

**Leistungen zur Teilhabe  
am Arbeitsleben (LTA)  
Rahmenkonzept der  
Deutschen Rentenversicherung**



## Vorwort

Rehabilitation ist das zentrale Instrument der Rentenversicherung zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben und zur Vermeidung von Erwerbsminderung. Die Rentenversicherung ist auf diesem Gebiet nach dem Gesetzesauftrag Leistungsträger mit Gestaltungsauftrag, nicht lediglich Kostenträger. Daher hat die Rehabilitation für die Rentenversicherung von Anfang an einen hohen Stellenwert gehabt. Dies gilt insbesondere auch für die berufliche Rehabilitation, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Abzulesen ist dies am langjährigen Engagement der Rentenversicherung in diesem Bereich, z. B. im Rahmen der Reha-Kommission Berufsförderung, die bereits 1997 Empfehlungen zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung erarbeitet hat. Als Rehabilitationsträger, der sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringt, hat die Rentenversicherung außerdem großen Wert auf die Verzahnung beider Leistungsarten gelegt.

Das hier vorliegende Rahmenkonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beschreibt zunächst Grundlagen, Ziele und Aufgaben der beruflichen Rehabilitation. Es folgen Ausführungen zu den verschiedenen Leistungsarten, den Leistungs- und Kostenträgern sowie den Leistungserbringern. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Beschreibung des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und geht darüber hinaus auf die Kooperation mit anderen Trägern, Institutionen sowie der Selbsthilfe ein. Ergänzt wird das Rahmenkonzept durch Ausführungen zur Qualitätssicherung in diesem Leistungsbereich.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind ein unverzichtbares Instrument zur dauerhaften Eingliederung von Menschen mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen in das Erwerbsleben. Wie schon das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation ist dieses Rahmenkonzept darauf ausgerichtet, Leistungen zur Teilhabe ergebnisorientiert und bedarfsgerecht weiterzuentwickeln, deren Qualität und Wirksamkeit zu verbessern. Es dient als gemeinsame Grundlage für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sowohl für die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger als auch für alle Leistungserbringer und Kooperationspartner.



Dr. A. Reimann  
Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Grundlagen, Ziele und Aufgaben</b>	<b>6</b>
2.1	Rechtliche Zielvorgaben	6
2.2	Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	7
2.3	Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	8
2.4	Konzeptionelles Bezugssystem – ICF	9
2.5	Basisdaten zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	10
<b>3</b>	<b>Leistungsarten</b>	<b>12</b>
3.1	Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes	13
3.1.1	Bewerbungskosten	13
3.1.2	Trainingsmaßnahmen	13
3.1.3	Mobilitätshilfen	13
3.1.4	Kraftfahrzeughilfe	14
3.1.5	Leistungen zur Beratung und Vermittlung	15
3.1.6	Hilfen zur Berufsausübung	16
3.1.7	Arbeitsassistenz	16
3.1.8	Wohnungshilfe	17
3.1.9	Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten	17
3.2	Berufsvorbereitung	17
3.3	Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung	17
3.4	Berufliche Bildung (Qualifizierungsmaßnahmen)	18
3.4.1	Anpassung und Integrationsmaßnahmen	19
3.4.2	Weiterbildung	19
3.4.3	Ausbildung	19
3.5	Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)	20
3.6	Leistungen an Arbeitgeber	20
3.6.1	Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen	20
3.6.2	Eingliederungszuschüsse	20
3.6.3	Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb	21
3.6.4	Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung	21
3.7	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen	21
3.7.1	Eingangsverfahren	21
3.7.2	Berufsbildungsbereich	21
3.8	Ergänzende Leistungen	22
3.8.1	Übergangsgeld	22
3.8.2	Beiträge zur Sozialversicherung	22
3.8.3	Reisekosten einschließlich Familienheimfahrten	22
3.8.4	Haushaltshilfe / Kinderbetreuungskosten	23
3.9	Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines Persönlichen Budgets	2
<b>4</b>	<b>Leistungs- und Kostenträger</b>	<b>24</b>
4.1	Gesetzliche Rentenversicherung	24
4.2	Gesetzliche Unfallversicherung	24
4.3	Bundesagentur für Arbeit	24
4.4	Träger der Grundsicherung	24
4.5	Sozialhilfeträger	24
4.6	Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge	24
4.7	Träger der öffentlichen Jugendhilfe	2
<b>5</b>	<b>Leistungserbringer</b>	<b>25</b>
5.1	Berufsförderungswerke (BFW)	25
5.2	Berufsbildungswerke (BBW)	26
5.3	Freie Bildungsträger	26
5.4	Berufliche Trainingszentren (BTZ)	26
5.5	Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)	26
5.6	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	27
5.7	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	27
5.8	Betriebe/Unternehmen	28
5.9	Integrationsfachdienste (IFD)	28

<b>6</b>	<b>Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b>	<b>29</b>
6.1	Bedarfserkennung	30
6.2	Diagnostik (Screening und Assessment)	30
6.3	Aufgaben der Reha-Fachberater	31
6.4	Auswahl der Leistung	32
6.5	Auswahl der Einrichtung	33
6.6	Dauer der Leistung	33
6.7	Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit	33
<b>7</b>	<b>Kooperation</b>	<b>34</b>
7.1	Kooperation der Rehabilitationsträger	34
7.1.1	Regelungen durch das SGB IX	34
7.1.2	Zusammenarbeit im Rahmen der BAR	34
7.2	Kooperation mit anderen Beteiligten	35
7.3	Selbsthilfe	35
<b>8</b>	<b>Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</b>	<b>36</b>
8.1	Gesetzliche Grundlagen	36
8.2	Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung	36
8.3	Dokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung	36
8.4	Dimensionen der Qualität beruflicher Bildungsleistungen	37
8.4.1	Strukturqualität	37
8.4.2	Prozessqualität	37
8.4.3	Ergebnisqualität	37
8.5	Qualität aus Teilnehmersicht	38
8.6	Internes Qualitätsmanagement	38
8.7	Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	38
8.8	Weiterentwicklung der Instrumente	38

# 1 Einleitung

Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben haben sich in den vergangenen Jahrzehnten als wichtige Instrumente zur Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ins Erwerbsleben etabliert. Dies gilt insbesondere für solche Beeinträchtigungen, die langfristig schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Teilhabe in Beruf und Alltag haben. Das vorliegende Rahmenkonzept beschreibt die Grundlagen, Zielsetzungen und Inhalte von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) aus Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. Es verdeutlicht Grundlinien und Besonderheiten des Rehabilitationsansatzes und ist offen für eine Weiterentwicklung durch neue Erkenntnisse oder gesellschaftliche Änderungen.

Die berufliche Rehabilitation geht für die gesetzliche Rentenversicherung über die bloße Vermeidung von Frühberentung weit hinaus. Prioritäres Ziel der beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung ist es, die Selbstbestimmung der von Erwerbsminderung bedrohten Versicherten durch Teilhabe am Arbeitsleben, d. h. durch Leistungen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. zur beruflichen (Re-)Integration zu fördern. Angesichts schwieriger Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und bei knappen finanziellen Ressourcen ist dabei eine flexible, auf die individuellen Anforderungen der Rehabilitanden zugeschnittene Ausgestaltung der Leistungen ebenso wichtig wie eine gezielte Mittelverwendung.

Neben der Rentenversicherung erbringen insbesondere auch die Bundesagentur für Arbeit und die gesetzliche Unfallversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, oft nach ganz ähnlichen Rechtsvorschriften. Die Rehabilitation der Rentenversicherung ist aber besonders auf ihre Versicherten zugeschnitten, die zum Beispiel im Durchschnitt älter sind als die Rehabilitanden in der Unfallversicherung und noch häufiger einen Arbeitsplatz haben als diejenigen der Bundesagentur für Arbeit. Da die Rentenversicherung (wie die Unfallversicherung) neben den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, kann sie beide Leistungsarten optimal miteinander verzahnen.

Das System der beruflichen Rehabilitation ist im Umbruch. Änderungen in der Arbeitswelt und veränderte rechtliche Rahmenbedingungen tragen dazu bei. Die Leistungsträger und -erbringer brauchen ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft, um den sich ändernden Anforderungen gerecht zu werden. Die Leistungserbringer passen sich diesen Veränderungen an. So entwickeln und erproben z. B. die Berufsförderungswerke derzeit ein neues Reha-Modell, das diese Anforderungen berücksichtigt.

Das Leistungsspektrum, das der Rentenversicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung steht, ist breit angelegt. Wichtigstes Ziel ist es, einen bestehenden Arbeitsplatz des Versicherten zu erhalten. Bedroht eine gesundheitsbedingte Einschränkung die Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten und damit möglicherweise den Arbeitsplatz, wird versucht, durch technische Hilfsmittel oder eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes die Folgen von Funktionseinschränkungen auszugleichen und damit den Arbeitsplatz zu erhalten. Die Leistungen können aber auch darauf ausgerichtet sein, einen neuen, behinderungsgerechten Arbeitsplatz zu erlangen. Vor allem durch Maßnahmen der beruflichen Bildung erhalten die Versicherten das theoretische und praktische Rüstzeug für den Start in einen neuen Beruf, wenn sie ihren alten aufgrund ihrer eingeschränkten Erwerbsfähigkeit nicht mehr ausüben können.

Arbeitgeber können von der Rentenversicherung Zuschüsse erhalten, wenn sie Menschen mit Behinderungen einstellen und beschäftigen. Ferner unterstützt die Rentenversicherung die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch so genannte Gründungszuschüsse.

Die Vielgestaltigkeit der Leistungen zur Teilhabe ermöglicht es der Rentenversicherung, auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zu reagieren. Das breite Leistungsspektrum erlaubt zwar die Individualisierung der Leistungen, bringt auf der anderen Seite aber auch einen besonderen Beratungsbedarf mit sich. Nicht für jeden Versicherten und jeden Arbeitgeber ist auf den ersten Blick unmittelbar erkennbar, welche Leistung bzw. Leistungen am besten passen und die Eingliederung am schnellsten ermöglichen. Die Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung helfen Arbeitgebern und Versicherten dabei, schwierige Situationen zu analysieren und die richtigen Leistungen zeitnah auszuwählen und miteinander zu kombinieren. Sie agieren nah an den Betrieben und Beschäftigten und begleiten den gesamten Eingliederungsprozess. Die Reha-Fachberater sind die Nahtstelle zwischen Rehabilitanden, Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Betrieben.

In vielen Fällen von chronischer Krankheit oder Behinderung sind nicht nur Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern auch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich. Auf diese wird in diesem Rahmenkonzept nur insoweit eingegangen, wie die Initiierung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben während einer medizinischen Rehabilitation betroffen ist. Darüber hinaus werden die Besonderheiten der Rehabilitation in Einrichtungen beschrieben, die sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen (Phase II-Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen – RPK).

Eine Herausforderung für die Zukunft werden die sich ändernden Rahmenbedingungen sein. Der demografische Wandel bringt nicht nur durchschnittlich ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Leistungsansprüchen mit sich, sondern wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch zukünftig zu einem Fachkräftemangel führen, auf den flexibel eingegangen werden muss. Gleichzeitig verändert sich auch die Arbeitswelt und damit die Anforderungen an die Versicherten. Zunehmende Arbeitsverdichtung, höhere qualitative Anforderungen, z. B. hinsichtlich der Dienstleistungsqualität, aber auch stärkere psychomentele Belastungen sind wesentliche Einflussfaktoren, auf die sich die Rehabilitation noch stärker als bisher einzustellen haben wird. Nicht vergessen werden darf die Bedeutung der Arbeit für das Individuum im Sinne von Selbstwert, Selbstfindung und Gebrauchtwerten.

## 2 Grundlagen, Ziele und Aufgaben

### 2.1 Rechtliche Zielvorgaben

Gesetzlicher Auftrag der Träger der sozialen Sicherung ist die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Mit dem zum 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX hat der Gesetzgeber dementsprechend einen Paradigmenwechsel vorgenommen und den Partizipationsgedanken in den Vordergrund gerückt. Danach sind Ziele des SGB IX die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen, die Koordination, Kooperation und Konvergenz in der Rehabilitation sowie der Vorrang der Prävention. Rehabilitanden werden – statt eher passive Leistungsempfänger zu sein – in den Mittelpunkt des Rehabilitationsprozesses gestellt.

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen (§ 1 SGB IX).

Nach § 4 SGB IX umfassen Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Dieses weit gefasste Rehabilitationsverständnis orientiert sich an Menschen mit bleibenden Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen (vgl. Kapitel 2.4 Konzeptionelles Bezugssystem). Ihnen soll dazu verholfen werden, durch die Entwicklung noch vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen sowie durch zusätzliche Hilfen ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft zu führen.

Konkreter erbringt nach § 9 SGB VI die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Dieser Vorrang wird durch § 8 Abs. 2 SGB IX gestützt und auf Leistungen zur Teilhabe während des Rentenbezugs erweitert.

Nach § 16 SGB VI erbringen die Träger der Rentenversicherung die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 33 bis 38 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach § 40 SGB IX.

Inhaltliches Ziel der durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbrachten Rehabilitationsleistungen ist die dauerhafte Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den ersten Arbeitsmarkt (vgl. § 33 Abs. 1 SGB IX)<sup>1</sup>. Als Instrumente zur dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und zur Verhinderung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gehören Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu den Mitteln, die für die Erreichung sozialpolitischer Zielvorgaben eingesetzt werden können.

## **2.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Von der gesetzlichen Rentenversicherung werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe erbracht, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Aufgabe der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ist immer, krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen. Dies gilt für alle Leistungsarten gleichermaßen, für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie für unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen.

---

<sup>1</sup> Ausnahme: Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen – vgl. § 40 SGB IX.

Die persönlichen Voraussetzungen nach den Vorschriften des § 10 SGB VI erfüllen Versicherte,

1. deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
  - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
  - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
  - c) bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung können – bei positiver Erwerbsprognose (s. o.) – somit bereits einsetzen, wenn die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben noch nicht gemindert, aber schon erheblich gefährdet ist. In diesem Sinne kann man von einer präventiven Orientierung der Rehabilitation sprechen.

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gemäß § 11 SGB VI sind erfüllt, wenn bei Antragstellung die Wartezeit von 15 Jahren (180 Kalendermonate) erfüllt ist oder eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezogen wird. Außerdem werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die gesetzliche Rentenversicherung auch dann erbracht, wenn ohne diese Leistungen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gezahlt werden müsste oder wenn nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung für den Rehabilitationserfolg eine sich unmittelbar anschließende Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich ist.

Werden die vorstehenden Voraussetzungen nicht erfüllt, ist für eine notwendige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Regel die Arbeitsverwaltung zuständig. Die gesetzliche Unfallversicherung ist Leistungsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten notwendig werden.

### **2.3 Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages der Rentenversicherung hinsichtlich der Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in das Erwerbsleben sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – neben der medizinischen Rehabilitation – für die gesetzliche Rentenversicherung ein wesentliches Instrument. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Rentenversicherung kommen allein oder in Ergänzung vorausgegangener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zielen darauf ab,

- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszugleichen,
- vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und
- eine möglichst dauerhafte berufliche Eingliederung zu erzielen, entweder durch Erhaltung des vorhandenen oder durch Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes.



Um das zu erreichen, steht der Rentenversicherung eine Vielzahl von unterschiedlichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung, deren Spektrum weit über Bildungsleistungen (z. B. Umschulungen) hinausgeht.

Bei der Auswahl der geeigneten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der Versicherten angemessen berücksichtigt, ebenso wie die persönlichen und sozialen Verhältnisse. Aber auch Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes dürfen im Interesse einer dauerhaften Eingliederung in das Erwerbsleben nicht außer Betracht bleiben. Bei Bedarf arbeiten die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung mit den Arbeitsagenturen zusammen, um zu erreichen, dass sich die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an den Gegebenheiten des allgemeinen Arbeitsmarktes orientieren. Die Vielfalt der möglichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist ausführlich im Kapitel 3 Leistungsarten beschrieben.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen zielorientiert und sachgerecht in dem Umfang eingesetzt werden, der notwendig ist, um Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu befähigen, am Arbeitsleben möglichst dauerhaft teilzuhaben.

#### 2.4 Konzeptionelles Bezugssystem – ICF

Alle modernen Definitionen des Begriffs der Rehabilitation basieren auf dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO<sup>2</sup> von 2001. Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist der Begriff der funktionalen Gesundheit<sup>3</sup>. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren)

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICD<sup>4</sup>) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Mit dem Begriff der funktionalen Gesundheit werden zusätzlich zu den biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), auch Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) und als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) berücksichtigt. Außerdem werden die Kontextfaktoren der betreffenden Personen, d. h. alle externen Gegebenheiten der Welt, in der sie leben (z. B. Verfügbarkeit von Teilzeitarbeitsplätzen) sowie ihre persönlichen Eigenschaften und Attribute (z. B. Alter, Geschlecht, Ausbildung, Motivation, Leistungsbereitschaft) in die Betrachtung einbezogen. Diese können sich positiv auf die Teilhabe an Lebensbereichen auswirken (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, gute Leistungsbereitschaft der Person) oder negativ (Barrieren, z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze, Migration, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, mangelnde Motivation der Person).

2 World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva. Deutsche Version: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information [Hrsg.] (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Siehe im Internet unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) (Klassifikationen - ICF).

3 Schuntermann, M.F. (2007): Einführung in die ICF. 2. überarbeitete Auflage. Landsberg: ecomed Medizin.

4 Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI [Hrsg.] (2007): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. Siehe im Internet unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) (Klassifikationen - ICD).

Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit ist demnach das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und ihren Kontextfaktoren.

### **Beispiel**

Eine Störung der Herzfunktion infolge koronarer Herzkrankheit einer Person führt zu einer Einschränkung ihrer körperlichen Belastbarkeit in Alltag und Beruf (Beeinträchtigung von Aktivitäten). Die Person kann nur noch halbtags arbeiten. Bezüglich der Teilhabe der Person am Erwerbsleben kann ein Umweltfaktor positiv oder negativ wirken: der Person kann ein Teilzeitarbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden (Umweltfaktor als Förderfaktor), oder für sie ist ein solcher Arbeitsplatz nicht verfügbar (Umweltfaktor als Barriere), so dass sie die Teilhabe am Erwerbsleben verliert.

Zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit, Leistung) bei bedrohter oder eingeschränkter Teilhabe an Lebensbereichen. Entsprechend ist die ICF für die Rehabilitation bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen nutzbar. Barrieren, welche die Leistung oder Teilhabe erschweren, sind abzubauen und Förderfaktoren, welche die Leistung oder Teilhabe trotz erheblicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen unterstützen, sind zu stärken.

Das wichtigste Ziel der ICF ist es, eine gemeinsame Sprache für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit zur Verfügung zu stellen, um die Kommunikation zwischen den Fachleuten im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in der Rehabilitation, sowie mit den betroffenen Menschen zu verbessern. Mit der möglichst selbstbestimmten Teilhabe als zentralem Rehabilitationsziel hat das SGB IX wesentliche Aspekte der ICF in die Sozialgesetzgebung aufgenommen.

### **2.5 Basisdaten zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Die Bedeutung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat in den letzten 10 Jahren zugenommen. Im Jahr 2007 wurden von der Deutschen Rentenversicherung 1,09 Mrd. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewandt. Dies entspricht 22,4 % der Gesamtaufwendungen für Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung. Bei anhaltend hohen Antrags- und steigenden Bewilligungszahlen kann davon ausgegangen werden, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch in Zukunft einen bedeutenden Anteil der rehabilitativen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung ausmachen werden.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden von Versicherten mit chronischen Erkrankungen oder einer Behinderung in Anspruch genommen. Im Berichtsjahr 2007 entfielen von den insgesamt 110.809 abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 47,3 % der Leistungen auf Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems. Als zweite wichtige Diagnosengruppe sind psychische Erkrankungen (13,6 %) zu nennen.

Das Spektrum der zur Verfügung stehenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist sehr vielfältig, wie Abb. 1 verdeutlicht.

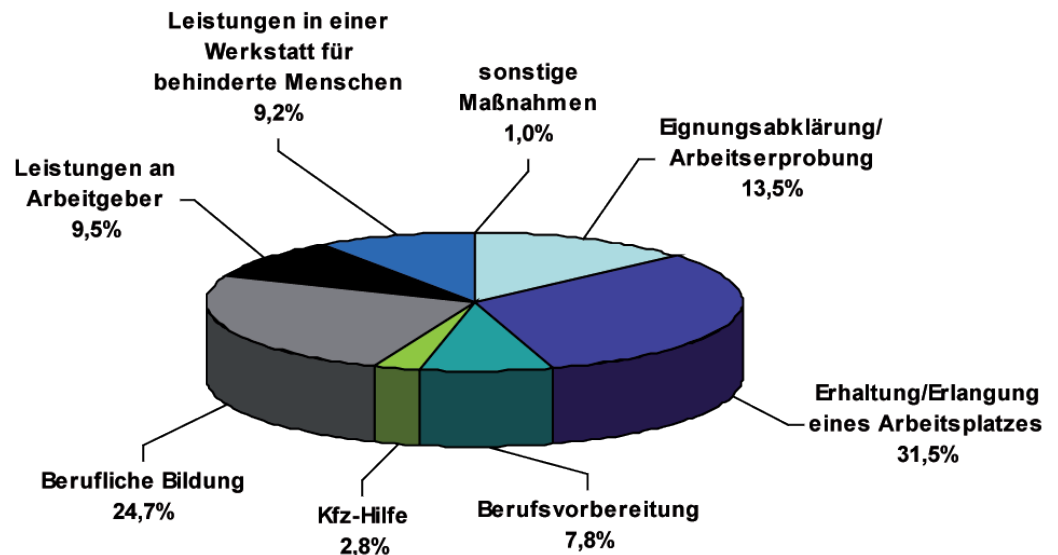


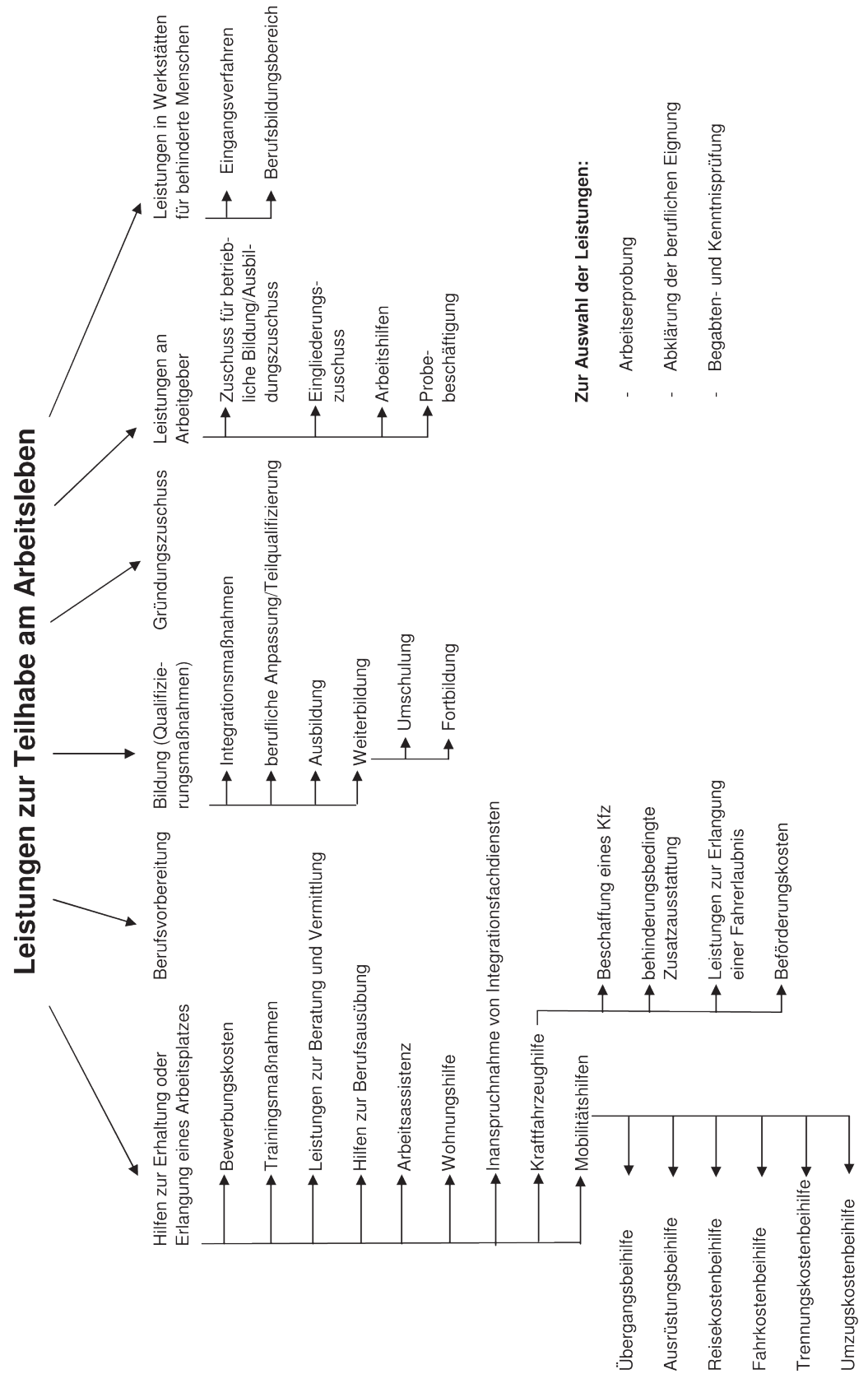
Abb. 1: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Art der Maßnahme 2007  
 Quelle: DRV-Schriften, Bd. 22: Rentenversicherung in Zeitreihen, 2007

Knapp ein Drittel der abgeschlossenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entfielen im Jahr 2007 auf Leistungen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes. Hierbei handelt es sich unter anderem um Hilfen zur Berufsausübung (siehe Kapitel 3.1.6), Kraftfahrzeughilfen (siehe Kapitel 3.1.4) oder Mobilitätshilfen (siehe Kapitel 3.1.3). Einen weiteren großen Block bilden Leistungen zur beruflichen Bildung (24,7 %). Hierbei stehen vor allem Weiterbildungen (Umschulung, Fortbildung) und berufliche Anpassung im Vordergrund (siehe Kapitel 3.4).

Frauen und Männer zeigen eine unterschiedliche Inanspruchnahme der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zwei Drittel (65,8 %) aller im Jahr 2007 abgeschlossenen Leistungen wurden von Männern und ein Drittel (34,2 %) von Frauen in Anspruch genommen. Das Durchschnittsalter der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen lag bei 43,4 Jahren.

### 3 Leistungsarten

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen ein breites Spektrum von Einzelleistungen und reichen von qualifizierenden Leistungen bis zu Sachleistungen. Sie sind in den §§ 33ff SGB IX aufgeführt.



### **3.1 Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes**

Diese Leistungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX sollen grundsätzlich helfen, einen vorhandenen Arbeitsplatz – das gilt auch für einen Teilzeitarbeitsplatz – zu sichern (z. B. Umsetzung im bisherigen Betrieb) oder Menschen mit Behinderungen in die Lage versetzen, einen neuen Arbeitsplatz (in einem anderen Betrieb) auszufüllen.

#### **3.1.1 Bewerbungskosten**

Hierzu gehören nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX Aufwendungen für die Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen sowie für Fahrten zu Vorstellungsgesprächen im Rahmen einer Arbeitsplatzsuche, soweit nicht die Bundesagentur für Arbeit nach den §§ 45ff SGB III zuständig ist. Eine Förderung durch den Rehabilitationsträger erfolgt allerdings nur im unmittelbaren Zusammenhang mit anderen gewährten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Entsteht für den behinderten Menschen oder eine erforderliche Begleitperson aufgrund eines Vorstellungsgesprächs ein unvermeidbarer Verdienstaussfall, kann ein Ausgleich gezahlt werden.

#### **3.1.2 Trainingsmaßnahmen**

Unter dem Begriff Trainingsmaßnahmen (§ 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX) werden verschiedene Leistungsformen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten von Rehabilitanden zusammengefasst. Die von der Rentenversicherung in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen umfassen insbesondere die Vermittlung neuer Kenntnisse und Fähigkeiten, um die Eingliederungschancen oder den erfolgreichen Abschluss einer Aus- oder Weiterbildung erheblich zu verbessern. Die Rentenversicherung nutzt solche Trainingsmaßnahmen, um die Arbeitsaufnahme von Menschen mit Behinderungen zu erleichtern. Vor allem ihre kurzzeitige Dauer (bis zu acht Wochen) stellt für bestimmte Fälle eine geeignete Alternative zu den sonst längerfristigen mehrmonatigen Reintegrationsmaßnahmen dar.

#### **3.1.3 Mobilitätshilfen**

Mobilitätshilfen können im Einzelfall als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX) gewährt werden, um den Eingliederungsprozess ins Arbeitsleben erfolgreich abzuschließen.

##### **3.1.3.1 Übergangsbeihilfe**

Übergangsbeihilfe ist eine Geldleistung zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes der Versicherten und ihrer Familienangehörigen bei Aufnahme einer Arbeit oder Berufsausbildung bis zur ersten vollen Lohn- oder Gehaltszahlung.

Übergangsbeihilfe kommt in Fällen in Betracht, in denen durch den zukünftigen Arbeitgeber keine oder keine angemessene Abschlagszahlung auf das erste Arbeitsentgelt erfolgt und dieser Umstand für die Leistungsberechtigten wirtschaftlich nicht tragbar ist.

##### **3.1.3.2 Ausrüstungsbeihilfe**

Ausrüstungsbeihilfe erfasst die Kosten für Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte, soweit diese nicht vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt werden müssen. Welche Ausrüstungsstücke vom Arbeitnehmer üblicherweise zu stellen sind, richtet sich nach den Gegebenheiten im Beruf, Wirtschaftszweig oder Betrieb, die – soweit nicht durch Gesetz oder Tarifvertrag geregelt – bezirklich oder örtlich verschieden sein können. Kosten für Verbrauchsmaterialien wie Kugelschreiber, Schreibblock, Radiergummi etc. gehören nicht hierzu.

Arbeitskleidung umfasst ausschließlich die zur Ausübung der Arbeit notwendige Kleidung (Berufskleidung) einschließlich Schuhwerk sowie Schutzkleidung (z. B. gegen Regen und Kälte). Arbeitsgeräte sind berufstypische Werkzeuge, Kleinmaschinen oder sonstige Geräte, die behinderungsunabhängig zur Berufsausübung benötigt werden.

### **3.1.3.3 Reisekostenbeihilfe**

Die Reisekostenbeihilfe kann für die erste Fahrt zum Antritt einer auswärtigen Arbeitsstelle übernommen werden.

### **3.1.3.4 Fahrkostenbeihilfe**

Die Fahrkostenbeihilfe wird nur in Ausnahmefällen als finanzieller Ausgleich für den Kostenaufwand der täglichen Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstelle erbracht. Dies ist der Fall, wenn die Höhe der täglichen Fahrkosten eine unzumutbare Belastung für den Behinderten darstellt und dadurch die Eingliederung oder die Erhaltung des Arbeitsplatzes gefährdet ist. Fahrkostenbeihilfe wird nur für die ersten sechs Monate der Beschäftigung erbracht.

### **3.1.3.5 Trennungskostenbeihilfe**

Trennungskostenbeihilfe kann für eine Übergangszeit von bis zu sechs Monaten bei einer auswärtigen Arbeitsaufnahme erbracht werden. Damit soll die finanzielle Mehrbelastung durch eine vorübergehende doppelte Haushaltsführung ausgeglichen und der Eingliederungsprozess in das Arbeitsleben wirtschaftlich abgesichert werden.

### **3.1.3.6 Umzugskostenbeihilfe**

Die notwendigen Kosten eines Umzuges können übernommen werden, wenn dieser wegen einer auswärtigen Arbeitsaufnahme oder zur Erhaltung des auswärtigen Arbeitsplatzes erforderlich ist. In der Regel kommt eine Kostenübernahme nach Abschluss einer Qualifizierungs- oder Bildungsmaßnahme in Betracht, wenn die Arbeitsaufnahme am Wohnort nicht möglich ist. In besonderen Einzelfällen können Umzugskosten auch bereits während einer Umschulung oder unabhängig von Bildungsmaßnahmen übernommen werden. Der Umzug muss wegen des ursächlichen Zusammenhanges mit der auswärtigen Beschäftigung grundsätzlich innerhalb von zwei Jahren nach deren Aufnahme stattfinden.

## **3.1.4 Kraftfahrzeughilfe**

Kraftfahrzeughilfen nach § 33 Abs. 8 Nr. 1 SGB IX gleichen eine bestehende Wegeunfähigkeit aus und ermöglichen so, dass Menschen mit Behinderungen den Ort ihrer beruflichen Betätigung oder Bildung erreichen können. Voraussetzung ist, dass der Behinderte wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht nur vorübergehend auf die Benutzung eines Kraftfahrzeugs angewiesen ist. Die Leistungen werden nach Maßgabe der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung erbracht und umfassen finanzielle Hilfe insbesondere für

- die Beschaffung eines Kraftfahrzeuges,
- eine behinderungsbedingte Zusatzausstattung,
- die Erlangung der Fahrerlaubnis sowie
- Beförderungskosten.

Bis auf die Zusatzausstattung werden die Kraftfahrzeughilfen einkommensabhängig erbracht. Sie können wiederholt in Betracht kommen, soweit sie behinderungsbedingt zur beruflichen Eingliederung notwendig sind.

Ungünstige oder fehlende Verkehrsverbindungen allein sind nicht leistungsbegründend für Kraftfahrzeughilfen, ebenso wenig wie geringfügige Beschäftigung oder geringfügige selbständige Tätigkeiten. Der behinderte Mensch muss zudem selbst ein Fahrzeug führen können oder gewährleisten, dass eine Vertrauensperson das Kraftfahrzeug für ihn fährt.

### **3.1.4.1 Beschaffung eines Kraftfahrzeugs**

Hilfen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs setzen voraus, dass der Leistungsberechtigte nicht über ein eigenes behindertengerechtes Kraftfahrzeug verfügt, bzw. ein vorhandenes unter technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zumutbar weiter benutzen kann. In der Wahl des Kraftfahrzeugs ist der behinderte Mensch

frei. Im Hinblick auf Art, Größe und Ausstattung soll es jedoch angemessen, zweckmäßig und behindertengerecht sein. Der Zuschuss zu den Beschaffungskosten von Neu- oder Gebrauchtwagen ist in der Regel begrenzt.

#### **3.1.4.2 Behinderungsbedingte Zusatzausstattung**

Kauf, Einbau, TÜV-Abnahme und Reparatur von erforderlichen behinderungsbedingten Zusatzausstattungen werden unabhängig vom Einkommen voll übernommen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass ein bedarfsgerechtes Kraftfahrzeug angeschafft wird, dessen behinderungsbedingte Zusatzausstattung keinen unverhältnismäßigen Mehraufwand erfordert. Anderenfalls können die Kosten hierfür oder für eine Reparatur nur in der Höhe übernommen werden, die einem bedarfsgerechten Kraftfahrzeug entsprechen. Grundsätzlich wird von einem Fahrzeug der unteren Mittelklasse ausgegangen. Als behinderungsbedingte Zusatzausstattung kommen z. B. in Betracht

- automatisches Getriebe,
- Lenkhilfen (Servolenkung),
- Bremskraftverstärker,
- orthopädische Sitzhilfen (verstellbare oder schwenkbare Sitze, Spezialsitze, Stützkissen),
- zusätzliche Außenspiegel sowie
- Ein- und Ausstieghilfen (Rollstuhllift u. a.).

#### **3.1.4.3 Leistungen zur Erlangung einer Fahrerlaubnis**

Die Erlangung einer Fahrerlaubnis kann durchaus im Interesse aller Beteiligten sein (z. B. Zusatzstunden bei einer speziellen Behindertenfahrschule nach Eintritt einer Erkrankung oder auch genereller Führerscheinerwerb). Die hierbei entstehenden, notwendigen Kosten werden in Abhängigkeit der Einkommensverhältnisse des behinderten Menschen in drei Stufen voll, zu zwei Dritteln oder zu einem Drittel getragen. Kosten für behinderungsbedingte Untersuchungen, Ergänzungsprüfungen und Eintragungen in den vorhandenen Führerschein werden stets in vollem Umfang übernommen.

#### **3.1.4.4 Beförderungskosten**

Die Bezuschussung von Beförderungskosten kommt in Betracht, wenn es Menschen mit Behinderungen wegen Art und Schwere der Erkrankung unmöglich ist, ein Fahrzeug zu führen und keine Vertrauensperson vorhanden ist, die das für sie erledigt. Dies schließt auch das Recht ein, Beförderungsdienste in Anspruch zu nehmen und einzusetzen, wenn sie sich gegenüber den Hilfen zur Beschaffung eines Kraftfahrzeugs als wirtschaftlicher erweisen. In beiden Fällen hängen die Förderung und ihre Höhe von den Einkünften der antragstellenden Person ab.

Zur Vermeidung besonderer Härten können unter besonderen Voraussetzungen auch weitere Leistungen erbracht werden (z. B. Zuschussaufstockung bei drohender Sozialhilfebedürftigkeit, Zuschuss zu laufenden Betriebs- und Unterhaltskosten).

#### **3.1.5 Leistungen zur Beratung und Vermittlung**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 SGB IX auch die Beratung und Vermittlung. Art und Umfang der Beratung richten sich nach den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Menschen mit Behinderungen, bei dem ein Rehabilitationsbedarf besteht. Die Beratung soll die Erteilung von Auskunft und Rat

- zur Berufswahl, beruflichen Entwicklung und zum Berufswechsel,
- zur Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes und der Berufe,
- zu den Möglichkeiten der beruflichen Bildung,
- zur Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche sowie
- zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

beinhalten.

Die Vermittlung umfasst konkrete Handlungen, die darauf gerichtet sind, Menschen mit Behinderungen mit Arbeitgebern zur Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses zusammenzuführen. Hierbei sind Neigung, Eignung und Leistungsfähigkeit der Betroffenen einerseits sowie die Anforderungen der angebotenen Stelle andererseits zu berücksichtigen. Die Vermittlung umfasst zudem auch die Akquisition von Betrieben und Unternehmen, die im Rahmen einer betrieblichen Aus- bzw. Weiterbildung in Frage kommen.

### **3.1.6 Hilfen zur Berufsausübung**

Hilfsmittel zur Berufsausübung nach § 33 Abs. 8 Nr. 4 SGB IX können erforderlich sein, um Menschen mit Behinderungen dazu zu befähigen, bestimmte berufliche Tätigkeiten auszuüben oder die Teilnahme an Teilhabeleistungen erst zu ermöglichen. Sie sollen nicht lediglich die Funktionsstörung in medizinischer Sicht beseitigen, sondern vielmehr die Folgeerscheinungen der Behinderung bei einer bestimmten beruflichen Verrichtung ausgleichen.

Hilfsmittel kommen sowohl bei Beschäftigungsaufnahme als auch bei bestehendem Arbeitsverhältnis für eine Förderung in Betracht. Sie werden dann gewährt, wenn eine entsprechende Arbeitsausstattung des oder der Leistungsberechtigten nach medizinischen Gesichtspunkten zwingend notwendig ist, um eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden. Daneben können Kosten übernommen werden, wenn Hilfsmittel zur Erhöhung der Sicherheit auf dem täglichen Arbeitsweg und am Arbeitsplatz nötig sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder das Hilfsmittel als medizinische Leistung erbracht werden kann.

Zu den persönlichen Hilfsmitteln, die eine behinderungsgerechte Berufsausübung ermöglichen, gehören z. B. orthopädische Arbeits(sicherheits)schuhe.

Zugefördert können auch technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung gefördert werden. Sie werden von den Rehabilitationsträgern erbracht, wenn sie nach medizinischen Gesichtspunkten zwingend erforderlich sind, um eine Beschäftigung fortzusetzen oder einen neuen Arbeitsplatz einzunehmen. Zu den technischen Arbeitshilfen gehören beispielsweise

- hydraulische bzw. elektrische Hebe- oder Transporthilfen,
- Stehpulte, höhenverstellbare Schreibtische,
- behindertengerechte Computerausstattung (Groß- oder Linkstastatur, größerer Bildschirm) oder
- orthopädische Sitzhilfen.

### **3.1.7 Arbeitsassistenz**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen nach § 33 Abs. 8 Nr. 3 SGB IX auch die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Menschen mit Behinderungen stehen im beruflichen Alltag gelegentlich vor besonderen Problemen. Sie sind wegen ihrer Behinderung darauf angewiesen, dass andere für sie bestimmte „Handgriffe“ übernehmen, ihnen bei der Arbeit assistieren (z. B. Vorlesekraft für Blinde oder Gebärdendolmetscher). Die Arbeitsassistenz unterstützt/assistiert Menschen mit Behinderungen nach deren Anweisung bei der von ihnen zu erbringenden Arbeitsleistung durch Erledigung von Hilfstätigkeiten. Die behinderten Menschen müssen also selbst über die am Arbeitsplatz geforderten fachlichen Qualifikationen verfügen.

Die Leistung wird für die Dauer von bis zu drei Jahren vom Rehabilitationsträger gefördert und nach Absprache durch das Integrationsamt ausgeführt. Die Förderung erfolgt unabhängig davon, ob es sich prognostisch gesehen um eine dauerhafte oder



nur vorübergehende Notwendigkeit einer Arbeitsassistenz handelt. Soweit erforderlich werden nach drei Jahren die Kosten vom Integrationsamt übernommen.

### **3.1.8 Wohnungshilfe**

Wohnungshilfen nach § 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX sind finanzielle Ausgleichsleistungen für die Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung, die die Rentenversicherung erbringen kann, sofern sich hierfür eine berufsbezogene Notwendigkeit (Erhaltung des alten bzw. Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes) ergibt. Sie sollen Menschen mit Behinderungen ermöglichen, den Arbeitsplatz möglichst barrierefrei und selbständig zu erreichen.

Wohnungshilfen können beispielsweise folgende Leistungen umfassen:

- die Einschaltung von Fachdiensten für die Wohnungssuche (Beschaffung),
- behinderungsbedingte Um- und Ausbauten zur Herstellung der Mobilität wie z. B. Bau oder Umbau von bedarfsmäßigen Garagen, Toreinfahrten, Einbau von Garagen- und Türöffnern, Hebebühnen und Aufzügen (Ausstattung) sowie
- dazugehörige Kostenübernahme für Reparatur- und Instandsetzungsarbeiten (Erhaltung).

Maßnahmen, die für eine persönliche Lebensführung auch ohne Arbeitsbezug erforderlich sind oder vornehmlich einer Verbesserung der persönlichen Lebensqualität dienen, werden in diesem Kontext nicht gefördert.

### **3.1.9 Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten**

Die Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten zählt nach § 33 Abs. 6 Nr. 8 SGB IX als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Kapitel 5.9).

### **3.2 Berufsvorbereitung**

Die Durchführung qualifizierter beruflicher Bildungsmaßnahmen nach § 33 Abs. 3 Nr. 3 und 4 SGB IX stellt besondere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit und Kenntnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, können Leistungen zur Berufsvorbereitung helfen, vorhandene Wissenslücken und/oder Defizite in Vorkenntnissen oder im Lern- oder Sozialverhalten auf- bzw. abzarbeiten, um eine erfolgreiche Durchführung beruflicher Bildungsmaßnahmen (s. Kapitel 3.4) zu ermöglichen. Zur Berufsvorbereitung gehören Grundausbildungslehrgänge (z. B. blindentechnische Grundausbildung) sowie Rehabilitationsvorbereitungstraining und Rehabilitationsvorbereitungslehrgänge zur Vermittlung berufsspezifischen Grundwissens und Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten. Sie kommen als ambulante Teilzeitvorförderung oder stationäre Vollzeitvorförderung in Betracht. Als besondere Zielgruppe sind hier auch Rehabilitanden und Rehabilitandinnen mit Migrationshintergrund angesprochen.

### **3.3 Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung**

Durch die individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) im Rahmen Unterstützter Beschäftigung nach § 33 Abs. 3 Nr. 2a SGB IX i. V. m. § 38a Abs. 2 SGB IX sollen behinderte Menschen die Möglichkeit erhalten, sich mit Unterstützung für den allgemeinen Arbeitsmarkt betrieblich zu qualifizieren. Zielgruppe sind insbesondere schwerbehinderte junge Menschen, deren Leistungsfähigkeit an der Grenze zwischen Werkstattfähigkeit und allgemeinem Arbeitsmarkt liegt und denen beim Übergang von der Schule zum Beruf eine Alternative zur Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) angeboten werden soll. In geeigneten Fällen kann die individuelle betriebliche Qualifizierung auch bei erwachsenen Menschen als Alternative zur WfbM oder auch zu anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht kommen.

Die InbeQ kann grundsätzlich für bis zu zwei Jahre erbracht werden, soweit sie wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlich ist. Die Leistung umfasst auch die

Vermittlung berufsübergreifender Lerninhalte und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit des behinderten Menschen. Wenn auf Grund der Art und Schwere der Behinderung der gewünschte Qualifizierungserfolg nicht anders erreicht werden kann und hinreichend gewährleistet ist, dass eine weitere Qualifizierung zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führt, kann die InbeQ um bis zu zwölf Monate verlängert werden. Sofern sich im Einzelfall herausstellt, dass ein Übergang in die WfbM angezeigt ist, wird die Zeit der InbeQ zur Hälfte auf die Zeit des Berufsbildungsbereiches einer WfbM angerechnet, wobei die Zeit der InbeQ und des Berufsbildungsbereiches der WfbM insgesamt nicht mehr als 36 Monate betragen darf (§ 40 Abs. 4 SGB IX).

Wird während der Leistung festgestellt, dass im Anschluss an die InbeQ voraussichtlich eine Berufsbegleitung erforderlich ist, ist das dafür zuständige Integrationsamt frühzeitig zu beteiligen. Die Leistung einer Berufsbegleitung nach § 38a Abs. 3 SGB IX ist keine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben i. S. des § 33 SGB IX und kann somit nicht von der Rentenversicherung erbracht werden. Neben den Integrationsämtern können für die (ggf. dauerhaft erforderlichen) Leistungen zur Berufsbegleitung auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Kriegsopferversorgung oder der Kriegsopferfürsorge zuständig sein.

### **3.4 Berufliche Bildung (Qualifizierungsmaßnahmen)**

Berufliche Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung sind Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung nach § 33 Abs. 3 Nr. 3 und 4 SGB IX. Sie beinhalten den Erwerb von Kenntnissen, das Ausbilden von Fähigkeiten und das Erlernen von Fertigkeiten bis zu einer bestimmten Qualifikation und können auch eingesetzt werden, wenn damit ein beruflicher Aufstieg verbunden ist.

Bei der Auswahl der Qualifizierungsmaßnahme und des angestrebten Berufsziels ist die Lage des Arbeitsmarktes im Hinblick auf die Vermittlungsaussichten nach erfolgreichem Abschluss der Umschulung zu berücksichtigen.

Durchgeführt werden die verschiedenen Qualifizierungsmaßnahmen von Berufsförderungswerken, privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen und Betrieben (vgl. Kapitel 5). Die Maßnahmen der beruflichen Bildung werden in der Regel in Vollzeitform erbracht, können jedoch unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen auch als **Teilzeitmaßnahme durchgeführt werden. Diese** kann auch berufsbegleitend erfolgen und wie Fernunterricht durch den Einsatz von Tele-Learning und Multimediainstrumenten **ergänzt werden.**

Fernunterricht kann grundsätzlich erfolgen, wenn das Rehabilitationsziel nicht durch Nahunterricht zu erreichen ist, weil die Teilnahme an einer **Maßnahme der** beruflichen Bildung aus behinderungsbedingten Gründen nicht zweckmäßig, nicht zumutbar oder nicht geeignet ist.

Soweit Praktika im Konzept der o.g. Bildungsträger vorgesehen sind, um berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten zu vermitteln bzw. zum Erreichen des Bildungszieles notwendig werden, sind sie Bestandteil der Qualifizierungsmaßnahme. Ergänzende Leistungen nach dem SGB IX, wie sie bei den Bildungsabschnitten erbracht werden, können gleichermaßen auch für Praktikumszeiten gewährt werden.

#### **3.4.1 Anpassung und Integrationsmaßnahmen**

Mit diesen Maßnahmen nach § 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX soll Menschen, die vorübergehend aus dem Berufsleben ausgeschieden sind (z. B. aufgrund einer Erkrankung) bzw. bei denen spezifische Teilhabebarrrieren wie z. B. Langzeitarbeitslosigkeit oder das Fehlen einer Ausbildung vorliegen, die Möglichkeit einer erfolgreichen Wiedereingliederung gegeben werden.

Die berufliche Anpassung und Integrationsmaßnahmen sind darauf ausgerichtet, Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen zu vermitteln, um

- eingetretene Lücken im beruflichen Wissen zu schließen oder
- berufliches Wissen wiederzuerlangen bzw. den technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erfordernissen und deren Entwicklung anzupassen oder
- eine andere Tätigkeit im erlernten Beruf auszuüben.

Die Maßnahme kann auch auf eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung folgen, wenn trotz Vermittlungsbemühungen ununterbrochene Arbeitslosigkeit besteht und die Leistung zur dauerhaften Eingliederung in Arbeit und Beruf notwendig und wegen der Behinderung erforderlich ist.

### **3.4.2 Weiterbildung**

Bei der beruflichen Weiterbildung nach § 33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX wird unterschieden zwischen Fortbildung und Umschulung.

#### **3.4.2.1 Fortbildung**

Ziel der Leistungen zur beruflichen Fortbildung ist es, vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten in der bisherigen Berufstätigkeit so zu erweitern, dass Menschen, die diese wegen Art und Schwere ihrer Behinderung nicht mehr ausüben können, sich damit weiterqualifizieren und hierdurch beruflich eingegliedert bleiben bzw. wieder dauerhaft in das Erwerbsleben zurückgeführt werden können. Die Fortbildung baut auf einer ausgeübten Berufstätigkeit und einem in diesem Zusammenhang erworbenen Fachwissen auf.

#### **3.4.2.2 Umschulung**

Leistungen zur beruflichen Umschulung haben das Ziel, den Übergang in eine andere geeignete berufliche Tätigkeit zu ermöglichen. Sie sollten mit einer Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden. Sie sind zudem auf die besonderen Erfordernisse der beruflichen Erwachsenenbildung abgestellt und werden falls erforderlich in Berufsförderungswerken, aber auch an Fachschulen oder in Betrieben durchgeführt. Im Gegensatz zur Fortbildung haben die in der bisherigen beruflichen Tätigkeit erlernten Fertigkeiten für den durch die Umschulung angestrebten Beruf untergeordnete Bedeutung, weil ein Beruf mit neuen Inhalten erlernt wird.

### **3.4.3 Ausbildung**

Berufliche Ausbildung nach § 33 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX ist die erste nach der allgemeinen Schulbildung zu einem Abschluss führende berufliche Bildungsmaßnahme. Alle späteren Schritte zur weiteren beruflichen Bildung sind entweder Anpassung oder Weiterbildung.

Die Ausbildung umfasst alle Maßnahmen, die das Ziel haben, den Weg in eine geeignete berufliche Tätigkeit zu ermöglichen. Zur Ausbildung können zählen

- eine betriebliche Ausbildung (z. B. Lehre),
- eine überbetriebliche Ausbildung (z. B. Fachschule),
- eine betriebliche Ausbildung mit überbetrieblichen Abschnitten,
- eine überbetriebliche Ausbildung in einer geeigneten Ausbildungsstätte mit begleitenden Diensten für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen (z. B. Berufsbildungswerk).

### **3.5 Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)**

Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen können als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 33 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX einen Gründungszuschuss erhalten. Voraussetzungen sind, dass

- die selbständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt und
- damit Arbeitslosigkeit beendet wird und
- bis zur selbständigen Arbeitsaufnahme ein Anspruch auf Entgeltersatzleistung nach dem SGB III bestand oder eine danach als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt wurde und
- die Tragfähigkeit der Existenzgründung nachgewiesen ist und
- die persönlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung der selbständigen Tätigkeit dargelegt sind.

Der Gründungszuschuss wird zunächst für die Dauer von neun Monaten in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes nach SGB III erbracht. Hinzu kommt ein monatlicher Pauschalbetrag zur (freiwilligen) sozialen Absicherung. Anschließend kann in einer zweiten Phase unter bestimmten Voraussetzungen für weitere sechs Monate ausschließlich die Monatspauschale für Sozialversicherungsbeiträge geleistet werden. Als unterhaltssichernde Leistung ist der Gründungszuschuss eine laufende Geldleistung, die monatlich gezahlt wird. Sie ist steuerfrei und nicht sozialversicherungspflichtig. Eine Rückforderung des Zuschusses beim Scheitern der Existenzgründung nach Ablauf des Förderzeitraumes ist nicht vorgesehen.

### **3.6 Leistungen an Arbeitgeber**

Das Leistungsspektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfasst nach § 34 SGB IX auch Zuschüsse an Arbeitgeber. Diese sollen die Bereitschaft der Arbeitgeber unterstützen, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern. Auch diese Leistungen müssen von den Versicherten beantragt werden, der Arbeitgeber ist lediglich Begünstigter dieser Zuschüsse ohne ein eigenes Antragsrecht.

#### **3.6.1 Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen**

Ausbildungszuschüsse nach § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX sollen dazu beitragen, Menschen mit Behinderungen geeignete betriebliche Aus- oder Weiterbildungen zu ermöglichen, wenn diese wegen der Art und Schwere der Behinderung ansonsten nicht zu erreichen wären. Sie kommen vor allem in Betracht, wenn der ausbildende Betrieb die Betroffenen ohne Gewährung eines Zuschusses nicht einstellt. Die Höhe der Zuschüsse richtet sich dabei nach Art und Schwere der Behinderung und für den Mehraufwand der Auszubildenden/Umschüler bei der Unterweisung. Sie können für die gesamte Dauer der betrieblichen Bildungsmaßnahme erbracht werden und sollen die von den Arbeitgebern im letzten Ausbildungsjahr zu zahlenden monatlichen Ausbildungsvergütungen nicht übersteigen.

#### **3.6.2 Eingliederungszuschüsse**

Eingliederungszuschüsse nach § 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX (Zuschüsse zum Arbeitsentgelt) kommen vornehmlich zur Einarbeitung in Betracht, damit die zum Erreichen der vollen Leistungsfähigkeit notwendigen beruflichen Kenntnisse und Fertigkeiten an einem Arbeitsplatz durch den Arbeitgeber vermittelt werden. Sie gleichen den Unterschied zwischen der Minderleistung der Einzuarbeitenden bis zur angestrebten vollen Leistung aus. Höhe und Dauer des Einarbeitungszuschusses orientieren sich am Leistungsstand der Einzuarbeitenden und werden im Einzelfall individuell vereinbart. Die Gewährung der Eingliederungszuschüsse kann mit Auflagen und Bedingungen, wie z. B. der Erstellung eines Einarbeitungsplans durch den Arbeitgeber, verbunden werden. Es kann eine Rückzahlungspflicht für den Arbeitgeber bestehen, wenn das Beschäftigungsverhältnis während des Förderzeitraums oder innerhalb eines bestimmten Weiterbeschäftigungszeitraumes beendet wird.

#### **3.6.3 Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb**

Als Arbeitshilfen und Einrichtungen im Betrieb sind nach § 34 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX solche Aufwendungen anzusehen, die für eine behinderungsgerechte Ausgestaltung des Arbeits- oder Ausbildungsplatzes eines bestimmten Versicherten neben Hilfsmitteln und technischen Arbeitshilfen zusätzlich erforderlich sind. Hierzu zählen

Umbauten wie Auffahrampen, Treppenlifte, behindertengerechte sanitäre Anlagen oder automatische Türen sowie Anschaffung und Umrüstung von Maschinen.

#### **3.6.4 Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung**

Die Kosten für eine befristete Probebeschäftigung können nach § 34 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX übernommen werden, wenn dadurch die Möglichkeiten einer dauerhaften beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen verbessert werden oder diese nur so zu erreichen ist. Während der Probebeschäftigung kann der Arbeitgeber die Eignung der Rehabilitanden für den vorgesehenen Arbeitsplatz klären und damit über eine Weiterbeschäftigung entscheiden. Für die Zeit der Probebeschäftigung können alle üblicherweise mit einem Arbeitsverhältnis zusammenhängenden Kosten bis zu drei Monaten teilweise oder in voller Höhe übernommen werden, z. B. Lohn- und Gehaltskosten einschließlich der Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung sowie sonstige Leistungen aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen.

#### **3.7 Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen**

Ziel der Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (vgl. §§ 39ff SGB IX) ist es, die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen zu erhalten, zu entwickeln, zu verbessern oder wiederherzustellen, die Persönlichkeit dieser Menschen weiterzuentwickeln und ihre Beschäftigung zu ermöglichen oder zu sichern. Dies ist dann der Fall, wenn ihnen der allgemeine Arbeitsmarkt aufgrund der Schwere der Behinderung verschlossen ist und sie eine angemessene Erwerbstätigkeit nur in einer solchen Einrichtung („geschützter Arbeitsmarkt“) ausüben können (vgl. Kapitel 5.7).

Von der gesetzlichen Rentenversicherung werden Leistungen im Eingangsverfahren und im beruflichen Bildungsbereich erbracht. Es muss zu erwarten sein, dass die Rehabilitanden wenigstens auf dem besonderen Arbeitsmarkt der Werkstätten für behinderte Menschen wettbewerbsfähig werden.

##### **3.7.1 Eingangsverfahren**

Im Eingangsverfahren (§ 40 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 SGB IX) wird geprüft, ob die Werkstatt eine geeignete Einrichtung ist, in welchen Bereichen der Werkstatt die Betroffenen eingesetzt werden können und welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für sie in Betracht kommen. Die Aufgabenstellung des Eingangsverfahrens umfasst darüber hinaus auch die Erstellung eines Eingliederungsplans. Dieser umschreibt die Ziele der Leistungen zur Teilhabe, bestimmt die Maßnahmen der Förderung und legt die dafür notwendigen Schritte fest.

Die Leistungen im Eingangsverfahren werden für drei Monate erbracht. Die Leistungsdauer kann auf bis zu vier Wochen verkürzt werden, wenn während des Eingangsverfahrens im Einzelfall festgestellt wird, dass eine kürzere Leistungsdauer ausreichend ist.

##### **3.7.2 Berufsbildungsbereich**

Im Berufsbildungsbereich (§ 40 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 SGB IX) soll das Leistungsvermögen von Menschen mit Behinderungen, also ihre Erwerbsfähigkeit soweit beeinflusst werden, dass sie in der Lage sind, wenn nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, so zumindest im Arbeitsbereich der Werkstatt wettbewerbsfähig zu sein, d. h. ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Die Leistungen im Berufsbildungsbereich werden bis zu zwei Jahre erbracht.

Nach der Werkstätten-Verordnung gliedert sich der Berufsbildungsbereich in eine Grund- und eine Aufbaustufe. Zweck des Grundkurses ist es, die behinderten Menschen mit der Tätigkeit im Umgang mit den Werkstoffen vertraut zu machen sowie ihnen Grundfertigkeiten in der Maschinenbedienung zu vermitteln. Dabei werden die besondere Eignung und Neigung festgestellt, die Arbeitsintensität wird gefördert und das Gemeinschaftsverhalten beobachtet. Der Aufbaukurs hat zum Ziel, die im Grundkurs erworbenen und entwickelten Fähigkeiten zu vertiefen und zu steigern sowie das Arbeitsverhalten weiter zu verbessern und schließlich den

Spezialbereich des in Frage kommenden Arbeitsfeldes für den Werkstattbeschäftigten herauszufinden.

### **3.8 Ergänzende Leistungen**

Im Zusammenhang mit den erwähnten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten behinderte Menschen nach § 44 SGB IX unter bestimmten Voraussetzungen ergänzende Leistungen. Dies sind vor allem unterhaltssichernde Leistungen wie Übergangsgeld, Beiträge zur Sozialversicherung, Reisekosten einschließlich Familienheimfahrten, Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten.

#### **3.8.1 Übergangsgeld**

Das Übergangsgeld nach § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX hat Entgeltersatzfunktion und dient der wirtschaftlichen Absicherung des behinderten Menschen und seiner Familie während der Durchführung der Rehabilitation. Bei Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Übergangsgeld. Kein Anspruch besteht bei Leistungen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes und bei den Leistungen der Kraftfahrzeughilfe. Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich in der Regel nach den letzten Arbeitseinkünften bzw. der Beitragsleistung zur Rentenversicherung und den familiären Verhältnissen (Kind oder Pflegebedürftigkeit bei Angehörigen).

#### **3.8.2 Beiträge zur Sozialversicherung**

Während der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht weitgehender Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung und Unfallversicherung. Die Beiträge zu diesen Sozialversicherungszweigen werden nach § 44 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX vom Träger der gesetzlichen Rentenversicherung grundsätzlich in voller Höhe übernommen. Ausnahmen gelten für den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung sowie für kassenindividuelle Zusatzbeiträge der Krankenkassen.

#### **3.8.3 Reisekosten einschließlich Familienheimfahrten**

Als Reisekosten nach § 44 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX in Verbindung mit § 53 SGB IX werden die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten übernommen. Grundsätzlich werden die Kosten der Hin- und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und dem Ausbildungsort übernommen. Auf Antrag können die Reisekosten für eine Begleitperson, einschließlich ihres Verdienstaufschlags für diese Zeit, erstattet werden, wenn die Versicherten wegen einer Behinderung (z. B. Erblindung) nicht allein in der Lage sind, von ihrem Wohnort zu der Ausbildungsstätte zu fahren.

Die Kosten für einen erforderlichen Gepäcktransport anlässlich der Hin- und Rückreise werden ebenfalls erstattet. Das gilt jedoch nicht bei Familienheimfahrten und bei Benutzung eines Personenkraftwagens. Bei Abwesenheit vom Wohnort/Aufenthaltort von mindestens acht Stunden täglich wird ein Verpflegungsgeld gezahlt. Soweit Übernachtungen notwendig sind, weil die Fahrt vom Wohnort zur Ausbildungsstätte oder zurück nicht an einem Tag zurückgelegt werden kann, erhalten die Versicherten ein pauschales Übernachtungsgeld.

Während einer auswärtigen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Regelfall zusätzlich die Kosten für zwei Familienheimfahrten pro Monat übernommen. Anstelle der Reisekosten für die Familienheimfahrten können die Reisekosten für die Fahrten eines Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort des Versicherten und zurück übernommen werden.

#### **3.8.4 Haushaltshilfe / Kinderbetreuungskosten**

In Fällen, in denen während der Durchführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben behinderte Kinder oder Kinder bis zu einem gewissen Alter ohne häusliche Versorgung bleiben würden, können die Kosten einer Haushaltshilfe nach § 44 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX in Verbindung mit § 54 SGB IX übernommen werden. Deren Aufgabe besteht darin, den Haushalt weiterzuführen, d. h. Kinder zu beaufsichtigen

und hauswirtschaftliche Tätigkeiten (wie z. B. das Zubereiten der Mahlzeiten) zu übernehmen. Voraussetzung für die Bewilligung einer Haushaltshilfe ist stets, dass die Versicherten den Haushalt bisher selbst geführt haben. Der Anspruch auf Haushaltshilfe ist ausgeschlossen, wenn die wesentlichen Hausarbeiten schon bisher durch Hausangestellte oder eine andere im Haushalt lebende Person (z. B. Lebenspartner) verrichtet worden sind. Leistungen der Kinderbetreuung können für dasselbe Kind nicht neben Haushaltshilfe erbracht werden.

### **3.9 Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen eines Persönlichen Budgets**

Ab 2008 haben Versicherte einen Rechtsanspruch auf die Erbringung von Rehabilitationsleistungen in der Form eines Persönlichen Budgets (vgl. § 17 SGB IX). Dies gilt auch für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierbei handelt es sich um eine Form der Leistungserbringung, nicht um eine weitere Leistungsart.

Persönliche Budgets, die auch trägerübergreifend ausgestaltet werden können, sollen vor allem den Bedürfnissen von schwerst- und mehrfach behinderten Menschen Rechnung tragen und deren Recht auf möglichst selbstbestimmte Teilhabe stärken. Das Persönliche Budget ist dabei eine neue Form der Leistungserbringung, die diesen besonders betroffenen Menschen mehr Freiheit und Selbstbestimmung ermöglichen soll. An die Stelle der Sachleistungen tritt eine Geldsumme (Budget), mit deren Hilfe der bzw. die Versicherte auf der Grundlage einer mit dem Rehabilitationsträger abgeschlossenen Zielvereinbarung die notwendigen Teilhabeleistungen selbst „einkauft“. Näheres hierzu enthalten die Handlungsempfehlungen der Rentenversicherung zum Umgang mit dem Persönlichen Budget.

## 4 Leistungs- und Kostenträger

Die Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im § 6 SGB IX definiert. Die Zuständigkeit richtet sich nach Kriterien wie z. B. der Ursache der Behinderung (z. B. Arbeitsunfall) oder nach dem Umfang von zurückgelegten Versicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr unter Beachtung der Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX (vgl. Kapitel 7.1.2).

### 4.1 Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist einer der beiden großen Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind im Kapitel 2 ausführlich erläutert.

### 4.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung erbringt nach dem SGB VII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn der Versicherungsfall aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit eingetreten ist.

### 4.3 Bundesagentur für Arbeit

Sofern kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist, ist die Bundesagentur für Arbeit zuständiger Rehabilitationsträger für die berufliche Rehabilitation. Die Bundesagentur für Arbeit kann von anderen Rehabilitationsträgern beteiligt werden, um zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Leistungen gutachterlich Stellung zu nehmen (vgl. Kapitel 6.7).

### 4.4 Träger der Grundsicherung

Träger der Grundsicherung [Arbeitsgemeinschaften (ARGen) oder zugelassene kommunale Träger (optierende Kommunen)] übernehmen unter definierten Bedingungen die Betreuung von Langzeitarbeitslosen. Für diese übernehmen sie im Rahmen des § 6a SGB IX auch die Kosten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

### 4.5 Sozialhilfeträger

Die Träger der Sozialhilfe erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachrangig zu anderen Sozialleistungsträgern. Die Leistungen werden in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Bedürftigkeit der Betroffenen erbracht.

### 4.6 Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge

Die Träger der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge erbringen Leistungen zur Teilhabe im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden. Die quantitative Bedeutung dieser Träger nimmt ab.

### 4.7 Träger der öffentlichen Jugendhilfe

Für Kinder und Jugendliche können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe erbracht werden.



## 5 Leistungserbringer

Bildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. Kapitel 3.4) werden in überbetrieblichen Bildungseinrichtungen (z. B. private Bildungsträger, Fachschulen) oder in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke oder vergleichbare Einrichtungen) durchgeführt, soweit Art oder Schwere der Behinderung der Leistungsberechtigten oder die Sicherung des Erfolgs, die besonderen begleitenden Hilfen (insbesondere medizinische, psychologische und soziale Fachdienste) dieser Einrichtungen erforderlich machen.

Die Einrichtung der beruflichen Rehabilitation muss nach § 35 SGB IX

1. nach Dauer, Inhalt und Gestaltung der Leistungen, Unterrichtsmethode, Ausbildung und Berufserfahrung der Leitung und der Lehrkräfte sowie die Ausgestaltung der Fachdienste eine erfolgreiche Ausführung der Leistung erwarten lassen,
2. angemessene Teilnahmebedingungen bieten und behinderungsgerecht sein und insbesondere auch die Beachtung der Erfordernisse des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung gewährleisten,
3. den Teilnehmenden und den von ihnen zu wählenden Vertretungen angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten an der Ausführung der Leistungen bieten sowie
4. die Leistung nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen.

Werden Leistungen zur beruflichen Ausbildung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, sollen die Einrichtungen bei Eignung der Menschen mit Behinderungen darauf hinwirken, dass Teile dieser Ausbildung auch in Betrieben und Dienststellen durchgeführt werden. Die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation unterstützen die Arbeitgeber bei der betrieblichen Ausbildung und bei der Betreuung der Auszubildenden.

### 5.1 Berufsförderungswerke (BFW)

Berufsförderungswerke sind außerbetriebliche Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation. Sie sind ein unverzichtbares Instrument für die Weiterbildung von Menschen mit Behinderungen, die bereits berufstätig waren. Aufgrund der begleitenden sozialen, psychologischen und medizinischen Fachdienste sind sie besonders geeignet, Bildungsmaßnahmen für körperlich oder psychisch behinderte Erwachsene durchzuführen. Hierin unterscheiden sie sich von den anderen freien Einrichtungen der beruflichen Bildung (Akademien, Bildungszentren, Fachschulen etc.).

Zu den Leistungsangeboten der Berufsförderungswerke gehören sowohl berufsbezogene Bildungsmaßnahmen als auch die darauf vorbereitenden Maßnahmen. Die Angebotsstruktur der Berufsförderungswerke ist vor allen Dingen geprägt durch Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung in Form der Fortbildung und Umschulung.

Das Qualifikationsniveau bewegt sich vorrangig auf der Ebene von Berufsabschlüssen vor den Industrie- und Handelskammern bzw. Handwerkskammern in staatlichen anerkannten Ausbildungsberufen. Zunehmend wird auch für Berufe mit einem niedrigeren Ausbildungsniveau qualifiziert. Zeitlich reichen die Angebote in der Regel von der sechs- bis zwölfmonatigen Teilqualifikation bis zur normalerweise zweijährigen Weiterbildung.

In derzeit rund 30 Berufsförderungswerken mit derzeit rund 15.000 Plätzen werden über 100 Berufsbilder angeboten. Die Leistung kann ambulant oder soweit erforderlich in Internatsform durchgeführt werden.

Die Form der Rehabilitation wird vom individuellen Bedarf – unter Berücksichtigung von Anforderungen, Fertigkeiten und Integrationshemmnissen – und vom konkreten Ziel der Integration bestimmt und geht damit über die (rein fachliche) Qualifizierung hinaus.

### **5.2 Berufsbildungswerke (BBW)**

Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung junger behinderter Menschen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart eingestellten Ausbildungsorganisation zu einem entsprechenden Abschluss befähigt werden können. Die Einrichtungen halten für diesen Personenkreis – wie die Berufsförderungswerke – notwendige ausbildungsbegleitende Betreuung durch ärztliches, psychologisches und sonderpädagogisches Personal sowie andere Fachkräfte der Rehabilitation bereit. Berufsbildungswerke sind ein wichtiger Bestandteil zur Eingliederung behinderter Jugendlicher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherung spielen sie eine geringere Rolle, da die Jugendlichen in der Regel die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllen.

### **5.3 Freie Bildungsträger**

Neben den speziellen, auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen existieren in Deutschland eine Vielzahl sonstiger Einrichtungen zur beruflichen Bildung. Dabei handelt es sich um Akademien, Bildungszentren, Fachhochschulen, Fachschulen, Technikerschulen etc.. Träger dieser Bildungseinrichtungen sind Privatpersonen, Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern, Tarifpartner und kirchliche Einrichtungen. Sie stellen ebenfalls vor allem regional, aber auch überregional Bildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten für ein breites Spektrum von Berufen zur Verfügung.

In ihrer Struktur unterscheiden sie sich in der Regel von den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX darin, dass sie häufig keine umfassenden rehabilitativen Fachdienste bereithalten. Ihre Angebote richten sich nicht speziell an behinderte Menschen, sondern an sämtliche Personenkreise, die Bildungsmaßnahmen in Anspruch nehmen möchten.

### **5.4 Berufliche Trainingszentren (BTZ)**

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind Spezialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Behinderungen. Sie unterstützen diese bei der Abklärung realistischer beruflicher Perspektiven, der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oder der Stabilisierung im Vorfeld einer Umschulung oder Ausbildung.

Ziel der beruflichen Trainingszentren ist es, Trainingsplätze mit betrieblichen Bedingungen und Anforderungen zur Verfügung zu stellen und unter Bearbeitung auch der psychosozialen Probleme den Wiedereinstieg in das Arbeits- und Berufsleben zu erreichen. Dazu steht ein breit gefächertes Angebot an Methoden, Hilfs- und Förderangeboten zur Verfügung. Je nach Lage des Einzelfalles kommen die speziellen Angebote im Rahmen verschiedener, individuell strukturierter Trainingsmaßnahmen zum Einsatz. Mit ihrem Gesamtkonzept schließen sie insbesondere für psychisch behinderte Menschen eine problematische Lücke im Angebot der sonstigen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Sie kooperieren mit den ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Diensten und Einrichtungen sowie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet.

### **5.5 Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)**

Der Aufgabenbereich von Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II-Einrichtungen) ist zwischen medizinischer Akutbehandlung und Erstversorgung (Phase I) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Phase III) angesiedelt. Phase II-Einrichtungen rehabilitieren Menschen mit Behinderungen, bei denen die Schwere und Komplexität der Beeinträchtigungen und das Ausmaß des Handicaps eine Förderung in besonders differenzierten und spezialisierten Strukturen verlangen. Diese Rehabilitanden werden hier nach individuellen Rehabilitationsplänen mit intensiver persönlicher Betreuung interdisziplinär gefördert.

Die in den Einrichtungen der Phase II durchgeführten Leistungen umfassen neben der rehabilitationsmedizinischen Versorgung Belastungserprobung, Arbeitstherapie und begleitende berufsvorbereitende Elemente. Das je nach Art und Schwere der Behinderung frühestmögliche vorberufliche Training steht im engen Wechselspiel mit den weiterhin notwendigen medizinischen und therapeutischen Leistungen. Im Laufe der Phase II verschieben sich deren Anteile von einem Schwerpunkt bei den medizinisch-therapeutischen Anteilen zu einem deutlichen Übergewicht der berufsvorbereitenden Elemente.

Vorrangig wird hiermit die Rückkehr der Rehabilitanden an den alten Arbeitsplatz oder eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen gesundheits-/leidensgerechten Arbeitsplatz mit gleichen oder ähnlichen Anforderungen angestrebt. Sofern dies nicht möglich ist, werden die Rehabilitanden in den Phase II-Einrichtungen auf eine berufliche Qualifizierungsmaßnahme oder auf eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (vgl. Kapitel 5.7) vorbereitet. Auch wenn die Leistungen in der Phase II deutlich von einem intensiven Berufsbezug geprägt sind, bleiben sie rechtlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Soweit sich nachfolgend ein Bedarf für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergibt, sind diese nicht mehr Gegenstand der Phase II. Solche Leistungen sind dann bereits Inhalte der Phase III (berufliche Rehabilitation); sie werden zum Teil in diesen Rehabilitationszentren ebenfalls angeboten und sichern dann einen nahtlos ineinandergreifenden Rehabilitationsprozess.

### **5.6 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)**

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen bieten ein umfassendes Rehabilitationsangebot in einem spezifischen therapeutischen Milieu. In den möglichst wohnortnahen, kleinen Einrichtungen (zehn bis fünfzig Plätze) sollen Menschen mit psychischen Störungen und Behinderungen die Erkrankung akzeptieren lernen, Lebens- und Berufsperspektiven erarbeiten und soziale Kompetenz entwickeln.

Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich psychosozialer Betreuung werden auch bestimmte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeboten und zwar funktional zusammenwirkend aufeinander abgestimmt: Soweit erforderlich, geschieht dies durch Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung sowie Hinführung zu beruflichen Maßnahmen, um die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu schaffen.

Die Rehabilitation wird durch ein multiprofessionelles Rehabilitationsteam unter ärztlicher Leitung und Verantwortung ambulant und/oder stationär erbracht. Indikationsstellung, Zuständigkeit der Rehabilitationsträger und strukturelle Anforderungen sind in der RPK-Empfehlungsvereinbarung (Neufassung in Kraft getreten zum 1. Juli 2006) der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation festgelegt.

### **5.7 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)**

Die Werkstatt für behinderte Menschen ist eine geschützte Einrichtung zur Eingliederung in das Arbeitsleben. Sie bietet denjenigen Menschen, die wegen Art oder

Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit mit einem ihrem Leistungsvermögen angemessenen Arbeitsentgelt. Die Werkstatt muss es den Menschen mit Behinderungen ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln. Sie soll über ein möglichst breites Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen sowie über eine Ausstattung mit begleitenden Diensten verfügen. Sie steht allen behinderten Menschen unabhängig von Art und Schwere der Behinderung offen, soweit die Aussicht besteht, dass sie später wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen werden.

Werkstätten für behinderte Menschen müssen anerkannt sein. Das Anerkennungsverfahren und die fachlichen Anforderungen der Werkstatt sind in § 142 SGB IX und § 136 SGB IX in Verbindung mit der Werkstättenverordnung gesetzlich geregelt. Anerkannte Werkstätten gliedern sich in Eingangsverfahren (vgl. Kapitel 3.7.1), Berufsbildungsbereich (vgl. Kapitel 3.7.2) und Arbeitsbereich.

### **5.8 Betriebe/Unternehmen**

Betriebe und Unternehmen spielen für die berufliche Rehabilitation in mehrererlei Hinsicht eine entscheidende Rolle. Sie sind der Ort, an dem sich letztlich entscheidet, ob eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben ihr Ziel der beruflichen Reintegration erreicht. Gleichzeitig sind sie der Ort, an dem durch ein Missverhältnis zwischen der Leistungsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten und den Anforderungen des Arbeitsplatzes der Bedarf für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben manifest wird.

Aus- und Weiterbildungen im Rahmen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können auch direkt in Betrieben bzw. in enger Kooperation mit diesen durchgeführt werden. Die enge Verzahnung zwischen Rehabilitation und konkretem Arbeitsplatz erscheint als zukunftsfähiges Prinzip für die Reintegration von Menschen mit Behinderungen, das auf die Vorzüge aus der Verknüpfung der beiden Lernorte, außerbetrieblicher und betrieblicher Ausbildung, setzt. Die Praxisnähe dieser beruflichen Bildungsleistung ist im Sinne einer beruflichen Eingliederung vielversprechend. Der Betrieb kann sich von der Qualifikation und den Kompetenzen des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin ein gutes Bild machen und ihm bzw. ihr auf dieser Basis ggf. einen Arbeitsplatz anbieten. Wichtig ist, dass auch die betriebsnahe berufliche Rehabilitation die im Einzelfall notwendigen begleitenden medizinischen und psychosozialen Angebote zur Verfügung stellt und die Leistungen beider Lernorte eng verknüpft werden.

### **5.9 Integrationsfachdienste (IFD)**

Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter und behinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Begriff, Aufgaben, Beauftragung der Integrationsfachdienste durch Integrationsämter oder Rehabilitationsträger sowie Finanzierung durch die Auftraggeber sind in den §§ 109ff SGB IX geregelt und in einer gemeinsamen Empfehlung nach § 113 Abs. 2 SGB IX konkretisiert (vgl. Kapitel 3.1.9).

Integrationsfachdienste können die Eingliederungsbemühungen der Rehabilitationsträger unterstützen. Das Kerngeschäft der Integrationsfachdienste liegt in der Arbeitsvermittlung und Berufsbegleitung. Ihre Aufgabe besteht z. B. darin, Arbeitsplätze zu akquirieren und möglichen Arbeitgebern ausführliche Informationen, Beratung und Hilfe anzubieten sowie Personen, deren Eingliederung in das Erwerbsleben auf besondere Schwierigkeiten stößt, in den verschiedenen Phasen der Eingliederung zu beraten und zu unterstützen.

## 6 Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, kein Ausschlussgrund für eine Inanspruchnahme vorliegt (vgl. § 12 SGB VI) und ein entsprechender Antrag gestellt wird (vgl. Kapitel 2.2). Das nachfolgende Schaubild zeigt die unterschiedlichen Zugangswege zu den Leistungen der Rentenversicherung und verdeutlicht die Verfahrensschritte.



Den Versicherten, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar beantragen wollen, wird empfohlen, den Antrag bei den Gemeinsamen Servicestellen, den Auskunft- und Beratungsstellen, weiteren Dienststellen der Rentenversicherung oder einem Reha-Fachberater zu stellen.

Ein Teil der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird bei der Bundesagentur für Arbeit oder den Trägern der Grundsicherung gestellt und zuständigkeitshalber an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung weitergeleitet.

Für eine weitere Versichertengruppe ergibt sich der Leistungsanspruch aus dem Verfahren der medizinischen Rehabilitation. Mit dem Konzept der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) werden ein stärkerer Arbeitsbezug medizinischer Rehabilitationsleistungen und eine engere Verzahnung der

medizinischen und beruflichen Rehabilitation möglich. Bereits in der Rehabilitationseinrichtung wird geklärt, ob ein Reha-Fachberater hinzugezogen werden soll. Dieser informiert ggf. über mögliche Leistungen und leitet die Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein. Alternativ kann der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung entsprechende Leistungen anbieten, wenn deren Notwendigkeit aus den Reha-Entlassungsberichten hervorgeht.

Ein weiterer, wenn auch in der Praxis bislang seltener genutzter Zugang ist der über werks- bzw. betriebsärztliche Dienste. Dies kann z. B. im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 SGB IX erfolgen.

Auch andere öffentliche Stellen, wie die Agenturen für Arbeit, die gesetzlichen Krankenkassen oder Versicherungsämter, nehmen Anträge entgegen und sind bei der Antragstellung behilflich. Antragsformulare gibt es nicht nur direkt beim Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sondern auch bei den bundesweit eingerichteten Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Auch im Internet können die Antragsunterlagen unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) aus dem Formularcenter unter dem Stichwort Rehabilitation heruntergeladen werden.

### **6.1 Bedarfserkennung**

Aus sozialmedizinischer Sicht sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben indiziert, wenn ein Missverhältnis zwischen den beruflichen Anforderungen auf der einen Seite und der Leistungsfähigkeit des oder der Versicherten auf der anderen Seite vorliegt. Gleichzeitig ist für die Indikationsstellung erforderlich, dass medizinische Maßnahmen nicht ausreichen, die bestehende erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen.

Vergleichbare Belastungen können – je nach individuellen Voraussetzungen – einen unterschiedlichen Grad der Beanspruchung bedingen. Die Beanspruchung einer Person in einer bestimmten Situation kann nur in Kenntnis der individuellen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit festgestellt werden. Um die medizinisch ermittelte individuelle Leistungsfähigkeit der Versicherten berufstypischen Belastungen in der letzten beruflichen Tätigkeit oder einer anderen zuvor ausgeübten Tätigkeit zuzuordnen, sind Sozialmediziner auf berufskundliches Fachwissen angewiesen.

Verwaltungsseitig werden zunächst die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (vgl. Kapitel 2.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) geprüft und danach festgelegt, welche Tätigkeit als Bezugstätigkeit, d. h. als letzte berufliche Tätigkeit für die Grundlage der sozialmedizinischen Einschätzung anzusehen ist. Anschließend erfolgt die sozialmedizinische Prüfung. Bei eingeschränkter bzw. geminderter Leistungsfähigkeit erstellt der Sozialmedizinische Dienst ein positives und negatives Leistungsbild, das den Reha-Fachberatern zugeht. Mit diesen Informationen werden die Versicherten auch mit Blick auf die Gegebenheiten des örtlichen Arbeitsmarktes beraten.

Zunächst wird geprüft, ob ein vorhandener Arbeitsplatz so angepasst werden kann, dass er dem Leistungsbild angemessen ist. Wenn kein Arbeitsplatz vorhanden ist, können durch einen Vermittlungsbescheid über Leistungen an Arbeitgeber finanzielle Anreize geschaffen werden, den Versicherten bzw. die Versicherte einzustellen (vgl. Kapitel 3.6). In diesem Fall sagt der Rentenversicherungsträger dem noch zu findenden Arbeitgeber vorab z. B. einen Eingliederungszuschuss zu. Erst wenn das Berufsfeld insgesamt nicht geeignet erscheint, ist zu prüfen, ob Leistungen der Aus- oder Weiterbildung erforderlich sind (vgl. Kapitel 3.4.2 und 3.4.3).

Bei der Auswahl der Leistungen werden individuell unterschiedliche Faktoren wie Eignung, Neigung oder die bisherige Tätigkeit angemessen berücksichtigt. Auch die aktuelle Lage auf dem Arbeitsmarkt fließt in die Entscheidung mit ein.

## 6.2 Diagnostik (Screening und Assessment)

Screening-Verfahren, d. h. allgemeine Suchtests, können im Einzelfall wichtige Hinweise auf Rehabilitationsbedarfe, insbesondere auch auf berufliche Problemlagen liefern. Einerseits sind sie zur Unterstützung im Antragsverfahren einsetzbar; sie werden aber auch während der medizinischen Rehabilitation zur Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verwendet. Screening-Instrumente sind in der Regel relativ kurze Selbsteinschätzungsfragebögen zu verschiedenen Aspekten der gesundheitlichen und auch beruflichen Situation. Gelegentlich enthalten sie auch Merkmale wie z. B. Arbeitslosigkeit, Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Assessmentverfahren sind aufwändiger und von ihrer Zielsetzung her spezifischer. Sie erheben die Leistungsfähigkeit eines bzw. einer Versicherten in standardisierter Form und werden im Antragsverfahren dann eingesetzt, wenn die individuelle Leistungsfähigkeit differenziert erfasst werden soll. Einige Assessmentverfahren ermöglichen den Vergleich zwischen der individuellen Leistungsfähigkeit und den konkreten Arbeitsplatzanforderungen. Sie können so bei der Auswahl der jeweils am besten geeigneten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen. Häufig genutzte Assessmentverfahren sind EFL, ERGOS und IMBA. Alle drei Verfahren wollen zu mehr Objektivität und zur Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Beurteilung beitragen. Es sind aufwändige Verfahren; Untersucher und Auswerter müssen für jedes Verfahren besonders geschult werden.

## 6.3 Aufgaben der Reha-Fachberater

Voraussetzung für ein erfolgreiches Case Management im Sinne einer Einzelfallbetreuung ist die enge Kooperation vieler Beteiligten, unterstützt und begleitet durch Reha-Fachberater und -beraterinnen, die das Einzelfall-Management effektiv und prozessorientiert steuern. Die Reha-Fachberater verfügen über umfassende berufskundliche Kenntnisse und müssen in der Lage sein, die medizinische Problemstellung der Versicherten zu verstehen und zu beurteilen. Darüber hinaus müssen sie einen Überblick über den regionalen und den überregionalen Arbeitsmarkt besitzen, damit sie erfolgreich bei der beruflichen Eingliederung helfen können. Case Management in der Rehabilitation umfasst idealerweise die Begleitung und Betreuung des Versicherten während des gesamten Rehabilitationsprozesses; nur so ist es möglich, auch kurzfristig auf Veränderungen zu reagieren. Reha-Fachberater haben weitreichende Kompetenzen und können in der Regel über einzelne Leistungen direkt und unmittelbar vor Ort entscheiden.

Für die optimale Verzahnung der medizinischen Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist das frühzeitige Erkennen des Bedarfs an weiterführenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bereits in der medizinischen Rehabilitationseinrichtung wichtig. Daher gehört zum Aufgabenbereich der Reha-Fachberater u. a. auch die Unterstützung der Rehabilitationseinrichtungen (z. B. Durchführung regelmäßiger Beratungstage). Regelmäßige Kontakte zu den Sozialdiensten der medizinischen Rehabilitationseinrichtungen sollen dazu beitragen, den Bedarf der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden frühzeitig zu erkennen. Darüber hinaus besteht anlassbezogen für die Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit, Reha-Fachberater über den festgestellten Prüfungsbedarf hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu informieren. Reha-Fachberater tragen durch ihre Kompetenz in berufskundlicher und arbeitsmarktlicher Hinsicht und unter Einbeziehung der ärztlichen Unterlagen (Leistungsbeurteilung) dazu bei, dass idealerweise schon bei Abschluss der medizinischen Rehabilitation feststeht, ob und wenn ja, welche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind. Zum Reha-Management gehören insbesondere

- Bedarfsklärung,
- Auswahl einer geeigneten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Beratung des bzw. der Versicherten und ggf. des Arbeitgebers,
- Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses und
- Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen.

Zugang zu ihrem wohnortnahen Reha-Fachberater erhalten die Versicherten über die Rentenversicherungsträger, von jeder Gemeinsamen Servicestelle für Rehabilitation, von jeder Auskunft- und Beratungsstelle oder im Internet unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

Arbeitgeber können sich an Reha-Fachberater wenden, wenn aus ihrer Sicht für erkrankte Mitarbeiter Leistungen aus dem Spektrum der Deutschen Rentenversicherung erforderlich sind. Menschen mit Behinderungen wenden sich häufig an Selbsthilfeorganisationen, die dann bei konkretem Beratungsbedarf den Kontakt zum Reha-Beratungsdienst der Rentenversicherung suchen.

#### **6.4 Auswahl der Leistung**

Bei der Auswahl der Leistung werden gemäß § 33 Abs. 4 SGB IX neben der individuellen Eignung und Neigung auch die bisherige Tätigkeit sowie die Situation auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Bei Bedarf wird die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt.

Eine Prüfung der beruflichen Eignung (z. B. Berufsfindung) und eine Arbeitserprobung kommen in Betracht, wenn sich der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung noch kein abschließendes Urteil über die Art der notwendigen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bilden konnte. Sie dienen somit der Feststellung, welche weiteren Schritte für eine berufliche Eingliederung geeignet sind.

Die Berufsfindung hat die Aufgabe, das Leistungsvermögen, die Eignung und Neigung der Versicherten sowie behinderungsbedingte Auswirkungen im Hinblick auf die spätere Tätigkeit zu beurteilen und zu klären.

Die Arbeitserprobung hat zum Ziel, bei weitgehend geklärter Eignung für einen Beruf, Zweifelsfragen bezüglich bestimmter Ausbildungs- und Arbeitsplatzanforderungen zu klären.

Leistungen zur Klärung der beruflichen Eignung dauern in Abhängigkeit von der Ausprägung der Einschränkungen zwei bis sechs Wochen. Abschließend erhält der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einen ausführlichen Bericht zu den Eignungen, Neigungen, der Motivation, den schulischen Vorkenntnissen, der Umstellungs- und Lernfähigkeit sowie Vorschläge zu erreichbaren Berufsabschlüssen. Insbesondere müssen die psychischen Belastungen während der Qualifizierungsmaßnahmen berücksichtigt werden. Danach erstellen die zuständigen Reha-Fachberater den weiteren Rehabilitationsplan und begleiten die Qualifizierung und berufliche Wiedereingliederung.

Mit dem SGB IX ist die Position der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen durch die Wunsch- und Wahlrechte nach § 9 SGB IX gestärkt worden. Bei der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe, aber auch bei deren Ausführung wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Berücksichtigt werden insbesondere die persönliche Lebenssituation, das Alter und das Geschlecht, die Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse sowie besondere Bedarfssituationen von behinderten Müttern und Vätern.

Soweit Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit sowie positive Wiedereingliederungsaussichten bestehen, wählt die Rentenversicherung aus einem breiten Leistungsspektrum die zweckmäßigste und wirtschaftlichste Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben aus, um das Ziel – die möglichst dauerhafte (Wieder-)Eingliederung – zu erreichen (vgl. Kapitel 3).

Die Auswahl der im Einzelfall zielführenden Leistung bzw. Leistungen ist hier als zentrale Herausforderung zu sehen. Es muss nicht nur auf individuelle Problemlagen eingegangen, sondern stets auch abgewogen werden, ob eine berufliche Integration besser durch eine punktuelle, tendenziell kurze und damit auch zunächst kostengünstigere Bildungsmaßnahme erreicht werden kann oder ob eher eine spezifische



Ausbildung mit breiter angelegter Förderung als solide Grundlage für eine langfristige Integration angestrebt werden sollte.

Bei der Bestimmung von Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie von Leistungsanbietern sind von der Rentenversicherung daneben die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

#### **6.5 Auswahl der Einrichtung**

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vielfältig und die in Frage kommenden Einrichtungen entsprechend unterschiedlich. Möglich sind neben einer betrieblichen Ausbildung ebenso Angebote privater Bildungsträger oder staatlicher Fachschulen bis hin zur Weiterbildung in Berufsförderungswerken (vgl. Kapitel 5).

Nach Möglichkeit sollen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben am Wohnort oder in Wohnortnähe erbracht werden. Wenn es nach Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs erforderlich ist, werden sie als Internatsleistung in entsprechenden Einrichtungen, wie z. B. Berufsförderungswerken, durchgeführt. Dies ist insbesondere dann notwendig, wenn die Versicherten wegen ihrer Behinderung auf die in Berufsförderungswerken angebotenen medizinischen, psychologischen und sozialen Dienste angewiesen sind.

#### **6.6 Dauer der Leistung**

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach § 37 SGB IX für die Zeit erbracht, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um die berufliche Eingliederung zu erreichen. Eine Förderung kann darüber hinaus erfolgen, wenn besondere Umstände dies rechtfertigen.

Ganztägige berufliche Weiterbildungen sollen nicht länger als zwei Jahre dauern, es sei denn der Betroffene kann das Rehabilitationsziel nur über eine länger dauernde Weiterbildung erreichen oder die Eingliederungsaussichten allein hiermit wesentlich verbessern.

#### **6.7 Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit**

Die Bundesagentur für Arbeit nimmt gemäß § 38 SGB IX auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungsberechtigten in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung der medizinischen oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation aufhalten.

Um einen effizienten und beschleunigten Verfahrensablauf zu erreichen, haben sich die gesetzliche Rentenversicherung und die Gesetzliche Unfallversicherung mit der Bundesagentur für Arbeit auf eine Verfahrensabsprache geeinigt, in der als Leitfaden die Kernpunkte der notwendigen Zusammenarbeit festgelegt sind:

- Entscheidungen und Festlegungen der jeweils anderen Stelle sollen grundsätzlich akzeptiert werden,
- Benennung von Ansprechpartnern bei der Rentenversicherung zur kurzfristigen Abklärung versicherungsrechtlicher Verhältnisse,
- Weiterleitung von Anträgen mit allen einzelfallbezogenen Unterlagen,
- konkrete Auftragserteilung an die Bundesagentur für Arbeit bei einzelfallbezogener Erforderlichkeit,
- Beschränkung der Anforderung von Eignungsfeststellungen auf das erforderliche Mindestmaß,
- gemeinsame Beratungen („Teamgespräche“) nur in Einzelfällen,
- Einschaltung der technischen Berater der Arbeitsagentur nur im Einzelfall und mit konkretisierter Anfrage.

## 7 Kooperation

### 7.1 Kooperation der Rehabilitationsträger

Das gegliederte System der sozialen Sicherung, in dem unterschiedliche Träger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sein können, erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten, um eine frühzeitige Einleitung sowie die nahtlose und zügige Durchführung erforderlicher Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen. Mit der Neukodifizierung des Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber diesem Bedarf Rechnung getragen und der Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger einen hohen Stellenwert eingeräumt. Danach haben die Rehabilitationsträger im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) den Auftrag, zu verschiedenen gesetzlich vorgegebenen Themenkomplexen gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung der Zusammenarbeit zu vereinbaren.

#### 7.1.1 Regelungen durch das SGB IX

Neben der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen besteht ein wesentliches Ziel des SGB IX darin, die Kooperation der unterschiedlichen Leistungsträger und die Koordination der Teilhabeleistungen bis hin zu einem gemeinsamen Rehabilitationsverständnis durch wirksame Instrumente sicherzustellen. Das SGB IX enthält daher Regelungen, die eine engere Kooperation der Rehabilitationsträger erreichen sollen.

Um Nachteile für rehabilitationsbedürftige Versicherte zu vermeiden, konkretisiert § 12 SGB IX die Pflicht der Rehabilitationsträger zur engen Zusammenarbeit bei der Erfüllung ihrer Aufgaben. Die Rehabilitationsträger sind u. a. dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden. Daneben haben sich die Träger über Fragen der Abgrenzung und damit auch über ihre Zuständigkeiten im Einzelfall sowie über die Beratung des Betroffenen entsprechend den im SGB IX genannten Zielen zu verständigen (vgl. Kapitel 4).

#### 7.1.2 Zusammenarbeit im Rahmen der BAR

Die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger ist wesentlicher Gegenstand des SGB IX. Hierzu gehört auch die Vereinbarung von gemeinsamen Empfehlungen auf BAR-Ebene<sup>5</sup>. Bisher liegen folgende gemeinsame Empfehlungen vor:

- Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung vom 27. März 2003,
- Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 1. Mai 2003, überarbeitet vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Begutachtung vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure vom 22. März 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe vom 22. März 2004 (vgl. Kapitel 7.3),
- Gemeinsame Empfehlung "Teilhabeplan" vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung zur frühzeitigen Bedarfserkennung vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste vom 16. Dezember 2004,
- Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX vom 16. Dezember 2004.

Bereits vor In-Kraft-Treten des SGB IX haben die Rehabilitationsträger im Rahmen der BAR erfolgreich zusammengearbeitet: Durch die Verabschiedung von Rahmen-

<sup>5</sup> Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz der Verbände der Rehabilitationsträger, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesländer, der Spitzenverbände der Sozialpartner sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Förderung und Koordinierung der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

empfehlungen wurden trägerübergreifend einheitliche Verfahren und Konzepte sichergestellt und den Mitgliedern zur Umsetzung empfohlen<sup>6</sup>.

## **7.2 Kooperation mit anderen Beteiligten**

Die frühzeitige und umfassende Rehabilitation erfordert nicht nur die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander, sondern auch die Kooperationsbereitschaft und Kooperationsfähigkeit aller an der Rehabilitationskette im weiteren Sinn beteiligten Institutionen und Leistungsanbieter, wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, betriebsärztliche Dienste, Akutkliniken, Institutionen der medizinischen Rehabilitation, Betriebe und Selbsthilfegruppen. Alle Beteiligten müssen in ihrem Handeln der Tatsache Rechnung tragen, dass nur im engen und partnerschaftlichen Zusammenwirken der Behandlungs-/Rehabilitationsprozess erfolgreich sein kann.

Die Notwendigkeit einer Kooperation ergibt sich im besonderen Maß auch in Bezug auf die Einrichtungen, deren Aufgabenbereiche sich an den Schnittstellen der Rehabilitationskette berühren oder überschneiden. Eine wichtige Rolle für die Förderung dieser Kooperation können die Reha-Fachberatungsdienste der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung einnehmen, da die Reha-Fachberater über umfangreiche Kontakte mit den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen sowie regionalen Arbeitgebern verfügen (vgl. Kapitel 6.3).

## **7.3 Selbsthilfe**

Die erhebliche Zunahme chronischer Erkrankungen mit vielfältigen Auswirkungen im beruflichen und sozialen Bereich stellt in unserer Gesellschaft nicht nur die Betroffenen und die sie betreuenden Ärztinnen und Ärzte, sondern auch die Institutionen unseres Gesundheitswesens vor große Herausforderungen. Viele Aufgaben können nur mit aktiver Beteiligung der Betroffenen bewältigt werden. Dies gilt insbesondere für die Information und Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Fragen der Gesundheit und Krankheit bzw. ihrer Bewältigung. In diesem Prozess nimmt seit über 20 Jahren die Selbsthilfe eine zunehmend wichtige Rolle ein. Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe steht im Dienst der Selbstbestimmung und Partizipation der Betroffenen. Nach dem SGB IX sind im Rahmen der Rehabilitation sowohl Selbsthilfepotenziale zu aktivieren als auch eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu pflegen. Rehabilitation und Selbsthilfe haben das Ziel, chronisch Kranke beim eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Beide Seiten dieser Partnerschaft können durch eine verstärkte Zusammenarbeit gewinnen.

Die Aktivitäten der Selbsthilfe(-gruppen) ergänzen die Leistungen zur Teilhabe. Besonders für die Information der Betroffenen stellt die Arbeit der Selbsthilfe ein wichtiges Element dar: Chronisch Kranke, die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe sind, können – z. B. über Erfahrungsberichte einzelner Gruppenmitglieder, die bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder eine medizinische Rehabilitation erhalten haben – angeregt werden, auch selbst einen Rehabilitationsantrag zu stellen. Das kann die Unterinanspruchnahme bei manchen Krankheitsbildern verringern helfen. Wer in einer Selbsthilfegruppe begonnen hat, sich aktiv und eigenverantwortlich mit seiner/ihrer Erkrankung auseinander zu setzen, ist den Weg vom Behandelten zum Handelnden bereits gegangen. Insofern ist die Selbsthilfegruppenmitarbeit eine ideale Vorbereitung auf die Rehabilitation.

---

<sup>6</sup> Siehe im Internet unter: [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de).

## 8 Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Um die Durchführung bedarfsgerechter, qualitativ hochwertiger und wirtschaftlicher Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu unterstützen, wurde 2004 das Rahmenkonzept zur Qualitätssicherung (QS) von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von der gesetzlichen Rentenversicherung erarbeitet<sup>7</sup>. Zentrale Aspekte des Konzepts sind die Analyse und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dieser Leistungen.

### 8.1 Gesetzliche Grundlagen

In § 20 Abs. 1 SGB IX ist festgelegt, dass die Rehabilitationsträger „gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer“ vereinbaren. Die daraufhin auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation erarbeitete gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ trat am 1. Juli 2003 in Kraft<sup>8</sup>.

### 8.2 Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung verknüpft eine stetige Optimierung der rehabilitativen Leistungen im Rahmen einer konsequenten Teilnehmerorientierung mit dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit. Wesentliche Ziele der externen Qualitätssicherung sind:

- Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung,
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens,
- Verbesserung der Wirksamkeit (Effektivität) der Leistungen durch ständige Weiterentwicklung (Ergebnisorientierung),
- Förderung des internen Qualitätsmanagements und
- Leistungserbringung nach dem Prinzip der Wirtschaftlichkeit (Effizienz).

Die Erhebung qualitätsrelevanter Daten und die einrichtungsvergleichenden Rückmeldungen an die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer bewirken eine Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Rehabilitation. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung bilden dabei eine wichtige Grundlage für das interne Qualitätsmanagement in den Einrichtungen (siehe auch Kapitel 8.6).

### 8.3 Dokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stützt sich neben speziell zu diesem Zweck erhobenen Daten auch auf vorhandene Routinedaten der Rentenversicherung. Ein Teil dieser Daten wird in der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) zusammengefasst. Neben soziodemografischen Merkmalen (z. B. Alter, Geschlecht) werden Angaben zur Erwerbstätigkeit (z. B. Arbeitslosigkeit, Rentenbezug) sowie krankheitsbezogene und versorgungsbezogene Merkmale (z. B. Nachsorgeleistungen) abgebildet. Die RSD enthält für jede einbezogene Person Daten über einen Zeitraum von acht Jahren und ermöglicht somit verlaufsbezogene Betrachtungen (Längsschnittuntersuchungen). Die Routinedaten können, bei vorliegender Einverständniserklärung des Rehabilitanden und unter Wahrung des Datenschutzes, mit Befragungsdaten verknüpft werden.

<sup>7</sup> Deutsche Rentenversicherung (2004): Rahmenkonzept „Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“. [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Reha-Qualitätssicherung.

<sup>8</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003. [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) → Gemeinsame Empfehlungen.

#### **8.4 Dimensionen der Qualität beruflicher Bildungsleistungen**

Von dem vielfältigen Leistungsspektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht alle Maßnahmen gleichermaßen der einrichtungsbezogenen Qualitätssicherung zugänglich. Deshalb werden vorrangig Leistungen zur beruflichen Bildung in die Qualitätssicherung einbezogen (siehe auch Kapitel 3.4), und zwar in allen von der gesetzlichen Rentenversicherung belegten beruflichen Bildungseinrichtungen.

Die Qualitätssicherung der gesetzlichen Rentenversicherung nimmt eine mehrdimensionale Qualitätsperspektive ein und bezieht die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben systematisch aufeinander. Die Strukturqualität umfasst die Einrichtungsmerkmale sowie personelle, apparative, technische und räumliche Ausstattung der beruflichen Bildungseinrichtung. Die Prozessqualität richtet sich auf die Qualität der rehabilitativen Versorgung, d. h. die sowohl regelhafte wie auch individuell ausgerichtete Durchführung der beruflichen Bildungsleistung. Die Ergebnisqualität zielt auf das Erreichen des Maßnahmeergebnisses, z. B. den Abschluss der Maßnahme und die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben.

##### **8.4.1 Strukturqualität**

Im Bereich der beruflichen Bildungsleistungen liegen verschiedene Informationen über die strukturellen Gegebenheiten der beruflichen Bildungseinrichtungen vor. Seit 1999 stellen die einzelnen Berufsförderungswerke ihre strukturellen Voraussetzungen in Handbüchern dar. Bei Leistungen freier Bildungsträger wird die Strukturqualität im Rahmen der Maßnahmeanerkennung durch den Rentenversicherungsträger geprüft.

Sowohl die Handbücher der Berufsförderungswerke als auch die Angaben zur Maßnahmeanerkennung der freien Bildungsträger eignen sich allerdings nicht zur vollständigen und vergleichenden Bewertung der Strukturqualität. Die Entwicklung standardisierter Instrumente zur Erhebung der Strukturanforderungen steht noch aus.

##### **8.4.2 Prozessqualität**

Seit 2000 wird für Maßnahmen in Berufsförderungswerken der Individuelle Förder- und Integrationsplan (IFP) eingesetzt, der den individuellen Rehabilitationsprozess dokumentiert. Hier werden im Dialog mit den Rehabilitanden die für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt relevanten Fakten dargestellt (Wächterfunktion) und konkrete Schritte zur Wiedereingliederung der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt im Einzelfall dokumentiert.

##### **8.4.3 Ergebnisqualität**

Die Darstellung der Ergebnisqualität bei beruflichen Bildungsleistungen bezieht sich auf drei unterschiedliche Bereiche: den Abschluss der Maßnahme selbst, den Eingliederungserfolg nach der Maßnahme und die Eingliederungsqualität. Eine Maßnahme sollte erstens erfolgreich beendet werden. Die anschließende Wiedereingliederung sollte zweitens möglichst frühzeitig und dauerhaft erfolgen. Zudem sollte drittens eine leidensgerechte Wiedereingliederung mit der neuen beruflichen Orientierung erfolgen. Für die ersten beiden Bereiche lassen sich mit Routinedaten der Rentenversicherung (siehe Kapitel 8.3) differenzierte, einrichtungsbezogene Auswertungen erstellen. Neben der Rehabilitandenstruktur und dem Maßnahmeergebnis aller Teilnehmer von beruflichen Bildungsleistungen eines bestimmten Zeitraumes ist die Wiedereingliederungsquote der Teilnehmer – beispielsweise sechs, zwölf und vierundzwanzig Monate nach dem Ende der beruflichen Bildungsmaßnahme – darstellbar.

### **8.5 Qualität aus Teilnehmersicht**

Mit der Durchführung der Teilnehmerbefragung legt die Rentenversicherung einen besonderen Schwerpunkt auf die im SGB IX verankerte Patientenorientierung. Der sogenannte „Berliner Fragebogen“ richtet sich an Absolventen beruflicher Bildungsleistungen. Ziel der Befragung ist die Erfassung der Zufriedenheit der Versicherten mit dem Verlauf und dem Ergebnis ihrer beruflichen Bildungsleistung sowie die Erfassung berufsbezogener Aspekte, z. B. der ausbildungsadäquaten Beschäftigung nach der Rehabilitation. Zusätzlich werden aus den Routinedaten der Rentenversicherungsträger soziodemografische Merkmale und Informationen zum Antrag und der Durchführung der Maßnahme zugespielt. Diese Angaben werden in naher Zukunft zu einrichtungsvergleichenden Berichten zur Reha-Qualitätssicherung zusammengeführt und den Rentenversicherungsträgern sowie den Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

### **8.6 Internes Qualitätsmanagement**

Das interne Qualitätsmanagement, zu dem die Leistungserbringer der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet sind, bildet die Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung und -verbesserung in den Einrichtungen. So werden von den Leistungserbringern geeignete Strukturen vorgehalten, um z. B. die aus der externen Qualitätssicherung zurückgemeldeten Ergebnisse angemessen bearbeiten und umsetzen zu können. Alle Einrichtungen der überbetrieblichen Weiterbildung müssen über ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement verfügen. Dies beinhaltet unter anderem einen Qualitätsmanagementbeauftragten, ein systematisches Beschwerdemanagement und Regelungen zum systematischen Umgang mit externen QS-Ergebnissen. Der Nachweis eines internen Qualitätsmanagements ist über eine Zertifizierung möglich.

### **8.7 Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger**

Die gesetzliche Rentenversicherung strebt für ihre Qualitätssicherung eine reha-bilitationsträger-übergreifende Messung und Bewertung der Qualität der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels einheitlicher Verfahren und Instrumente an.

Im Rahmen dieser Absprachen wurden in den Jahren 2006/2007 von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, der Bundesagentur für Arbeit, dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Deutschen Rentenversicherung gemeinsame Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vereinbart. Diese beziehen sich derzeit auf die Zusammenarbeit bei der Teilnehmerbefragung und der Routinedatenauswertung.

Seit 2005 liegt außerdem das Konzept „Trägerübergreifende Messung des Erfolgs von beruflichen Bildungsmaßnahmen“ vor, das von Vertretern der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit sowie unter Beteiligung von Vertretern der Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke erstellt wurde<sup>9</sup>. Inhalt des Konzeptes ist die Verständigung auf einen gemeinsamen Erfolgsbegriff, um vergleichbare Auswertungen anhand von Routinedaten der verschiedenen Leistungsträger zu ermöglichen.

### **8.8 Weiterentwicklung der Instrumente**

Die wissenschaftlich begleitete Entwicklung von Instrumenten und Verfahren für die Qualitätssicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von der Rentenversicherung konsequent fortgeführt. Dabei spielt die Zusammenarbeit aller Rehabilitationsträger z. B. bei der Fortschreibung gemeinsamer Konzepte, Empfehlungen etc. weiterhin eine wichtige Rolle.

---

<sup>9</sup> RV, GV, BA (Hrsg.). Trägerübergreifende Messung des Erfolgs von beruflichen Bildungsmaßnahmen (Stand: 25.01.2005). [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) → Zielgruppen → Sozialmedizin und Forschung → Reha-Qualitätssicherung.

Die gegenwärtigen Weiterentwicklungen umfassen die

- Überführung der Teilnehmerbefragung (Berliner Fragebogen) und der Auswertungen zur Ergebnisqualität in die Routine (ab Sommer 2008),
- regelmäßige Erstellung von einrichtungsbezogenen Berichten zur Qualitätssicherung und deren Versand an die Einrichtungen und Träger,
- Entwicklung eines Maßnahmenkataloges zur Dokumentation der im Verlauf der Maßnahme eingesetzten Leistungsbausteine,
- Entwicklung von Instrumenten zur Abbildung der strukturellen Voraussetzungen und des Reha-Prozesses,
- Entwicklung eines Konzeptes zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur zusammenfassenden Bewertung der Qualität der Bildungseinrichtungen und
- Einbeziehung der Leistungsauswahl als wichtiger Faktor für das Ergebnis der Leistung in die Qualitätssicherung.

Für Ihre Notizen



Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen





**Deutsche  
Rentenversicherung**  
Rehabilitation -  
mit Sicherheit Qualität