbindung des betrieblichen Settings in den Rehabilitationsprozess sowie deren Wirkung im Rahmen der Intensivierung der Forschung zur beruflichen Rehabilitation systematisch zu untersuchen. Ein weiteres Forschungsfeld betrifft die Erfassung der Passung von Fähigkeiten und Anforderungen. Hier stellt sich insbesondere die Frage, wie sich die Anforderungsseite der Beschäftigungsfähigkeit so erfassen lässt, dass ein Abgleich mit den Fähigkeiten einer Person möglich ist und dieser Abgleich als Grundlage für die Planung und Umsetzung von notwendigem Arbeitsplatzwechsel oder der Wiedereingliederung dienen kann.

In Bezug auf die Person intendiert Beschäftigungsfähigkeit insbesondere die Förderung überfachlicher Kompetenzen. In den jeweiligen beruflichen Handlungsfeldern können methodische-, sozial/kommunikative-, personale sowie Aktivitäts- und Umsetzungskompetenzen von unterschiedlicher Bedeutung sein. Der

Individualisierungsansatz setzt hier voraus, dass für die verschiedenen Kompetenzfelder entsprechende Förderkonzepte vorhanden sind, einschließlich der Frage, wie die Förderbedarfe „gemessen“ werden können. Insbesondere in Bezug auf die Systematik der Vorgehensweise wird vonseiten der Arbeitsgruppe weiterer Entwicklungsbedarf gesehen. Für diese Entwicklung sind Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam verantwortlich.

Lernen im Lebenslauf

Für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit spielt die präventive Ausgestaltung des Lernens im Lebenslauf eine herausgehobene Rolle. Folgende Empfehlungen tragen aus Sicht der Arbeitsgruppe zur stärkeren Verankerung des Lernens im Lebenslauf bei.

Einführung einer Kompetenz- bzw. Beschäftigungsfähigkeits-Beratung unter Berücksichtigung der berufs- bzw. tätigkeitsspezifischen Frühverrentungsrisiken. Diese Beratung sollte sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren. Integraler Bestandteil im Anschluss an die Untersuchung der Beschäftigungsfähigkeit muss eine entsprechende Beratung des Betroffenen sein, in der die Handlungsoptionen zur Stabilisierung des Erwerbsverlaufes besprochen werden. Die Arbeitsgruppe empfiehlt in diesem Zusammenhang folgende weiterführende Aktivitäten zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit:

- Intensivierung von Informations- und Beratungsangeboten zur Gestaltung von Lernen im Lebenslauf.
- Transfer reha-relevanter Konzepte der beruflichen Bildung in die berufliche Rehabilitation. Hier insbesondere die Entwicklung von Bildungsangeboten, um horizontale Weiterentwicklungen der beruflichen Möglichkeiten auf Fachkräfteniveau zu ermöglichen.¹
- Für die von früher Verrentung besonders betroffenen Gruppen (z.B. ältere Erwerbstätige, ohne formale Bildungsabschlüsse, in gering qualifizierten Tätigkeitsfeldern) müssen die Bildungsbedarfe untersucht und entsprechende Bildungsangebote entwickelt werden. Bedarfsorientierte Bildungsangebote sind zu entwickeln.

In den Bereichen Wiedereingliederung und Ausgliederungsverhinderung sind folgende Ansätze und Überlegungen zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit notwendig:

Wiedereingliederung

Als strategischer Ansatz ist eine stärkere Fokussierung auf „place and train“ statt auf „train and place“ zu fordern. Im Zentrum der beruflichen Rehabilitation sollte die Konkretisierung der Beschäftigungsperspektive stehen. Platzierungs- und Qualifizierungsanteile müssen stärker und frühzeitiger miteinander verzahnt werden. Betriebliche Anteile werden Teil der Qualifizierung. In der Schlussphase der Rehabilitation orientiert sich die Qualifizierung an den Anforderungen des potenziellen Arbeitsplatzes und des dazugehörigen Umfeldes. Im Idealfall findet der Rehabilitand/die Rehabilitandin dadurch innerhalb der sogenannten „Hauptmaßnahme“ seinen/ihren neuen Arbeitsplatz. Je nach Bedarf der Person sollte die Einarbeitungsphase im Betrieb bis zum erfolgreichen Abschluss der Probezeit begleitet werden

¹ Siehe hierzu beispielhaft die Neuordnung der IT-Weiterbildung: BMBF Hrsg.: IT-Weiterbildung mit System. Bonn 2002.

Ausgliederungsverhinderung/Erhalt des Arbeitsplatzes

Um die Teilhabe am Arbeitsleben bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters zu gewährleisten, müssen die Strategien und Methoden der betrieblichen Funktionsbereiche Betriebliches Eingliederungsmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Personalentwicklung stärker koordiniert werden, da jeder Bereich auf seine Weise dazu beiträgt, ein Erwerbsleben bis zukünftig 67 Jahren zu ermöglichen.

In Bezug auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement müssen der Nutzen nachgewiesen werden und Ansprechpartner zur Verfügung stehen, die den Aufbau von BEM unterstützen können. Dies gilt insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen.

Zu unterscheiden ist die Verknüpfung bzw. Vernetzung der verschiedenen Bereiche in mittleren und großen Unternehmen mit einer starken Binnendifferenzierung von eher kleinen Unternehmen mit einer schwachen Binnendifferenzierung. In kleinen Unternehmen werden die Kompetenzen der verschiedenen Bereiche tendenziell eher von außen eingekauft. In diesem Zusammenhang muss in Zukunft der Frage, welche Bedarfe Unternehmen in Abhängigkeit von Betriebsgröße und Branche haben, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Kooperation und Vernetzung mit Unternehmen

Vernetzung ist eine besondere Form der Kooperation. Netzwerke weisen u.a. folgende Merkmale auf:

- Das Netzwerk hat eine spezifische Funktion bzw. einen Nutzen für die Netzwerkpartner.
- Die Vorteile der Kooperation überwiegen.
- Jeder Akteur des Netzwerkes unterhält Kontakte zu mehreren anderen Akteuren im Netzwerk.
- Es existieren Vereinbarungen bzw. Verträge über Ziele und Aufgaben der Partner, bis hin zu einem gemeinsamen Leitbild.
- Der Umgang untereinander ist partnerschaftlich sowie auf „Augenhöhe“ angelegt und weniger geprägt von hierarchischer Unter- bzw. Überordnung.
- Die Steuerung und Entwicklung des Netzwerkes findet nicht über eine zentrale, übergeordnete Instanz statt, sondern ergibt sich aus der Dynamik der Kommunikation untereinander.

Netzwerke werden in diesem Zusammenhang somit als eine „offene“ und partizipative Form der Kooperation verstanden, die eine gewisse Verbindlichkeit und klare Spielregeln besitzt. Das Netzwerk führt unterschiedliche Akteure zusammen, die sich hinsichtlich ihrer Ziele wechselseitig ergänzen.²

Aus Sicht der Arbeitsgruppe besitzt die Thematik „Netzwerke mit Unternehmen“ ein hohes Innovationspotenzial für die berufliche Rehabilitation. Notwendig ist eine Bestandsaufnahme zu den bisher verfolgten Kooperations- und Vernetzungsansätzen in der beruflichen Rehabilitation sowie deren Einfluss auf die Wiedereingliederung. Unterschiedliche Vernetzungsansätze sind sowohl zu erproben als auch zu evaluieren.

Umgesetzt werden sollten in Zukunft darüber hinaus folgende Aktivitäten:

² Vor dem Hintergrund der genannten Merkmale handelt es sich bei folgenden Aktivitäten um keine Netzwerke: Adressdateien von Unternehmen, die Praktikantenplätze zur Verfügung gestellt haben, Kooperationsvereinbarung mit einem Unternehmensverband zur Unterstützung der Stellenakquise, parallel laufende „eins zu eins Kooperationen“ mit Unternehmen, Kenntnisse über regionale Akteure inkl. Kontaktdaten und das Wissen, wer wann angesprochen werden kann.

- Bestehende regionale Bildungsnetzwerke oder Branchencluster sind zu überprüfen, inwieweit der Partner berufliche Reha „fehlt“.
- Reha-spezifische Erweiterung der Netzwerke zur Unterstützung einer platzierungsorientierten Vorgehensweise.
- Leistungserbringer sollten sich auf Vernetzungsstandards verständigen und hierzu entsprechende Leitlinien erarbeiten.
- Vorbildliche und innovative Vernetzungsansätze, die die oben beschriebenen Merkmale aufweisen, sollten ausgezeichnet werden.

Information und Beratung

Um zu einer verbesserten Zusammenarbeit zwischen dem Reha-System und Unternehmen zu kommen, sind gut ausgebaute Informationswege und Beratungsangebote für Unternehmen von zentraler Bedeutung.

In der Vergangenheit ist häufig über die Notwendigkeit eines regionalen „roten Telefons“ diskutiert worden, um Unternehmen einen unbürokratischen Zugang zum Reha-System zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund der Entwicklungen des Internets ist eine internetbasierte Kommunikationsplattform denkbar, die Unternehmen und Experten des Reha-Systems miteinander verknüpft. Eine solche interaktive Plattform existiert derzeit nicht. Die technischen Möglichkeiten des Internets sind hier in Zukunft besser auszuschöpfen.

Darüber hinaus fehlt es an einem flächendeckenden regionalen Beratungsangebot für Unternehmen. Hierbei sind die bestehenden Beratungsangebote in der Region zu Reha- und Gesundheitsthemen entsprechend zu berücksichtigen bzw. eine Vernetzung mit den vorhandenen Angeboten zu gewährleisten. Für die Akzeptanz eines solchen Beratungsangebotes ist darüber hinaus zu beachten, dass die dort tätigen Mitarbeiter „die Sprache“ der Unternehmen sprechen.

Zu untersuchen ist in diesem Zusammenhang, inwieweit die Gemeinsamen Servicestellen sich zu einem Beratungsangebot für Unternehmen weiterentwickeln können. Damit verbunden ist eine unternehmensorientierte inhaltliche, personelle und organisatorische Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen, um die notwendige zielgruppenspezifische Vermarktung des Beratungsangebotes Erfolg versprechend zu gestalten.

Dialog der Sozialpartner

Eine Intensivierung des Dialogs der Sozialpartner kann die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Richtung Vernetzung mit der Arbeitswelt unterstützen. Folgende Aktivitäten sind in diesem Handlungsbereich sinnvoll:

- Die Sozialpartner stimmen sich hinsichtlich der Prioritäten und Vorgehensweisen ab, um Ausgliederung zu verhindern bzw. Wiedereingliederung zu ermöglichen.
- Prioritäre Maßnahmen für eine stärkere inklusive Arbeitswelt werden vereinbart und umgesetzt.
- Es wird überprüft, inwieweit es sinnvoll ist, Rahmenbedingungen für die medizinische und berufliche Rehabilitation zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit tariflich zu regeln.

Projektvorschläge zur Umsetzung der Empfehlungen

Die Arbeitsgruppe hat zu den vier Themenfeldern der Empfehlungen sechs Vorschläge für Umsetzungsprojekte entwickelt:

1. Veränderung der Beschäftigungsfähigkeit unter Berücksichtigung von berufs- und tätigkeitsspezifischen Frühverrentungsrisiken

Ziel: Einführung eines (freiwilligen) „Beschäftigungsfähigkeits-Checks“ mit eingehender fachlicher Beratung der Betroffenen.

Weg: Frühindikatoren bei Berufen mit hohen Ausstiegsquoten feststellen und die sich ändernden Anforderungen in der Arbeitswelt berücksichtigen bei Erstellung eines Profilvergleichs: Anforderungen – Fähigkeiten.

Beteiligte: Arbeitsmediziner, Betriebsärzte, Leistungsträger und Leistungserbringer, Vertreter des Arbeitsschutzes, Betriebe stark betroffener Branchen, ggf. Gesetzgeber.

2. Entwicklung horizontaler Bildungsangebote

Ziel: Heute orientieren wir uns an Berufen, nicht an Beschäftigungsfähigkeit. Ziel ist die Entwicklung und Einführung von Fortbildungsberufen (Standardisierung).

Weg: Durch horizontale Weiterbildung erfolgen kein beruflicher Abstieg und kein direkter beruflicher Aufstieg. Die horizontalen Weiterbildungsangebote werden mit Branchen entwickelt und umgesetzt (z.B. Gesundheit, Pflege, Bauwesen). Dies kann auch für Geringqualifizierte entwickelt werden.

Beteiligte: Personalentwickler ausgewählter Branchen, BMBF, BIBB, BMAS, Leistungserbringer

3. Als strategischer Ansatz ist eine stärkere Fokussierung auf „place and train“ statt auf „train and place“ zu fordern.

Ziel: Neue/veränderte Teilhabeleistungen für die Zielgruppen „bereits Ausgegliederte“, „Leistungsgewandelte“ und „ältere Geringqualifizierte“ entwickeln.

Weg: Um die Teilhabe am Arbeitsleben bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters zu gewährleisten, müssen die Strategien und Methoden der betrieblichen Funktionsbereiche BEM, AGS, BGF und PE stärker integriert werden, da jeder Bereich auf seine Weise dazu beiträgt, ein Erwerbsleben bis 67 zu ermöglichen.

Beteiligte: Personalentwickler ausgewählter Branchen, Vertreter der Leistungserbringer und Leistungsträger.

4. Ausbau bestehender Netzwerke

Ziel: Modellhafte Weiterentwicklung eines bestehenden Netzwerkes zu einem praktischen Kooperationsmodell, das reha-spezifische Anforderungen zwischen Arbeitgebern, Leistungsträgern, Bildungsanbietern, der Wirtschaftsförderung und Wirtschaftscluster erfüllt.

Weg: Bundesweite Recherche und Auswahl geeigneter Netzwerke.

Beteiligte: Arbeitgeber, Leistungsträger, Leistungserbringer, Mitarbeiter aus Wirtschaftsförderung und aus Wirtschaftsclustern

5. Verbesserung von Information und Beratung für Betroffene und Arbeitgeber

Ziel: Schaffung effektiverer und effizienterer Gesamtprozesse.

Wege: Schaffung eines internetbasierten Medienangebotes, um Informationsbedarfe der Unternehmen und Experten/Verantwortliche des Reha-Systems miteinander zu verknüpfen. Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen hin zu einer proaktiven Beratungsstelle auch für Arbeitgeber. Dies würde den Aufbau entsprechender Kompetenzen in den Gemeinsamen Servicestellen voraussetzen. Vergleich mit dem englischen „Employment Manager“, möglicherweise als privater Service, bestehendes Beispiel: RehaFutur Real.

Beteiligte: Betroffene, Arbeitgebervertreter, BMAS, Leistungserbringer und Leistungsträger

6. Dialog der Sozialpartner

Ziel: Entwicklung abgestimmter Prioritäten und Vorgehensweisen zwischen den Sozialpartnern, um Ausgliederung zu verhindern bzw. Wiedereingliederung zu ermöglichen

unter besonderer Berücksichtigung inklusiver betrieblicher Ansätze der beruflichen Rehabilitation.

Weg: Einrichtung einer „Diskussionsplattform“.

Beteiligte: Vertreter der Sozialpartner, Leistungsträger, ggf. Gesetzgeber

3.4 Arbeitsgruppe 4 „Forschung“

Zur Unterstützung der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis des Berichts der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur und der Ergebnisse der Arbeitsgruppen im Entwicklungsprojekt RehaFutur schlägt die Arbeitsgruppe Forschung die Konzentration auf einige Forschungsschwerpunkte für einen festgelegten Zeitraum (sinnvoll wäre ein Förderschwerpunkt über 8 Jahre, z.B. 2012 - 2020) vor. Zur Erhöhung der Effektivität wird empfohlen, hierzu die Fördermittel verschiedener Forschungsförderer zusammenzufassen. Im Folgenden werden vier Forschungsschwerpunkte beschrieben und der Entwurf für eine Struktur zur Umsetzung eines Förderschwerpunkts skizziert.

Empfehlung 1

Bildung von vier Forschungsschwerpunkten für die berufliche Rehabilitation

a) Bedarf und Zugang zur beruflichen Rehabilitation

Die selbstbestimmte und selbstverantwortliche Beteiligung der Leistungsberechtigten im Zugangsprozess macht es erforderlich, Vorgehensweisen und Abläufe zu überprüfen, ggf. veränderte Abläufe zu konzipieren und in Modellprojekten zu überprüfen. Kernelemente sind hierbei die Informations- und Beratungsprozesse, die neu gedacht und umgesetzt werden müssen. Dabei müssen auch personenkreisspezifische Aspekte untersucht werden.

Besondere Bedeutung kommt - auch unter Berücksichtigung der Forderungen der UN-BRK - der frühzeitigen Erkennung und Prüfung des Rehabilitationsbedarfs zu. Hierzu müssen einheitliche, wissenschaftlich abgesicherte Indikatoren und Instrumente gefunden und flächendeckend berücksichtigt werden. Die Vernetzung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ist hierbei eine wichtige Aufgabe.

Die Umsetzung neuer Konzepte erfordert auch die Weiterentwicklung von Instrumenten und Methoden für moderne Informationswege sowie Berufs- und Bildungsberatung, die eingesetzt und überprüft werden müssen. Hierbei ist zu untersuchen, wie die Transparenz der sich kontinuierlich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt sichergestellt werden kann.

Zentrale Themenfelder:

- frühzeitige Erkennung und Prüfung des Rehabilitationsbedarfs
- Analyse der Bedarfsentwicklung aufgrund der Veränderungen der Arbeitswelt und der demografischen Entwicklung
- Weiterentwicklung und Umsetzung der Informations- und Beratungsprozesse (Berufs-, Bildungs- und Verfahrensberatung)
- Konzeptionelle Einbindung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Zugangsprozess

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

- Weiterentwicklung von Internet-Informationsangeboten (AG 1)
- Kriterien für eine trägerübergreifende Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung (AG 2)

b) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Prozesse (LTA)

Die individuelle, flexible und bedarfsgerechte Planung von LTA-Prozessen bzw. –Leistungen (Qualifizierungen und andere Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel der Integration) setzt

eine konsequente Weiterentwicklung von Assessment-Methoden und –Instrumenten voraus. Diese sollen alle fachlichen, persönlichen und Gesundheitskompetenzen sowie Potenziale einer Person einschließlich der relevanten Umfeldfaktoren kompatibel mit der ICF erfassen. Zu berücksichtigen ist dabei das Ziel der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit.

Die Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Rehabilitationsprozess bedeutet selbstqualifizierendes und selbstorganisiertes Lernen. Hierzu müssen Konzepte für individualisierte Rehabilitations- und Qualifizierungsprozesse weiterentwickelt und erprobt werden, die auf Basis des Systems der beruflichen Bildung als Teil des Lernens im Lebenslauf zu betrachten sind.

Der Entwicklung der Prozesssteuerung und der Sicherung der Prozessqualität kommt hier besondere Bedeutung zu. Parallel hierzu sind Methoden der Prozessorganisation zu untersuchen, die die Wirtschaftlichkeit individualisierter Prozesse sicherstellen.

Zentrale Themenfelder:

- Weiterentwicklung von Konzepten für individuelle, flexible und bedarfsgerechte LTA
- Anforderungen an alle beteiligten Akteure der beruflichen Rehabilitation zur Umsetzung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung im Reha-Prozess
- Förderung von Beschäftigungsfähigkeit
- Prozesse und Organisationsstrukturen zur wirtschaftlichen Gestaltung individualisierter Prozesse

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

- Untersuchung von Bildungsbedarfen für von früher Verrentung besonders betroffenen Gruppen und Entwicklung von entsprechenden Bildungsangeboten (AG 3)
- Betrachtung der Beratungsprozesse und deren Wirkungen als wissenschaftliche Grundlage für Optimierung von Beratungsstrukturen (AG 2)

c) Einbindung von Betrieben in den Rehabilitationsprozess

Betriebe sind in der Regel nicht auf die Anforderungen an Rehabilitationsprozesse ausgerichtet, sondern ihre Betriebsabläufe sind bestimmt durch Produktion von Gütern oder Erbringung von Dienstleistungen. Dabei definieren die betrieblichen Anforderungen jene „Hürde“, die es mit Hilfe von Leistungen zur Teilhabe zu „überwinden“ gilt, um einen gefährdeten Arbeitsplatz zu erhalten bzw. eine Wiedereingliederung zu ermöglichen. Damit wird die Einbindung von Betrieben in den Rehabilitationsprozess ein wesentlicher Einflussfaktor beruflicher Rehabilitation.

Es muss somit untersucht werden, in welchem Umfang betriebliche Abläufe im Sinne arbeitsprozessorientierter Qualifizierung als integrale Bestandteile von individualisierten LTA-Prozessen genutzt werden können. Zu prüfen ist, welche Anforderungen an die Koordination mit dem Betriebsalltag und die Prozesssteuerung zu stellen sind. Insgesamt sind Vernetzungs- und Kooperationsstrategien zu untersuchen, die Anreize für alle Beteiligten (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigte und Betrieb) beinhalten.

Für eine nachhaltige Integration muss die dynamische Entwicklung der Arbeitsmärkte mit der Veränderung der Bedarfe und Anforderungen analysiert und so aufbereitet werden, dass sie als Grundlage für die Planung des LTA-Prozesses dienen können.

Erstrebenswert ist, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig im Betriebsalltag erkannt wird. Damit sind entsprechende Indikatoren und Instrumente erforderlich, die frühzeitige Einleitung von LTA-Prozessen unterstützen. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, in welchem

Ausmaß der Betrieb ein gestaltbarer Ort für Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes sein kann. Stichworte hierzu sind Prävention, Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit, frühzeitige Intervention etc.

Zentrale Themenfelder

- Bedarfe und Anforderungen aus betrieblicher Sicht
 - Entwicklung der betrieblichen Qualifikationsnachfrage auf regionaler Ebene
 - Neue LTA-Formen vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung (z.B. älter werdende Belegschaften)
- Kooperations- und Vernetzungsstrategien
 - Betrieb als Lernort (arbeitsprozessorientierte Qualifizierung) im Rahmen von Bildungsmaßnahmen der Wiedereingliederung
 - Leistungserbringer und Betriebe als Kooperationspartner im Rahmen von Qualifizierungsnetzwerken
 - Beratung von Betrieben im Kontext des betrieblichen Eingliederungsmanagements und Erhalt des Arbeitsplatzes (Rehabilitation im Betrieb)
- Instrumentenentwicklung
 - Indikatoren und Instrumente für die frühzeitige Identifikation des Reha-Bedarfs im Betrieb
 - Assessment der betrieblichen und arbeitsmarktlichen Anforderungen

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

- Einbindung des betrieblichen Settings in den Rehabilitationsprozess sowie deren Wirkung auf den Wiedereingliederungsprozess (AG 3)
- Bestandsaufnahme zu den bisher verfolgten Kooperations- und Vernetzungsansätzen in der beruflichen Rehabilitation (AG 3)

d) Wirkungen beruflicher Rehabilitation

Die Umsetzung der Vorschläge und Empfehlungen der Wissenschaftlichen Fachgruppe würde zumindest teilweise zu neuen Abläufen, Methoden und Instrumenten führen. Es ist daher von großer Bedeutung, diese Entwicklungen mit der Untersuchungen zur Wirksamkeit der Veränderungen zu begleiten und abzusichern.

Zu untersuchen ist der Einfluss prozess- und strukturbezogener sowie personenbezogener Parameter auf den Integrationserfolg ebenso wie der Einfluss selbstbestimmter Beteiligung der Leistungsberechtigten auf das Prozessgeschehen. Die Wirkung äußerer Einflussfaktoren (z.B. Arbeitslosigkeit, Wirtschaftswachstum) auf den Integrationserfolg darf dabei nicht außer Acht gelassen werden.

Im Rahmen der Systementwicklung ist es ferner erforderlich, den Einfluss verschiedener Integrations- bzw. Interventionsstrategien zu untersuchen und die Wirkung von Anreizsystemen zu ermitteln. Ein wichtiges Thema ist die Überprüfung der Veränderungen der Zugangssteuerung in der Praxis (s.o. „Bedarf und Zugang zur beruflichen Rehabilitation“). Bei der Untersuchung des gesamten Rehabilitationsprozesses ist auch die Wirksamkeit von Teilprozessen auf das Gesamtergebnis zu beachten.

Zur Wirkungsforschung gehört ebenfalls die Entwicklung von Indikatoren zur Messung bzw. Beurteilung der kurz-, mittel und langfristigen Ergebnisse (Output, Outcome, Impact).

Zentrale Themenfelder:

- Förderfaktoren und Barrieren im Zugangsverfahren und deren Auswirkungen auf bedarfsgerechte Inanspruchnahme
- Auswirkungen von Teilprozessen auf das Gesamtergebnis
- Einfluss verschiedener Integrations- bzw. Interventionsstrategien
- Einfluss prozess- und strukturbezogener sowie personenbezogener Parameter auf den Integrationserfolg
- Wirkung äußerer Einflussfaktoren (z.B. Demografie, Arbeitsmarkt) auf den Integrationserfolg
- Kosten-Wirksamkeits-Analysen

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

- Implementierung der ICF in der beruflichen Rehabilitation insbesondere bei der Bedarfsfeststellung, im Bereich der Dokumentation und der Steuerung des Eingliederungsprozesses sowie der Definition von Erfolgskriterien (AG 2)
- Analyse von Projekten zur frühzeitigen Einleitung von Reha-Maßnahmen im Hinblick auf ihre Ergebnisse bzw. den bestehenden Bedarf (AG 2)

Aufgrund weitestgehender Vergleichbarkeit der Inhalte und Prozesse schlägt die Arbeitsgruppe „Forschung“ vor, das Spektrum der Forschungsvorhaben um die Berufliche Rehabilitation am Übergang Schule und Beruf auszuweiten.

Empfehlung 2

Beispiele für konkrete Forschungsthemen

Die Arbeitsgruppen 1 – 3 haben verschiedene Forschungsthemen vorgeschlagen, die aus ihrer Sicht zur Umsetzung der von Ihnen vorgeschlagenen Empfehlungen eine Unterstützung sein können. In der nachfolgenden Liste sind diese Themen zusammengestellt und den 4 Forschungsschwerpunkten zugeordnet worden. Ein Teil dieser Themen wurde im vorigen Kapitel als Beispiele für die beschriebenen Schwerpunkte verwendet.

AG	Forschungsschwerpunkt	
AG 1	1 = Zugang zur beruflichen Rehabilitation 2 = Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Prozesse 3 = Einbindung von Betrieben in den Rehabilitationsprozess 4 = Wirkungen beruflicher Rehabilitation	
	1	- Neustrukturierung der Servicestellen für Rehabilitation - Weiterentwicklung von Internet-Informationsangeboten
	1 & 2	- Peer-Beratung (Reha-Pilot) - Erarbeitung einer Checkliste für Empowerment-fördernde Beratung - Projekt „Strukturiertes standardisiertes Beratungsgespräch“ - Konzept entwickeln und erproben „Qualifizierung der Berater zum Thema Selbstbestimmung fördern“
	2	- Konzept und Erprobung selbstbestimmtes Lernen

AG 2	1	- Kriterien für eine trägerübergreifende Bedarfserkennung und Bedarfsfeststellung
	1 & 4	- Analyse von Projekten zur frühzeitigen Einleitung von Reha-Maßnahmen im Hinblick auf ihre Ergebnisse bzw. den bestehenden Bedarf
	1, 2 & 4	- Implementierung der ICF in der beruflichen Rehabilitation insbesondere bei der Bedarfsfeststellung, im Bereich der Dokumentation und der Steuerung des Eingliederungsprozesses sowie der Definition von Erfolgskriterien.
AG 3	1 & 3	- Einführung einer Kompetenz- bzw. Beschäftigungsfähigkeits-Beratung unter Berücksichtigung der berufs- bzw. tätigkeitsspezifischen Frühverrentungsrisiken. Diese Beratung sollte sich im Hinblick auf frühzeitige Bedarfserkennung und personenorientierte Lebensplanung als Instrument entwickeln und sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientieren.
	1, 2 & 3	- Untersuchung, inwieweit die Gemeinsamen Servicestellen sich auch zu einem Beratungsangebot für Unternehmen weiterentwickeln können.
	2	- Förderkonzepte für Individualisierungsansatz, einschließlich der Frage, wie die Förderbedarfe „gemessen“ werden können. - Systematische Erfassung der Passung von Fähigkeiten und (zukünftigen) Anforderungen einer Person, als Grundlage für die Planung und Umsetzung von notwendigem Arbeitsplatzwechsel oder der Wiedereingliederung - Untersuchung von Bildungsbedarfen für von früher Verrichtung besonders betroffene Gruppen und Entwicklung von entsprechenden Bildungsangeboten
	2 & 3	- Bestandsaufnahme zu den bisher verfolgten Kooperations- und Vernetzungsansätzen in der beruflichen Rehabilitation. Insbesondere sind unterschiedliche Vernetzungsansätze sowohl zu erproben als auch zu evaluieren.
	2, 3 & 4	- Einbindung des betrieblichen Settings in den Rehabilitationsprozess sowie deren Wirkung auf den Wiedereingliederungsprozess.
	2 & 4	- Betrachtung der Beratungsprozesse und deren Wirkungen als wissenschaftliche Grundlage für Optimierung von Beratungsstrukturen

Die Arbeitsgruppe 4 hat eine Reihe von weiteren Forschungsthemen benannt, die die schon existierende Liste von Forschungsthemen aus dem Bericht der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur ergänzen. All diese Themen wurden nach einheitlichen Kriterien sortiert und den beschriebenen Forschungsschwerpunkten zugeordnet. Die so aufbereitete Liste ist im Anhang zu sehen.

Empfehlung 3

Bildung eines Förderschwerpunktes

Die Arbeitsgruppe 4 geht davon aus, dass die Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation durch koordinierte Forschungsaktivitäten unterstützt werden muss. Zur effektiveren Nutzung der begrenzten Forschungsmittel und Forschungsressourcen erscheint es sinnvoll, dass zumindest über einen begrenzten Zeitraum die verschiedenen Forschungsförderer sich thematisch auf eine gemeinsame Forschungsförderung verständigen.

Empfehlung 4

Struktur und Organisation eines Förderschwerpunktes zur beruflichen Rehabilitation

a) Strukturelemente

Zur Realisierung eines Förderschwerpunktes wird ein Zusammenschluss von Forschungsförderern (z.B. Ministerien, Reha-Träger etc.) im Rahmen einer nationalen Initiative zur Unterstützung der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation vorgeschlagen. Auf Basis der Intentionen der UN-Behindertenrechtskonvention müssen Förderer gefunden werden, deren Aufgaben und Forschungsziele sich sinnvoll in einem Förderschwerpunkt zusammenfassen lassen. In einer gemeinsamen Vereinbarung müssen die Relevanz der gemeinsamen Forschungsanstrengungen, Ziele, Forschungsschwerpunkte, Förderzeitrahmen, Qualitätsanforderungen sowie inhaltliche und administrative Festlegungen zusammengefasst und bekannt gegeben werden.

Die Forschungsförderer sollten eine Koordinierungsgruppe zur Umsetzung der Forschungsförderung gemäß der Vereinbarung beauftragen. Diese Gruppe hat die Aufgabe, die Abläufe zur Umsetzung des Förderschwerpunktes inhaltlich und administrativ zu steuern. Dies betrifft die Veröffentlichung der Forschungsschwerpunkte, die Festlegung der Vergabekriterien, die Begutachtung der Forschungsanträge und die formale und inhaltliche Betreuung der laufenden Projekte. Hierzu müssen ggf. Kooperationspartner gefunden werden, die die Durchführung der Aufgaben übernehmen. In Bezug auf die Lenkungs- und Koordinierungsstrukturen ist darauf zu achten, die Gruppe der Leistungsberechtigten angemessen zu beteiligen.

Zur Unterstützung der Koordinierungsgruppe sind folgende strukturelle Elemente notwendig oder hilfreich:

- Es müssen themenorientierte, unabhängige und wissenschaftlich fundierte Gutachtergremien berufen werden, die die Forschungsanträge bewerten und ihren Stellenwert bezogen auf die Zielrichtung der Forschungsschwerpunkte beurteilen.
- Es muss eine fachlich kompetente Verwaltungseinheit mit der formalen und inhaltlichen Betreuung der Forschungsprojekte beauftragt werden. Dies kann ein externer Projektträger (Dienstleister) sein, der aus den Forschungsmitteln finanziert wird.³
- Es ist sinnvoll, auf der Forschungsebene Strukturen für Kommunikation und Kooperation zu schaffen, z.B. themenorientierte Netzwerke von Forschungseinrichtungen und Leistungserbringern.
- Es wäre denkbar, ein Koordinierungszentrum für Forschung in der beruflichen Rehabilitation zu schaffen. Ziele und Aufgaben können sein: Aktualisierung von Forschungsbedarfen, Veröffentlichung und Kommunikation von Forschungsergebnissen, Organisation von Jahrestagungen zur Veröffentlichung und Diskussion von Forschungsergebnissen, Bildung und Administration von Gremien zum Erfahrungsaustausch etc.
- Zur Unterstützung der Schwerpunktforschung wäre es nützlich und hilfreich, Ressourcen zu schaffen für die längerfristige Ermittlung von Routinedaten, die den Forschungseinrichtungen für Verfügung gestellt werden können. Dies könnte z.B. durch Beauftragung der Forschungsdatenzentren der Rehabilitationsträger geschehen.

³ Das DLR erbringt die Dienstleistung z.B. für das BMBF

Die folgende Grafik (Abb.1) gibt einen Überblick über die Struktur des Förderschwerpunktes.

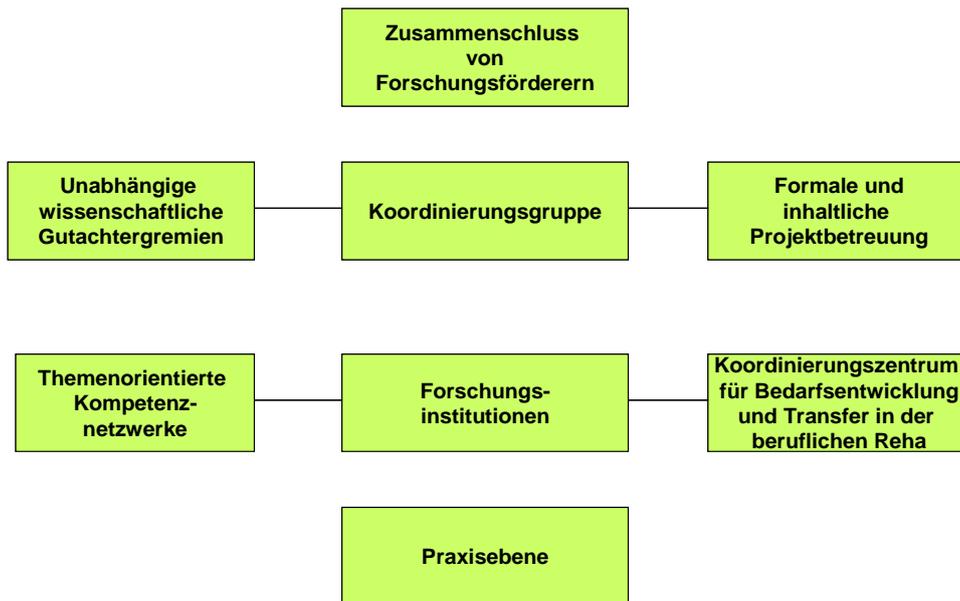


Abb. 1 Struktur des Förderschwerpunktes

b) Inhaltliche Ausgestaltung

Die wissenschaftliche Unterstützung der Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation erfordert gezielte angewandte Forschung in allen beteiligten Forschungsdisziplinen und konsequente Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis. Weiss und Koch (1998) stellten folgende inhaltlichen und strukturellen Anforderungen an die anwendungsorientierte Rehabilitationsforschung:

- interdisziplinäre Zusammenarbeit,
- Vernetzung von Theorie, Forschung und Praxis,
- Kommunikation und Austausch zwischen Praktikern, Forschern und Vertretern der Rehabilitationsträger sowie
- bio-psycho-soziales Prozessmodell als theoretische Grundlage.

Diese Gesichtspunkte gilt es bei der Umsetzung eines geeigneten Förderschwerpunktes und der Steuerung der Aktivitäten zu berücksichtigen.

Wenn man sich auf Forschungsschwerpunkte geeinigt hat, müssen diese öffentlich ausgeschrieben und die tangierten Forschungseinrichtungen und auch Leistungserbringer angeregt werden, sich an Forschungsaktivitäten zu beteiligen. Es kommen Einzelanträge genauso in Betracht wie Verbundanträge. Mit Verbundanträgen ist gemeint, dass man dazu auffordern sollte, mit mehreren Einrichtungen thematisch gemeinsame Anträge zu stellen, um die interdisziplinäre Bearbeitung relevanter Themenstellungen zu fördern. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit von Psychologen, Pädagogen und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung und Überprüfung von Prozessen unter Einbeziehung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten oder die Zusammenarbeit von Psychologen, Medizinern und Sozialwissenschaftlern bei der Wirksamkeit von Teilprozessen, Instrumenten und Methoden. Insbesondere die enge Zusammenarbeit von Forschungseinrichtungen mit Leistungserbringern und Leistungsträgern sollte angeregt und gefördert werden, um die Akzeptanz und zeitnahe Umsetzung der Forschungsergebnisse sicherzustellen. Von Fall zu Fall kann man so weit gehen, bei bestimmten Themen oder Schwerpunkten Antragsteller/Forscher in Verbindung

mit der Bewilligung von Forschungsprojekten zur Zusammenarbeit mit bestimmten Institutionen zu verpflichten. Auch durch Schwerpunktsetzung bei Forschungsthemen kann man die Bildung von Kooperationen fördern (vernetzte Projekte, Vernetzung von Kompetenzen).

Zur Unterstützung der Anwendung der Forschungsergebnisse sollten geeignete Plattformen geschaffen werden, z.B. Diskussionsforen oder Fachtagungen. Strukturen dazu sind oben beispielhaft aufgeführt.

Die Förderung der Zusammenarbeit wie auch der Informations- und Erfahrungsaustausch müssen, wenn sie wirkungsvoll sein sollen, finanziell gefördert und daher auch bei der Steuerung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel berücksichtigt werden.

Die internationalen Entwicklungen in der beruflichen Rehabilitation müssen mindestens im Bereich der EU beobachtet und in die nationalen Entwicklungen mit einbezogen werden. Entsprechend müssten Forschungsergebnisse in anderen Ländern aufgegriffen und berücksichtigt werden. Bei der Ausschreibung von Forschungsschwerpunkten sollten in diesem Zusammenhang auch Empfehlungen gegeben und Anreize geschaffen werden für Förderung von internationaler Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch in der Forschung.

Bei der Verwendung der prinzipiell nur begrenzt zur Verfügung stehenden Forschungsmittel muss besonderer Wert auf größtmögliche Effektivität und Effizienz der Forschungsaktivitäten durch weitgehende Vernetzung aller verfügbaren Kompetenzen in Theorie und Praxis gelegt werden.

Die Arbeit im Projekt RehaFutur betrifft in erster Linie den Bereich der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen. Von der Arbeitsgruppe „Forschung“ wird empfohlen, bei der Steuerung der vorgeschlagenen Schwerpunktforschung die Forschungsaktivitäten nicht auf dieses Feld zu beschränken. Viele Themenstellungen und Entwicklungen gelten auch mindestens analog für andere Bereiche (z.B. Ersteingliederung) der beruflichen Rehabilitation. Dies sollte sich in der Konzeption niederschlagen.

4 Anhang

4.1 Eckpunkte zur Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation

(Ergebnisse der Arbeitsgruppen des RehaFutur-Entwicklungsprojekts)

Umfassende Information und Beratung sind zentrale Voraussetzung für den Zugang zur Rehabilitation und für die Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten.

Im Rahmen des RehaFutur-Entwicklungsprojekts haben alle vier Arbeitsgruppen sich intensiv mit den Themenfeldern Zugang und Beratung befasst. Sie empfehlen, die Qualität der Beratung künftig nach einheitlichen Standards und mit professioneller Kompetenz sicherzustellen und vorhandene Beratungsstrukturen der Rehabilitationsträger zu optimieren, trägerübergreifend zu organisieren sowie in regionale Beratungsstrukturen einzubinden.

In den Beratungen zu diesem Themenfeld wurde die Notwendigkeit der Um- und Ausgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen (**GS**) als zentrale Aufgabe besonders herausgestellt. Gemeinsamer Ansatzpunkt ist, dass die **GS** im deutschen Rehabilitationssystem eine wichtige Lotsenfunktion übernehmen sollen. Um die ihnen zgedachten umfassenden Aufgaben erfüllen zu können, müssen die **GS** ein hohes Maß an Selbstständigkeit, Eigenständigkeit und Akzeptanz erhalten. Für die Koordinierungsaufgaben bedarf die Gemeinsame Servicestelle das Vertrauen der beteiligten Reha-Träger. Gleichzeitig bleibt aber die Entscheidungs- und Budgethoheit der beteiligten Träger unberührt. Insbesondere soll die Gemeinsame Servicestelle über ihre Beratungs- und Koordinierungsaufgaben hinaus keine Entscheidungsbefugnis erhalten.

Die Empfehlungen der RehaFutur-Arbeitsgruppen zur Weiterentwicklung der Servicestellen gehen deutlich über die neue BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen (v. 1.07.2010) hinaus.

Die als gemeinsame Eckpunkte hier zusammengefassten Empfehlungen sollten Grundlage und Maßstab für die notwendige Weiterentwicklung der **GS** sein:

Gliederung

1. Zugang zu den Servicestellen
2. Aufgaben der Servicestellen
3. Strukturmerkmale der Beratungsprozesse und der Organisation
4. Einbindung der Servicestellen in Netzwerke
5. Qualifikation der Mitarbeiter
6. Öffentlichkeitsarbeit
7. Vorschlag zum weiteren Vorgehen

1 Zugang zu den Servicestellen

Die **GS** müssen durch gute sozialraumorientierte Organisationsstrukturen und offensives (proaktives) Handeln einen frühzeitigen und leichten Zugang zu ihrem Informations- und Beratungsangebot für Personen, Betriebe und Institutionen ermöglichen. Betroffene sollen im Rahmen des Beratungsprozesses die Möglichkeit erhalten, sich nicht nur trägerbezogen, sondern umfassend zu informieren (auch über alternative Möglichkeiten), um selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können.

- Selbstgesteuerter Zugang

Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung können die **GS** von sich aus aufsuchen, um sich zu informieren bzw. eine Rehabilitationsleistung zu beantragen. Dies sind z.B. Personen mit teilhabegefährdenden Gesundheitsproblemen, insbes. bei Gefährdung der Beschäftigungsfähigkeit, aber auch für Menschen außerhalb des Arbeitsprozesses.

- Fremdgesteuerter Zugang

Über Beratungsstellen/Institutionen, z.B. Selbsthilfe, Arzt, Klinik, Sozialamt, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Pflegestützpunkte, u.a., werden Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung an die **GS** verwiesen.

Die Träger der (medizinischen) Rehabilitation nehmen Kontakt zu Betrieben auf, wenn bei Mitarbeitern im Rahmen einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme Probleme beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Eingliederung erkannt werden (Screening der Reha-Träger) und verweisen Betriebe oder Arbeitnehmer an die **GS**.

Zuweisung von langzeiterkrankten Personen über das AU-Fallmanagement der Krankenkassen an die **GS** (Zugang über Krankenkassen).

- Zugang für Betriebe

Betriebe benötigen Unterstützung beim BEM, bei betrieblicher Gesundheitsförderung und/oder bei Problemen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern und wenden sich an die **GS** (Betriebs-Service) oder Betriebe empfehlen ihren Mitarbeitern die Servicestelle aufzusuchen, wenn Gesundheitsproblemen die Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigen.

Ein proaktives Angebot der **GS** für Betriebe muss entwickelt werden.

2 Aufgaben der Servicestellen

- Umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Information, Unterstützung und Koordination

Insbesondere trägerübergreifende Beratung, Unterstützung beim Zugang zu den Leistungen, Zuständigkeitsklärung für die Fälle, in denen der zuständige Rehabilitationsträger nicht eindeutig bekannt ist.

- Beratung beider Partner in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis (Arbeitnehmer und Arbeitgeber/Betrieb)

über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzgegebenheiten.

- BEM- Beratung für Unternehmen (KMU)

und für Arbeitnehmer, wenn im Betrieb ein funktionierendes Eingliederungsmanagement fehlt.

- Lotzen-Funktion im gegliederten System

Insbesondere trägerübergreifende, objektive Beratung für Menschen in spezifischen Problemlagen, trägerübergreifende Koordinierung der Bedarfsfeststellung/Teilhabeplanung, wenn ein umfassender Hilfebedarf besteht (mehrere zuständige Träger und Leistungserbringer). Im Einzelfall mit zugehender Beratung für Unternehmen und für Personen mit komplexem Hilfebedarf, auch unter Hinzuziehung von Experten etc.

3 Strukturmerkmale der Beratungsprozesse und der Organisation

- Umfassende Beratung hat der gesetzlichen Zielsetzung entsprechend trägerübergreifend und unabhängig zu erfolgen.

Gemeinsame Qualitätsstandards sind für die Rehabilitationsberatung in den **GS** zu entwickeln, orientiert an den Vorschlägen „Qualitätsmerkmale guter Beratung“ des Nationalen Forums Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (nfb).

Das Empowerment-Konzept muss in den Beratungsstandards verankert sein.

Professionelle Kompetenz der Beratenden zur Sicherstellung der umfassenden trägerübergreifenden Beratung muss systematisch aufgebaut werden.

- Ausbau von trägerübergreifender orientierender Reha-Beratung (Information)

Ratsuchende sind umfassend und trägerübergreifend über Rechte, Möglichkeiten und Pflichten vor einer Reha-Antragstellung zu informieren. Die **GS** muss diese orientierende ergebnisoffene Beratung sicherstellen, damit ratsuchende Personen oder Betriebe gut informiert eigene Entscheidungen treffen können (Ziel ist der informierte Antragsteller).

Vorschlag der AG 1: Entsprechende Beratungskompetenz für die orientierende Beratung ist in den **GS** aufzubauen (z.B. durch die Einbeziehung von Sozialarbeit).

Vorschlag der AG 2: Die orientierende Reha-Beratung sollte außerhalb der **GS** stattfinden und in Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen, Ärzten, Kliniken (über Beratungsnetzwerke) aufgebaut werden. (Reha-Kompetenz bei externen Partnern fehlt jedoch überwiegend, Kompetenzaufbau braucht sehr viel Zeit.)

Durch Peer-Beratung (Betroffene beraten Betroffene) können Erfahrungen vermittelt sowie die Motivation und Entscheidungsfindung bei Betroffenen unterstützt werden. Sie sollte ergänzend zur professionellen Beratung angeboten werden und sinnvoll mit dieser vernetzt sein.

- Zielgruppenspezifische Beratungsangebote

Beratungsangebote der **GS** sind auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Zielgruppen auszurichten (Personen und Betriebe), dazu gehört im Bedarfsfall auch das Angebot einer zugehenden Beratung (auf Abruf).

Zudem müssen die **GS** auf ein „aktives Tätigwerden“ (aufsuchende Sozialarbeit) ausgerichtet sein, um ihren Bekanntheitsgrad und ihre Akzeptanz zu steigern.

- „Betriebs-Service“ in jeder Servicestelle einrichten

Betriebe (KMU) haben besonderen Beratungsbedarf, hierfür sollte ein sog. „Betriebs-Service“ an jeder **GS** mit erfahrenen, auf die betrieblichen Belange spezialisierten und geschulten Mitarbeiter eingerichtet werden, unter Nutzung virtueller Strukturen.

- Anzahl der **GS**

Die ergebnisoffene Überprüfung der Anzahl der Gemeinsamen Servicestellen im Hinblick auf eine gewünschte Steigerung der Qualität wird angeregt.

4 Einbindung der Servicestellen in Netzwerke

- Vernetzung mit regionalen Beratungsstellen und Institutionen

Beratungsstellen und Institutionen, die eher reha-fern beraten, können Ratsuchende bei erkennbarem Rehabilitationsbedarf an die **GS** verweisen oder umgekehrt können die **GS** solche Beratungsstellen einbeziehen, wenn eine Rehabilitation nicht in Betracht kommt.

Stellen und Diensten mit Lotsenfunktion für die berufliche Eingliederung im inner- und außerbetrieblichen Kontext (Integrationsfachdienste u.a.) arbeiten eng mit den **GS** zusammen.

- Unternehmensnahe Netzwerken.

Die **GS** sind präsent in unternehmensnahen Netzwerken.

- Servicestellen-Netzwerk

Servicestellen vernetzen sich untereinander, um Know-how auszutauschen (gemeinsame, Internetplattform, trägerübergreifender Informationsaustausch). Ziel ist auch, Ergebnisse von Projekten zum Thema Servicestellen offensiver zu verbreiten (best practice).

Servicestellen arbeiten eng mit dem Nationalen Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (nfb) zusammen.

5 Qualifikation der Mitarbeiter

- Qualitätsstandards der Beratung

Qualitätsstandards der Beratung sind unter Einbeziehung der Qualitätsmerkmale des nfb zu entwickeln.

Auf dieser Grundlage ist ein von allen Trägern akzeptiertes Kompetenzprofil der Beratenden in den **GS** sowie ein trägerübergreifendes Curriculum für die Aus- und Fortbildung für Berater in den **GS** zu entwickeln. Die Schaffung eines neuen Berufsbildes (z.B. durch Bachelor-Studiengang zum „Trägerübergreifenden Reha-Berater“ oder durch entsprechende Fortbildung für Sozialarbeiter) wird angeregt.

Wichtig sind zudem regelmäßige Supervision und die Selbstverpflichtung aller Rehabilitationsträger zu gemeinsamen (Berufs-) „Ethischen Standards“ für Rehaberater.

- Professionelle Beratungskompetenz durch kontinuierliche Weiterbildung sichern

Schwerpunkte sind: trägerübergreifende, informelle Beratungskompetenz und Falllösungskompetenz (insbes. Systemkenntnisse für den Zugang zu Rehabilitationsleistungen, Fallmanagement, Kommunikationskompetenz, Empowerment, Ressourcenorientierung, Kenntnis über Entwicklungen und Anforderungen im Ausbildungs- und Arbeitsmarkt etc.)

Die Hinzuziehung von Experten bei schwieriger Leistungsabgrenzung oder Zuständigkeitsklärung, z. B. zwischen Arbeitsplatzergonomie oder orthopädischen Hilfsmittelversorgung, Ursachenklärung bei psychisch bedingter Minderleistung eines Mitarbeiters, u.a. ist selbstverständlich.

- Empowerment-Konzept als Bestandteil der Beratungskompetenz

In der Beratung ist ein Empowerment-Konzept zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu verankern.

- Befähigung zur Beratung von Menschen mit speziellen Bedürfnissen

z.B. Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern (wie z.B. psychisch Kranke), Menschen mit spezifischen Kommunikationsbedürfnissen, Migranten; ALG II-Bezieher, u.a.

- Spezielle Qualifikation zur Beratung von Betrieben (Lotsenfunktion für Betriebe, Arbeitgeber-Service)

Neben Kenntnissen über Leistungen und Verfahrenswege aller Rehabilitationsträger und sonstigen Institutionen, die für die Lösung betrieblicher Probleme in Betracht kommen, ist bei den Beratern Überblickswissen erforderlich über sämtliche betriebliche Belange in Bezug auf die Eingliederung von Menschen mit Behinderung oder bei drohender Behinderung. Spezifische Kenntnisse sind in den **GS** zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und zur Schnittstelle Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und LTA notwendig.

6 Öffentlichkeitsarbeit

- Umbenennung in „Servicestelle für Rehabilitation“

Das Wort ‚Gemeinsame‘(gemeint als systemischer Organisationshinweis) wirkt nach außen nicht integrierend bzw. einladend, sondern ausschließend, und ist daher im Namen der bürgernah auszugestaltenden Servicestellen überflüssig. Das Wort „Rehabilitation“ ist hingegen im Namen unerlässlich

Ziel ist ein einheitliches, abgestimmtes Erscheinungsbild mit einer einheitlichen Botschaft „Eingangstor zur Rehabilitation“.

- Permanente und zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit

Zielgruppen sind Kliniken, Arztpraxen, Betriebe, Schulen, allgemeine Sozialberatungsstellen, Selbsthilfe- und Sozialverbände, Behindertenhilfeeinrichtungen/-verbände, u.a., die fähig sind, einen Rehabedarf zu erkennen. Sie sollen Betroffene auf das Beratungsangebot der **GS** hinweisen oder bei der **GS** Unterstützungsbedarf anfragen.

Erforderlich ist eine kompetente Öffentlichkeitsarbeit für die **GS**, z.B. als Aufgabe des trägerübergreifenden **GS**-Netzwerkes.

Betriebe (insbesondere KMU) benötigen eine gezielte Ansprache, um die betrieblichen Unterstützungsangebote der **GS** bekannt zu machen.

(Auf die Ausführungen in der Gemeinsamen Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“ wird ausdrücklich Bezug genommen.)

- Professionelles Marketing zu Beratungsangeboten der **GS**

Über Pressearbeit, Anzeigen, Flyer, gemeinsames Internetangebot der **GS**, u.a..

Leicht verständliches und in der Praxis handhabbares Informationsmaterial ist zu entwickeln und den Zielgruppen zur Verfügung zu stellen.

- Internet als Informations- und Kommunikationsplattform nutzen

Ein informatives Internetangebot über das Leistungsspektrum der Servicestellen ist zu entwickeln unter Nutzung von social media, ggf. mit Online-Beratung.

7 Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Diese Empfehlungen (Eckpunkte) werden der BAR-Arbeitsgruppe „Servicestellen“ zugeleitet.

Sie sollen Orientierung geben für die notwendige qualitative Weiterentwicklung der **GS** hin zu echten trägerübergreifenden, bürger- und betriebsnahen Servicestellen für Rehabilitation mit Lotsenfunktion.

Der Prozess der Weiterentwicklung der Servicestellen sollte transparent, offen und inklusiv gestaltet werden, da ein breites Interesse – auch über die berufliche Rehabilitation hinaus – an gut funktionierenden Servicestellen für Rehabilitation besteht.

4.2 Übersicht der Materialien die im Rahmen der Arbeit der Arbeitsgruppen Berücksichtigung fanden

(Diese Dokumente sind bei der DVfR, der DAR, direkt über Frau Klügel [kluegel@rehafutur.de] sowie auf der Arbeitsplattform unter www.rehafutur.de verfügbar.)

Arbeitsgruppe 1

BA (2010): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation.

BA (2010): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha).

BA (2010): Zum Arbeitsauftrag aus der 1. Sitzung der AG 1 des RehaFutur-Entwicklungsprojekts am 17.11.2010.

BA 2011: Bedeutung von Selbstbestimmung im Prozess der beruflichen Rehabilitation. (U. Peuker)

BA (2011): KontaktPlus - Teilprojekt 2 - Neue Anwendungen. Einführung in Social Media.

BA NRW (2010): BA interne Qualifizierung. Diskussion zur Umsetzung der RehaFutur Handlungsfelder.

BAG RPK (2011): Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung am Beispiel der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen.

BAK BFW (2011): Aktuelle Bedeutung von Selbstbestimmung. Stellungnahme des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke BAK BFW.

BAR 2004: Gemeinsame Empfehlung gem. §13 Abs.2 Nr.2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16. Dezember 2004.

BAR 2010: Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 1.7.2010.

Becker (2010): Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung am Beispiel der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen.

BG RCI (2011): Aktuelle Bedeutung von Selbstbestimmung in der Gesetzlichen Unfallversicherung – ein Vermerk.

DGUV (2010): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Handlungsleitfaden.

DGUV (2010): Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

DRV Braunschweig-Hannover (201): Statements zur Aufgabenstellung der AG 1 des RehaFutur-Entwicklungsprojekts.

DRV Braunschweig-Hannover (2010): Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover für den Fachberatungsdienst Rehabilitation (Auszüge).

DRV Bund (2010): Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation. Abschlussbericht des Projekts in Berlin und Brandenburg. Eine Präsentation.

DRV Bund (2010): Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation im Dialog. Abschluss-Bericht. Fortentwicklung der Arbeit in den Gemeinsamen Servicestellen in Berlin und Brandenburg. 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008. Berlin.

DVfR (2011): Welche Fragen leiten sich aus der BRK (insbes. Art. 26 und 27) ab? (B. Reinsberg)

DVfR (2011): Zusammenfassung „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ beim RehaFutur-Workshop am 21.-22.6.2011 in Berlin

Effenberger-Peters (2010): Eine Zusammenfassung verschiedener Statements der BAK BFW Mitglieder.

Frevert (2011): Habilitation und Rehabilitation. Hilfsmittelversorgung und Assistenz im Bereich der Bildung, der Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Präsentation.

Heine (2010): Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland. Fachtagung am 14. und 15.1.2010 in Berlin. Fachforum A.2: Selbstbestimmung und Rehabilitation (Art. 19) Wunsch- und Wahlrecht. Statement.

Krems (2009): Fallmanagement/Case Management. <http://www.olev.de/c/case-management.htm> am 10.05.2011.

Lachwitz (2010): Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland. Impulse und Perspektiven. Eine Präsentation.

Leutloff (2011): 7. Werkstattgespräch der Deutschen Rentenversicherung Bund „Selbstbestimmung und Partizipation in der Rehabilitation“ am 30. März 2011 in Berlin. Wünsche und Forderungen der betroffenen Menschen. Referat Hans-Jürgen Leutloff.

nfb 2011: Beratungsqualität in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin/Heidelberg.

Nfb (2009): Eckpunkte für ein zeitgemäßes und zukunftsfähiges Beratungsangebot in Deutschland. Ein Plädoyer für notwendige Reformen der Struktur und des Umfangs von Beratungsangeboten für Bildung, Beruf und Beschäftigung und zur Verbesserung des Zugangs und der Transparenz. Berlin.

Niehaus/Saupe-Heide (2011): Präsentation zu Selbstbestimmung und Empowerment.

RehaFutur AG 1 (2011): Selbstbestimmung; was Leistungsberechtigte erwarten.

Rübner (2009): Berufsberatung weiter stärken Zielsetzungen und Perspektiven der Bundesagentur für Arbeit. BIBB. BWP 4/2009. S. 17-18.

Schmidt-Ohlemann (2010): Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Statement. Eine Präsentation.

Seyd (2010): Thesen zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Teilnehmer/innen in der beruflichen Rehabilitation.

Seyd (2011): Thesen zur Selbstbestimmung.

Seyd (2011): Beteiligung.

Seyd (2011): Prozessqualität und Selbstbestimmung / -verantwortung in der beruflichen Rehabilitation.

SoVD 2010: Schreiben an die BAR zu den gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX (Entwurfsstand: 11. Oktober 2010).

Verhorst (2011): Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen Verantwortung des Trägers im Gesamtprozess und objektiver Beratung – insbesondere durch Gemeinsame Servicestellen.

Welti (2010): Habilitation und Rehabilitation (Art. 26) – Hilfsmittelversorgung und Assistenz im Bereich der Bildung, der Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Präsentation.

Wittwer (2011): Gemeinsame Servicestellen. Das Fundament für Information und Beratung.

Wittwer (2011): Zwischenfazit der AG 1 zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

Arbeitsgruppe 2

- Anlage 1 Darstellung des Gesamtprozesses
- Anlage 2 Arbeitspapier „Grundsätze zur Prüfung der Zuständigkeit und des Reha-Bedarfs für LTA und für medizinische Rehabilitation bei den verschiedenen Trägern“
Autoren: Herr Hansen, Herr Heydweiller, Herr Verhorst
- Anlage 3 Arbeitspapier „Verbesserung der Steuerung der beruflichen Reha“
Autoren: Herr Limbeck, Herr Schwendy
- Anlage 4 Arbeitspapier „Die Bedeutung der Beratung im Rehabilitationsprozess“
Autor: Herr Dr. Jenschke
- Anlage 5 Arbeitspapier „Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen Verantwortung des Trägers im Gesamtprozess und objektiver Beratung – insbesondere durch Gemeinsame Servicestellen“
Autor: Herr Verhorst
- Anlage 6 Arbeitspapier „Kompetente Beratung – Professionalität und Ethik des Beraters/der Beraterin“,
veröffentlicht in: Hammerer M./Kanelutti/ E Melter I., Bildungs- und Berufsberatung, Neue Entwicklungen aus Wissenschaft und Praxis, wbv, Bielefeld 2011
Autor: Herr Dr. Jenschke
- Anlage 7 Arbeitspapier „Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“
Autoren: Herr Hansen, Herr Heydweiller, Herr Schian, Herr Verhorst
- Anlage 8 Zusammenfassender Ergebnisbericht des BAR – Projektes „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“
Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- Anlage 9 Handlungsleitfaden zum Reha – Management der DGUV – Handlungsleitfaden
- Anlage 10 Vortrag „Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung“
Autor: Frau Habekost
- Anlage 11 Vortrag „Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation“
Autor: Herr Dr. Streibelt
- Anlage 12 Vortrag „Absolventenmanagement der BA“
Autor: Herr Hansen
- Anlage 13 Vortrag zur ICF
Autor: Herr Prof. Spijkers
- Anlage 14 Leitlinien für Soziale Unternehmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V.

Arbeitsgruppe 3

- Vortrag Frau Schlör (BA): Beschäftigungsfähigkeit - drei Perspektiven
- Vortrag Herr Schumacher: Gesundheit mit System (GMS) - ein Dienstleistungsangebot der VBG
- Vortrag Herr Dr. Joachim Basler: BEM als Baustein mitarbeiter- und demografieorientierter Arbeitsplatzkultur bei GELSENWASSER
- Ausgewählte Literatur zu den AG 3 Themen

Arbeitsgruppe 4

- Anlage 1 Recherche über den Forschungsstand in der beruflichen Rehabilitation
- Anlage 2 Forschungsbedarfe in der beruflichen Rehabilitation

4.3 Beteiligte Personen und Institutionen

Zuwendungsgeber:	Abteilung V	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)
Projektträger:	Brunhilde Hilge; Prof. Dr. Hans-Peter Riedel; Christof Schmidt, Tina Klügel	Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. (DAR)
	Dr. Bärbel Reinsberg; Prof. Dr. Wolfgang Seyd; Godiva Jammerthal	Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)
Lenkungsgruppe:	Richard Fischels	BMAS
	Brigitte Gross	Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
	Brunhilde Hilge	DAR
	Andreas Kranig	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
	Brigitte Lampersbach	BMAS
	Hans-Jürgen Leutloff	Sozialverband Deutschland e.V.; Sozialverband VdK Deutschland e.V. (SOVD/VdK)
	Uwe Minta	Bundesagentur für Arbeit (BA)
	Dr. Bärbel Reinsberg	DVfR
	Dr. Hans-Günther Ritz	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Arbeitsgruppe 1:		
<i>Moderator:</i>	Prof. Dr. Wolfgang Seyd	Universität Hamburg, Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik
	Jochen Becker	Rehazentrum am Hesselkamp (RPK)
	Kerstin Dommershausen	Leistungsberechtigte
	Inge Effenberger	BAK BFW (BFZ Johann Peters GmbH&Co. KG)
	Gabriele Geißler	Leistungsberechtigte
	Barbara Gellrich	DRV Bund
	Dr. Matthias Hammer	Rudolf-Sophien-Stift gGmbH
	Margarete Krause	DGUV – Verwaltungs-Berufsgenossenschaft VBG
	Volker Kolletzky	DRV Bund
	Ruth Macke (Vertr. von Margarete Krause)	DGUV – Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie (BGRCl)

	Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus	Universität zu Köln – Lehrstuhl Arbeit und Berufliche Rehabilitation
	Uwe Peuker	BA
	Dr. Bärbel Reinsberg	DVfR
	Robert Richard	Ministerium für Gesundheit und Soziales (LSA)
	Jürgen Rodewald	DRV Braunschweig-Hannover
	Maria Saupe-Heide (Vertr. von Prof. Dr. Dr. Mathilde Niehaus)	Universität zu Köln
	Miriam Seipel	Leistungsberechtigte
	Mona Sinno	BMAS (beobachtendes Mitglied)
	Stephan Stecher	BAK BFW
	Peter Stoner	Leistungsberechtigter
	Torsten Titz	Leistungsberechtigter
	Ulrich Wittwer	SOVD/VdK
Externe Gäste:	Klaus Gerkens	VdEK
	Barbara Vieweg	Deutscher Behindertenrat (DBR)
Arbeitsgruppe 2:		
<i>Moderatorin:</i>	Marion Götz	DRV Bund
	Oliver Assmus	DRV Bund
	Achim Backendorf	SOVD/VdK
	Nicole Birlem (Vertr. von Achim Fuhrmann)	BMAS (beobachtendes Mitglied)
	Ilka Busch	DRV Bund
	Edelinde Eusterholz	Verband der Ersatzkassen e.V. (VdEK)
	Achim Fuhrmann	BMAS (beobachtendes Mitglied)
	Michael Gross	DRV Baden-Württemberg
	Doris Habekost	DGUV
	Jens Hansen	BA
	Georgia Heine	BDA Abteilung Arbeitsmarkt
	Dominik Heydweiller	DGUV
	Dr. Bernhard Jenschke	Nationales Forum Beratung und Bildung, Beruf und Beschäftigung
	Josef Lecheler	BAG MBR Phase II
	Rolf Limbeck	BAG-BTZ
	Gerd Masurek	Ministerium für Soziales, Frauen, Familien, Gesundheit und Integration

	Sandra Naether	DRV Nordbayern
	Dirk Neumann	Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
	Ingo Nürnberger	DGB
	Sabrina Otto	Leistungsberechtigte
	Marcus Schian	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
	Bernd Schmiedel	BAG MBR Phase II
	Dr. Thomas Schott	Universität Bielefeld
	Klaus Schwarz	Leistungsberechtigter
	Arnd Schwendy	BAG Integrationsfirmen e.V.
	Prof. Dr. Will Spijkers	Institut für Psychologie der RWTH Aachen
	Heinz-Gert Verhorst	(ehemals) DRV Westfalen
Externe Gäste:	Dr. Marco Streibelt	DRV Bund

Arbeitsgruppe 3:

Moderator:

Markus Hertrich	ARGE BFW (SRH Berufliche Rehabilitation gGmbH)
Nicole Birlem	BMAS (beobachtendes Mitglied)
Gabriele D'heil-Hülse (Vertr. von Dr. Katja Robinson)	Annedore-Leber-Berufsbildungswerke
Prof. Dr. Franz Egle	Heinrich-Vetter-Forschungsinstitut e.V.
Edelinde Eusterholz	VdEK
Elke-Petra Frisch	Leistungsberechtigte
Dr. Uwe Gaßmann	Vereinigung der Arbeitgeberverbände energie- und versorgungswirtschaftlicher Unternehmungen (VAEU)
Tobias Gerganow	DRV Bund
Björn Hagen	Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH
Sabine Hellmann-Flocken	Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW
Lars Kaiser (Vertr. von Kay Schuhmacher)	DGUV - Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/Hauptverwaltung
Petra Kirchner	DRV Knappschaft-Bahn-See
Udo Marzahn	DRV Berlin-Brandenburg
Dirk Neumann	DGB
Niels Reith	BAG BBW

	Dr. Katja Robinson	BAG BBW
	Dr. Hans-Martin Schian	Gesundheitsberatung GbR; NGA e.V.
	Thekla Schlör	BA
	Kay Schuhmacher	DGUV – Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG)
	Klaus-Dieter Springer	DRV Bund
	Kirsten Vollmer	Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB)
	Hans Weißmann	Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
Externe Gäste:	Dr. Joachim Basler	Gelsenwasser AG, Gelsenkirchen

Arbeitsgruppe 4:

Moderator:

Prof. Dr. Hans-Peter Riedel	DAR
Arsen Abajyan	BMAS (beobachtendes Mitglied)
Dr. Larissa Beck	BAR
Dr. Rolf Buschmann-Steinhage	DRV Bund
Dr. Sieglind Luise Ellger-Rüttgardt	Humboldt Universität zu Berlin / DVfR
Claudia Haisler	DGUV – Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft
Brunhilde Hilge	DAR
Matthias Nagel	BMAS (beobachtendes Mitglied)
Prof. Dr. Michael Radoschewski	Charité – Universität Berlin
Dr. Hans-Günther Ritz	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Dr. Ferdinand Schliehe	DVfR
Thekla Schlör	BA
Dr. Thomas Schott	Universität Bielefeld
Uta Schwenke (Vertr. von Claudia Haisler)	DGUV – Berufsgenossenschaft Handel und Warendistribution
Prof. Dr. Will Spijkers	Institut für Psychologie der RWTH Aachen
Marco Stern (Vertr. von Matthias Nagel u. Jasmin Zorzetzki)	BMAS (beobachtendes Mitglied)
Jasmin Zorzetzki	BMAS (beobachtendes Mitglied)