

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

→ Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung

→ Stand: 21. August 2018



Vorwort

Das Rahmenkonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) der Deutschen Rentenversicherung beschreibt Grundlagen, Ziele und Aufgaben der beruflichen Rehabilitation. Die vorliegende aktualisierte Fassung basiert auf der Vorgängerversion aus dem Jahr 2009 und berücksichtigt wesentliche gesetzliche Neuerungen im Sechsten und Neunten Sozialgesetzbuch (SGB VI und IX) sowie Weiterentwicklungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation. Ebenso ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) weiter umzusetzen, um insbesondere Menschen mit Behinderungen eine berufliche Teilhabe zu ermöglichen.

Die aktuellen gesetzlichen Neuerungen betreffen Regelungen im SGB VI aufgrund des Gesetzes zur Flexibilisierung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand und zur Stärkung von Prävention und Rehabilitation im Erwerbsleben (Flexirentengesetz) sowie im SGB IX durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), das am 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist. Neu sind beispielsweise Ansprechstellen, die mit geeigneten Informationsangeboten das frühzeitige Erkennen von Rehabilitationsbedarf auch bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen sollen sowie die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung.

Die Einführung einer Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR) einerseits und das Beratungsangebot für Arbeitgeber und Unternehmer durch den Firmenservice andererseits, sind für die Rentenversicherung zwei wichtige Meilensteine für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in den Bereichen Reha-Qualitätssicherung und Kooperation.

Angesichts der demographischen Entwicklung, gesundheitlicher Belastungen in der Arbeitswelt und sich verändernden Arbeitsmarktchancen entwickelt die Deutsche Rentenversicherung das System der beruflichen Rehabilitation ergebnisorientiert und bedarfsgerecht. Die Aktualisierung des Rahmenkonzepts für LTA ist hierbei ein wichtiger Schritt, um eine gemeinsame Grundlage für die Rentenversicherung als Rehabilitationsträger als auch für die Leistungserbringer und Kooperationspartner zu schaffen.



Brigitte Gross

Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Bund

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Grundlagen, Ziele und Aufgaben	5
2.1	Rechtliche Zielvorgaben	5
2.2	Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	6
2.3	Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	7
2.4	ICF und bio-psycho-soziales Modell der WHO	7
2.5	Rehabilitationsträger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	10
3	Leistungsarten	12
3.1	Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes	13
3.1.1	Förderung aus dem Vermittlungsbudget	13
3.1.2	Aktivierungsleistungen	13
3.1.3	Kraftfahrzeughilfe	14
3.1.4	Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen	15
3.1.5	Arbeitsassistenz	16
3.1.6	Wohnungshilfe	16
3.1.7	Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten	17
3.2	Berufsvorbereitung	17
3.3	Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung	17
3.4	Berufliche Bildung (Qualifizierungsleistungen)	18
3.4.1	Anpassung und Integrationsleistungen	18
3.4.2	Weiterbildung	18
3.4.3	Ausbildung	19
3.5	Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss)	19
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	20
3.6.4	Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung	20
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	Persönliches Budget	23
4	Leistungsanbieter	24
4.1	Berufsförderungswerke (BFW)	24
4.2	Berufsbildungswerke (BBW)	25
4.3	Freie Bildungsträger	25
4.4	Berufliche Trainingszentren (BTZ)	25
4.5	Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (Phase II)	26
4.6	Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)	26

4.7	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	27
4.8	Andere Leistungsanbieter	27
4.9	Betriebe/Unternehmen	27
4.10	Integrationsfachdienste (IFD)	28
5	Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	29
5.1	Bedarfserkennung	30
5.2	Diagnostik (Screening und Assessment)	31
5.3	Aufgaben der Reha-Berater/Reha-Fachberater	31
5.4	Ansprechstellen der Rehabilitationsträger	32
5.5	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung	33
5.6	Auswahl der Leistung	33
5.7	Auswahl der Einrichtung	34
5.8	Dauer der Leistung	34
5.9	Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit	34
6	Kooperation	35
6.1	Kooperation der Rehabilitationsträger	35
6.1.1	Regelungen durch das SGB IX	35
6.1.2	Zusammenarbeit im Rahmen der BAR	35
6.2	Kooperation mit anderen Beteiligten	36
6.3	Firmenservice	36
6.4	Selbsthilfe	37
7	Qualitätssicherung	38
7.1	Gesetzliche Grundlagen	38
7.2	Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung	39
7.3	Methoden und Ergebnismeldung	39
7.3.1	Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen	40
7.3.2	Ergebnis (Abschluss) der beruflichen Bildungsleistungen	40
7.3.3	Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen	40
7.3.4	Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR)	40
7.3.5	Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung	40
8	Weiterentwicklung der Beruflichen Rehabilitation	41
9	Ausgewählte Internetadressen	42

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 Veränderungen.

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 sich stets verändernder Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und bei begrenzten finanziellen Ressourcen ist eine flexible, auf die individuellen Anforderungen der Rehabilitanden zugeschnittene Ausgestaltung der Leistungen ebenso wichtig wie eine effiziente Mittelverwendung.

Im Jahr 2016 wurden von der Deutschen Rentenversicherung rund 1,3 Mrd. Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgewandt. Dies entspricht 21 % der Gesamtaufwendungen für Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung. Bei anhaltend hohen Antrags- und 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. Im Berichtsjahr 2016 wurden 156.117 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen¹.

Das Leistungsspektrum, das der Rentenversicherung bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung steht, ist breit. Bedroht eine gesundheitsbedingte Einschränkung die Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten und damit den Arbeitsplatz, kann der Arbeitsplatz oft durch Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen oder eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes erhalten werden. Die Leistungen können aber auch darauf ausgerichtet sein, einen neuen, behinderungsgerechten Arbeitsplatz zu erlangen. Vor allem durch Leistungen 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.

¹ Aktuelle Daten zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im jährlichen Reha-Bericht bzw. den Statistikbänden der Deutschen Rentenversicherung zu finden. Online: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de>.

Die Vielgestaltigkeit der Leistungen zur Teilhabe ermöglicht es der Rentenversicherung, auf die unterschiedlichsten Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zu reagieren. Nicht für jeden Versicherten und jeden Arbeitgeber ist allerdings auf den ersten Blick unmittelbar erkennbar, welche Leistung bzw. Leistungen am besten passen und die Eingliederung am schnellsten ermöglichen. Die Reha-Berater/Reha-Fachberater der Deutschen Rentenversicherung unterstützen Arbeitgeber und Versicherte, die individuelle Problemlage zu analysieren und die richtigen Leistungen zeitnah auszuwählen und miteinander zu kombinieren.

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 aus einer medizinischen Rehabilitation heraus erfolgt. Darüber hinaus werden die Einrichtungen beschrieben, die sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen (Medizinisch-berufliche Rehabilitationseinrichtungen Phase II und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen – RPK).

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 seit 1. Juli 2001 geltenden Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (SGB IX; in der Neufassung gültig ab 2018) hat der Gesetzgeber einen Paradigmenwechsel vorgenommen und den Partizipationsgedanken in den Vordergrund gerückt. Danach sind Ziele des SGB IX die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe chronisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen, 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.

Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach dem SGB IX und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen 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). 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.

Konkret erbringt die Rentenversicherung nach § 9 SGB VI Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Nachsorge 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 Arbeitsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Arbeitsleben wiedereinzugliedern.

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 § 9 Abs. 2 SGB IX gestützt und auf Leistungen zur Teilhabe während des Bezugs einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erweitert.

Nach § 16 SGB VI erbringen die Träger der Rentenversicherung die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach den §§ 49 bis 54 SGB IX sowie im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen nach § 57 SGB IX sowie entsprechende Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach § 60 SGB IX.

Übergeordnetes Ziel der durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbrachten Rehabilitationsleistungen ist die dauerhafte Integration der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den ersten Arbeitsmarkt (vgl. § 49 Abs. 1 SGB IX)². Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind Instrumente, die für die Erreichung dieser sozialpolitischen Zielvorgabe effektiv eingesetzt werden können.

2.2 Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

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
 - aa) der bisherige Arbeitsplatz erhalten werden kann, oder
 - bb) ein anderer in Aussicht stehender Arbeitsplatz erlangt werden kann, wenn die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes nach den Feststellungen des Trägers der Rentenversicherung nicht möglich ist.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung können – bei positiver Erwerbsprognose – 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.

² Ausnahme: Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen – vgl. § 57 SGB IX.

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 Bundesagentur für Arbeit zuständig. Die gesetzliche Unfallversicherung ist Leistungs- und Kostenträger, wenn aufgrund von Arbeits-/Wegeunfällen oder Berufskrankheiten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig werden.

2.3 Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Rentenversicherungsträger erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben allein oder in Ergänzung zu vorausgegangen Leistungen zur Prävention oder medizinischen Rehabilitation. 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 (siehe Kapitel 3). Die Leistungen sollen zielorientiert und sachgerecht in dem Umfang eingesetzt werden, der notwendig ist, um Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu befähigen, am Arbeitsleben möglichst dauerhaft teilzuhaben.

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 sind im Interesse einer dauerhaften Eingliederung in das Erwerbsleben zu beachten. 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.

2.4 ICF und bio-psycho-soziales Modell der WHO

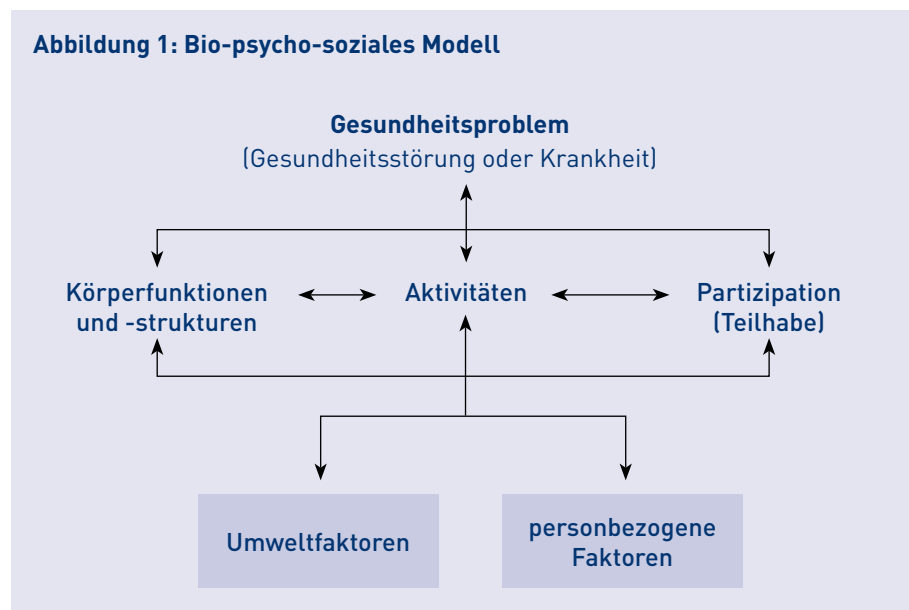
Gesundheit und Behinderung lassen sich nach der ICD 10-Klassifikation³ allein nicht umfassend beschreiben. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) ermöglicht eine umfassende

³ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Köln: 2018. Online: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/>, Abrufdatum: 21.08.2018.

Sichtweise auf die individuellen Auswirkungen eines Gesundheitsproblems unter Einbezug des Kontextes⁴. Sie wird im Gesundheitswesen und insbesondere in der Rehabilitation zunehmend eingesetzt.

Die ICF ist ein ressourcenorientiertes Klassifikationssystem, das die Komponenten von Gesundheit klassifiziert, und zwar Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie Umweltfaktoren. Personbezogene Faktoren werden ebenfalls aufgeführt; sie sind in der ICF jedoch nicht klassifiziert. Alle genannten Komponenten stehen miteinander in Wechselwirkung.

Der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zugrunde:



Mit dem bio-psycho-sozialen Modell können nicht nur die Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen beschrieben werden, sondern auch daraus resultierende Auswirkungen auf persönliche Aktivitäten und das Eingebundensein in das gesellschaftliche Leben unter Berücksichtigung des jeweiligen Lebenshintergrundes (Kontext) einer Person. Das Modell erweitert so den Blick auf vorhandene Ressourcen und ist hilfreich, mögliche Förderfaktoren und Barrieren zu erkennen. Indem es den Blick von der eher kausalen Betrachtungsweise (Krankheit > Aktivitätseinschränkung > Behinderung) hin zu den Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren eines Menschen lenkt, ermöglicht es eine ganzheitliche Betrachtungsweise aller sozialmedizinisch relevanten Aspekte einer Person in ihrem jeweiligen Umfeld, die weit über den biomedizinischen Ansatz hinausgeht.

Funktionsfähigkeit

Der wichtigste Grundbegriff der ICF ist die Funktionsfähigkeit. Funktionsfähigkeit kann so verstanden werden, dass eine Person trotz einer Erkrankung → über ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) verfügt und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),

⁴ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: 2005. Online: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>, Abrufdatum: 21.08.2018.

- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinne der ICD) 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 Funktionsfähigkeit 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 einbezogen.

Körperfunktionen und -strukturen

Körperfunktionen und -strukturen beschreiben die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers. Schädigungen sind hierbei Beeinträchtigungen von Körperfunktionen und -strukturen. Psychische Störungen werden in der ICF ebenfalls auf der Ebene der Körperfunktionen eingeordnet.

Aktivitäten und Teilhabe

Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen. Unter Teilhabe versteht man das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Aktivitäten und Teilhabe beziehen sich auf Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche wie Bildung, Arbeit oder wirtschaftliches Leben sowie Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

Auf der Ebene der Aktivitäten werden mögliche Aufgaben oder Handlungen des Individuums beschrieben, deren Durchführung von der Integrität spezifischer Körperfunktionen und -strukturen unter Berücksichtigung hemmender oder fördernder Kontextfaktoren abhängt. Dabei können die Aktivitäten sowohl unter dem Aspekt der Leistung unter den gegenwärtigen Alltagsbedingungen (einschließlich tatsächlicher Förderfaktoren und Barrieren, „performance“) als auch im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit – also des maximalen Leistungsvermögens unter Ideal- oder Standard- bzw. Testbedingungen, „capacity“ – betrachtet werden.

Kontextfaktoren

Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren) stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie können sich positiv auf die Teilhabe an Lebensbereichen (Förderfaktoren, z. B. soziale Unterstützung, „gebraucht zu werden“, Leistungsbereitschaft der Person, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, günstige Beschaffenheit des Arbeitsplatzes, Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens oder Unterstützung durch Hilfspersonen, Verbände und Vereine wie Selbsthilfegruppen) oder negativ (Barrieren, z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze, mangelnde Motivation der Person, hohe psychische Belastung, ungünstige Arbeitsorganisation) auswirken. Individuelle und gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Leistungsfähigkeit sind als Kontextfaktoren ebenfalls von Bedeutung.

Kontextfaktoren können die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben grundsätzlich unterschiedlich beeinflussen. Bei der sozialmedizinischen Beurteilung dürfen allerdings nur diejenigen Kontextfaktoren berücksichtigt werden, die

mit dem Gesundheitsproblem in Zusammenhang stehen. Umweltfaktoren, die sich auf die konkreten Arbeitsbedingungen beziehen, sind Arbeitsplatzbedingungen und -anforderungen wie beispielsweise Schicht- oder Akkordarbeit, Tätigkeiten mit besonderer körperlicher oder psychomentaler Belastung bzw. hoher Verantwortung. Der Gutachter muss dabei immer prüfen, welche der im Einzelfall wirksamen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren einen Bezug zum Gesundheitsproblem aufweisen. Persönliche Wünsche, berufliche Neigungen, Arbeitslosigkeit oder finanzielle Vorstellungen dürfen bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aber keine Rolle spielen.

Das bio-psycho-soziale Modell sowie das Begriffssystem der ICF haben ihren Niederschlag im Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (SGB IX) gefunden. Die Implementierung der ICF in die sozialmedizinische Praxis erfordert jedoch eine weitere Differenzierung und Operationalisierung sowie eine Abstimmung im Expertenkreis. Die Kodierung der einzelnen Aspekte der Funktionsfähigkeit eines/einer Versicherten mittels der ICF-Klassifikation im Alltag der Rehabilitation wird von Seiten der Rentenversicherung nicht erwartet.

2.5 Rehabilitationsträger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In § 6 SGB IX werden die Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Recht des jeweiligen Rehabilitationsträgers und berücksichtigt dabei Kriterien wie z. B. den Umfang von Versicherungszeiten (z. B. zur gesetzlichen Rentenversicherung) oder der Ursache der Behinderung (z. B. Arbeitsunfall). Alle Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

Die **gesetzliche Rentenversicherung** ist – neben der Bundesagentur für Arbeit – der zweite große Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die **gesetzliche Unfallversicherung** erbringt nach dem SGB VII Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn der Versicherungsfall aufgrund von Arbeits-/Wegeunfällen oder einer Berufskrankheit eingetreten ist.

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 5.9).

Zu den originären Aufgaben der **Jobcenter** gehört die Beratung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Sinne des SGB II und ihre Vermittlung in Ausbildung und Arbeit. Das gilt grundsätzlich auch dann, wenn zu nicht bedarfsdeckendem Einkommen aus Erwerbstätigkeit ergänzendes Arbeitslosengeld II geleistet wird. Einzige Ausnahme bilden erwerbsfähige Leistungsberechtigte im Sinne des SGB II, die einen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Teilarbeitslosengeld haben (Arbeitslosengeld-Aufstocker), für die die Agenturen für Arbeit verantwortlich sind. Jobcenter sind keine Rehabilitationsträger, führen jedoch in Abstimmung mit der Bundesagentur für Arbeit im Rahmen des § 6 Abs. 3 SGB IX auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus, soweit kein anderer Träger zuständig ist.

Die **Träger der Eingliederungshilfe** erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachrangig zu anderen Sozialleistungsträgern. Die Leistungen

werden in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Bedürftigkeit der Betroffenen erbracht.

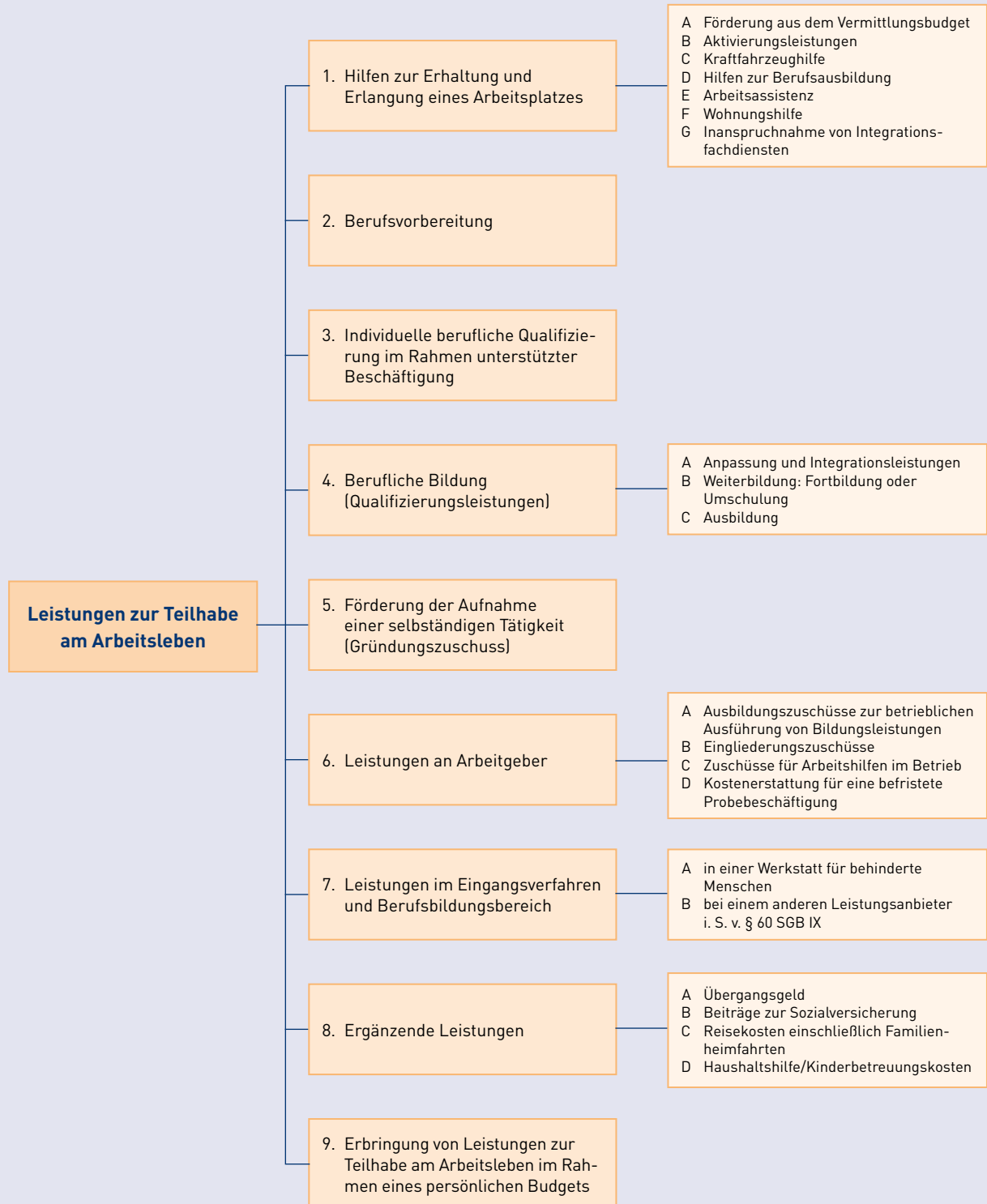
Die **Träger der Kriegsopferversorgung** und der Kriegsopferversorgung erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden.

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

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 §§ 49 ff SGB IX aufgeführt (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Übersicht über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die von der Deutschen Rentenversicherung erbracht werden



3.1 Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes

Diese Leistungen nach § 49 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. Hierzu gehören auch Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuches „Arbeitsförderung“ (SGB III), wie die Förderung aus einem Vermittlungsbudget (analog § 44 SGB III), Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (analog § 45 SGB III) sowie die Probebeschäftigung und Arbeitshilfe für Menschen mit Behinderungen (analog § 46 SGB III).

3.1.1 Förderung aus dem Vermittlungsbudget

Die aus dem Vermittlungsbudget analog § 44 SGB III von der Rentenversicherung geförderten Leistungen sollen den Eingliederungsprozess ins Arbeitsleben unterstützen. Hierzu gehören Geldleistungen z. B. für Bewerbungskosten oder Mobilitätshilfen.

3.1.1.1 Bewerbungskosten

Zu den Bewerbungskosten gehören die Aufwendungen für die Erstellung und Versendung von Bewerbungsunterlagen sowie für Fahrten zu Vorstellungsgesprächen im Rahmen einer Arbeitsplatzsuche. Eine Förderung kann jedoch nur im unmittelbaren Zusammenhang mit der Suche eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung des zuvor festgestellten gesundheitlichen Leistungsvermögens erfolgen.

3.1.1.2 Mobilitätshilfen

Mit einer Mobilitätshilfe kann die Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses auf verschiedene Art und Weise gefördert werden. Die Leistungsgewährung setzt jedoch voraus, dass sie für die Aufnahme der Beschäftigung erforderlich ist. So kann z. B. mit einer **Übergangsbeihilfe** der Lebensunterhalt bis zur ersten Lohn- oder Gehaltszahlung in Form eines Darlehens überbrückt werden. Entstehen Kosten für das tägliche Pendeln zwischen Wohnung und auswärtiger Arbeitsstelle, ist die Zahlung einer **Fahrkostenbeihilfe** möglich. Sofern durch die Aufnahme einer neuen Arbeitsstelle vorübergehend eine doppelte Haushaltsführung erforderlich ist, kann die daraus resultierende finanzielle Mehrbelastung durch eine **Trennungskostenbeihilfe** aufgefangen werden. Auch der Umzug kann durch eine **Umzugskostenbeihilfe** gefördert werden, wenn der Wohnungswechsel berufsbedingt erforderlich ist.

3.1.2 Aktivierungsleistungen

Aktivierungsleistungen der Rentenversicherung sind – analog § 45 SGB III – Leistungen, die der beruflichen Eingliederung dienen. Hierzu gehören insbesondere Trainingsleistungen oder die Unterstützung der Vermittlung in eine versicherungspflichtige Beschäftigung durch externe Leistungsanbieter.

3.1.2.1 Trainingsleistungen

Unter Trainingsleistungen 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 Trainingsleistungen, 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 Reintegrationsleistungen dar.

3.1.2.2 Leistungen zur Beratung und Vermittlung

Aktivierungsleistungen umfassen 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 umfasst Informationen und Empfehlungen

- 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.

Die Vermittlung zielt auf konkrete Handlungen, die darauf ausgerichtet 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. Im Rahmen der Vermittlung erfolgt auch die Akquisition von Betrieben und Unternehmen, die im Rahmen einer betrieblichen Aus- bzw. Weiterbildung in Frage kommen. Für die Vermittlung können in besonderen Fällen auch externe Dienstleister in Anspruch genommen werden. Ein Anspruch auf einen Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein entsprechend § 45 Abs. 7 SGB III besteht jedoch gegenüber der Rentenversicherung nicht.

3.1.3 Kraftfahrzeughilfe

Kraftfahrzeughilfen nach § 49 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 Mensch mit Behinderungen 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. Kraftfahrzeughilfen können darüber hinaus nicht bei geringfügigen Beschäftigungen oder geringfügigen selbständigen Tätigkeiten geleistet werden. Der Mensch mit Behinderungen muss zudem selbst ein Fahrzeug führen können oder gewährleisten, dass eine Vertrauensperson das Kraftfahrzeug für ihn fährt.

3.1.3.1 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 Mensch mit Behinderungen frei. Im Hinblick auf Art, Größe und Ausstattung soll es jedoch angemessen, zweckmäßig und behin-

dertengerecht sein. Der Zuschuss zu den Beschaffungskosten von Neu- oder Gebrauchtwagen ist in der Regel begrenzt.

3.1.3.2 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,
- zusätzliche Außenspiegel sowie
- Ein- und Ausstieghilfen (Rollstuhllift u. a.).

3.1.3.3 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 Menschen mit Behinderungen 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.

3.1.3.4 Beförderungskosten

Zuschüsse zu Beförderungskosten kommen in Betracht, wenn es Menschen mit Behinderungen wegen Art und Schwere der Erkrankung unmöglich ist, ein Fahrzeug zu führen und auch 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 Leistungsberechtigten 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).

3.1.4 Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen

Hilfsmittel zur Berufsausübung nach § 49 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 primär nicht die Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und -Strukturen 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 gefördert, wenn eine entsprechende Ausstattung des oder der Leistungs-

berechtigten 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, kann z. B. ein individuell erforderlicher orthopädischer Fußschutz gehören.

Zusätzlich können nach § 49 Abs. 8 Nr. 5 SGB IX auch technische Arbeitshilfen zur Berufsausübung gefördert werden. Sie werden von den Rehabilitationsträgern erbracht, wenn sie aus sozialmedizinischer Sicht zwingend erforderlich sind, um eine Beschäftigung fortzusetzen oder einen neuen Arbeitsplatz einzunehmen.

3.1.5 Arbeitsassistenz

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen nach § 49 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 Menschen mit Behinderungen nach deren Anweisung bei der von ihnen zu erbringenden Arbeitsleistung durch Erledigung von Hilfstätigkeiten. Die Menschen mit Behinderungen 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.

3.1.6 Wohnungshilfe

Wohnungshilfen nach § 49 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).

Leistungen, die für eine persönliche Lebensführung auch ohne Arbeitsbezug erforderlich sind oder vornehmlich einer Verbesserung der persönlichen Lebensqualität dienen, können in diesem Kontext nicht gefördert werden. Davon sind generell alle Veränderungsprozesse innerhalb des persönlichen Wohnbereiches erfasst.

3.1.7 Inanspruchnahme von Integrationsfachdiensten

Integrationsfachdienste können im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 193 SGB IX) nach § 49 Abs. 6 Nr. 9 SGB IX als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen werden (siehe Kapitel 4.10).

3.2 Berufsvorbereitung

Die Durchführung beruflicher Bildungsleistungen nach § 49 Abs. 3 Nr. 4 und 5 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 zu beheben, um eine erfolgreiche Durchführung beruflicher Bildungsleistungen (vgl. 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.

3.3 Individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung

Durch die individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) im Rahmen Unterstützter Beschäftigung nach § 49 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX i. V. m. § 55 Abs. 2 SGB IX sollen Menschen mit Behinderungen 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 zu Leistungen im Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich oder Arbeitsbereich angeboten werden soll. In geeigneten Fällen kann die individuelle betriebliche Qualifizierung auch bei erwachsenen Menschen als Alternative zu Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich (vgl. Kapitel 3.7) 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 die Vermittlung berufsübergreifender Lerninhalte und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit des Menschen mit Behinderungen. 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 im Berufsbildungsbereich einer WfbM angerechnet, wobei die Zeit der InbeQ und im Berufsbildungsbereich der WfbM insgesamt nicht mehr als 36 Monate betragen darf (§ 57 Abs. 4 SGB IX).

Für eine im Anschluss an die InbeQ erforderliche Berufsbegleitung ist das dafür zuständige Integrationsamt frühzeitig zu beteiligen. Die Leistung einer Berufsbegleitung nach § 55 Abs. 3 SGB IX ist keine Leistung zur Teilhabe

am Arbeitsleben i. S. des § 49 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 (Qualifizierungsleistungen)

Berufliche Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung sind Leistungen der beruflichen Qualifizierung nach § 49 Abs. 3 Nr. 4 und 5 SGB IX. Sie umfassen den Erwerb von Kenntnissen, das Ausbilden von Fähigkeiten und das Erlernen von Fertigkeiten bis zu einer bestimmten Qualifikation. Sie können auch eingesetzt werden, wenn damit ein beruflicher Aufstieg verbunden ist.

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

Die Qualifizierungsleistungen können z. B. in Berufsförderungswerken, bei privaten Bildungsträgern, staatlichen Fachschulen oder in Betrieben (vgl. Kapitel 4) durchgeführt werden. Die Leistungen der beruflichen Bildung werden in der Regel in Vollzeit erbracht. Unter bestimmten (behinderungsbedingten oder familiären) Voraussetzungen können sie auch in Teilzeit durchgeführt werden. Die Leistung kann dabei auch berufsbegleitend oder wie Fernunterricht durch den Einsatz von Tele-Learning und Multimediainstrumenten ergänzt werden.

Eine Durchführung als Fernunterricht ist z. B. möglich, wenn das Rehabilitationsziel durch Nahunterricht nicht zu erreichen ist, weil die Teilnahme an einer Leistung der beruflichen Bildung aus behinderungsbedingten Gründen nicht zweckmäßig, zumutbar oder geeignet ist.

Soweit das Konzept der o. g. Bildungsträger Praktika vorsieht, sind sie Bestandteil der Qualifizierungsleistung (§ 49 Abs. 5 SGB IX).

3.4.1 Anpassung und Integrationsleistungen

Mit diesen Leistungen nach § 49 Abs. 3 Nr. 4 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 Integrationsleistungen 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 Leistung 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 § 49 Abs. 3 Nr. 4 SGB IX wird unterschieden zwischen Fortbildung und Umschulung.

3.4.2.1 Fortbildung

Eine berufliche Fortbildung im Sinne von § 1 Abs. 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) soll es ermöglichen, die berufliche Handlungsfähigkeit zu erhalten und anzupassen oder zu erweitern und beruflich aufzusteigen. Die Fortbildung setzt eine abgeschlossene Berufsausbildung oder zumindest eine langjährige berufliche Tätigkeit voraus, um die vorhandenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erweitern.

3.4.2.2 Umschulung

Eine berufliche Umschulung im Sinne von § 1 Abs. 5 BBiG soll zu einer anderen geeigneten beruflichen Tätigkeit befähigen. Umschulungen setzen daher eine wesentliche Änderung der Tätigkeitsmerkmale im Vergleich zur bisherigen Arbeit voraus, unabhängig davon, ob diese erlernt worden ist. Sie sollten mit einer Qualifikation (z. B. Prüfung vor der Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer) abgeschlossen werden.

3.4.3 Ausbildung

Die berufliche (Erst-) Ausbildung im Sinne von § 1 Abs. 3 BBiG schließt sich üblicherweise an die Schulbildung an. Eine weitere Ausbildung ist möglich, wenn zwischen der ersten und der zweiten Ausbildung keine erhebliche berufliche Tätigkeit aufgenommen worden ist und kann nach § 49 Abs. 3 Nr. 5 SGB IX gefördert werden. Entsprechend ist jede weitere Leistung zur beruflichen Bildung entweder eine berufliche Anpassung oder Weiterbildung.

Die Ausbildung umfasst alle Leistungen, 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)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nach § 49 Abs. 3 Nr. 6 SGB IX durch die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit erbracht werden. Die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit wird von der Rentenversicherung dabei grundsätzlich analog der Regelungen nach §§ 93, 94 SGB III durch einen Gründungszuschuss gefördert. Voraussetzungen sind, dass

- die selbständige Tätigkeit hauptberuflich ausgeübt und
- damit Arbeitslosigkeit beendet wird 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 sechs Monaten in Höhe des zuletzt bezogenen Arbeitslosengeldes erbracht, zuzüglich eines monatlichen Pauschalbetrages. Der monatliche Pauschalbetrag kann in einer zweiten Phase für weitere neun Monate geleistet werden, wenn die Geschäftstätigkeit nachgewiesen wird. Als unterhaltssichernde Leistung ist der Gründungszuschuss eine laufende Geldleistung, die monatlich gezahlt wird.

3.6 Leistungen an Arbeitgeber

Das Leistungsspektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfasst nach § 50 SGB IX auch Leistungen an Arbeitgeber. Diese sollen die Bereitschaft der Arbeitgeber unterstützen, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen wieder ins Arbeitsleben einzugliedern. Auch diese Leistungen müssen von den Versicherten beantragt werden. Der Arbeitgeber ist zwar Empfänger der Leistung, die für den Versicherten gewährt wird, hat aber kein eigenes Antragsrecht.

3.6.1 Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen

Ausbildungszuschüsse nach § 50 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. Die Höhe der Zuschüsse richtet sich dabei nach Art und Schwere der Behinderung und dem Mehraufwand bei der Unterweisung der Rehabilitanden. Sie können für die gesamte Dauer der betrieblichen Bildungsleistung erbracht werden und sollen die von den Arbeitgebern im letzten Ausbildungsjahr zu zahlenden monatlichen Ausbildungsvergütungen nicht übersteigen.

3.6.2 Eingliederungszuschüsse

Eingliederungszuschüsse nach § 50 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX 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 § 50 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 Auffahrrampen, 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 § 50 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX von der gesetzlichen Rentenversicherung 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 Monate lang 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. §§ 56ff. 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 4.7).

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. Leistungen im Arbeitsbereich oder ein Budget für Arbeit können von der gesetzlichen Rentenversicherung hingegen nicht erbracht werden. Hierfür sind in der Regel die Träger der Eingliederungshilfe zuständig (§ 63 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX).

Die Leistungen können ganz oder teilweise auch bei anderen Leistungsanbietern im Sinne von § 60 SGB IX durchgeführt werden (vgl. Kapitel 4.8).

3.7.1 Eingangsverfahren

Im Eingangsverfahren (§ 57 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 Aufgabenteilung des Eingangsverfahrens umfasst darüber hinaus auch die Erstellung eines Eingliederungsplans. Dieser beschreibt die Ziele der Leistungen zur Teilhabe, bestimmt die Leistungen 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 (§ 57 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 Menschen mit Behinderungen mit der Tätigkeit im Umgang mit den Werkstoffen vertraut zu machen. 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

(Umgang mit Maschinen) sowie das Arbeitsverhalten weiter zu verbessern und schließlich den geeigneten Spezialbereich des in Frage kommenden Arbeitsfeldes für den Werkstattbeschäftigten herauszufinden.

3.8 Ergänzende Leistungen

Im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten Menschen mit Behinderungen nach § 64 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 § 64 Absatz 1 Nummer 1 SGB IX hat Entgeltersatzfunktion und gewährleistet bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie in bestimmten Fällen zwischen und nach diesen Leistungen die wirtschaftliche Versorgung des Versicherten und seiner Familie. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben begründen regelmäßig einen Anspruch auf Übergangsgeld. Jedoch besteht beispielsweise kein Anspruch auf Übergangsgeld bei Leistungen in Form von Hilfen zur Erlangung oder Erhaltung eines Arbeitsplatzes und bei Kraftfahrzeughilfen einschließlich des Führerscheinerwerbs. Die Höhe des Übergangsgeldes richtet sich nach den letzten Arbeitseinkünften oder der beruflichen Qualifikation sowie 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 § 64 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX vom Träger der gesetzlichen Rentenversicherung grundsätzlich in voller Höhe übernommen. Eine Ausnahme gilt für den Beitragszuschlag für Kinderlose in der Pflegeversicherung.

3.8.3 Reisekosten einschließlich Familienheimfahrten

Nach § 28 SGB VI in Verbindung mit §§ 64 Abs. 1 Nr. 5 und 73 SGB IX werden als Reisekosten die erforderlichen Fahrkosten, Verpflegungskosten und Übernachtungskosten übernommen, die im Zusammenhang mit der Ausführung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben stehen. Grundsätzlich werden die Kosten der Hinfahrt und Rückfahrt zwischen dem Wohnort und dem Ausbildungsort übernommen. Reisekosten können auch für eine Begleitperson übernommen werden, wenn Versicherte wegen einer Behinderung (z. B. Erblindung) nicht allein in der Lage sind, von ihrem Wohnort zu der Ausbildungsstätte zu fahren. Diese Kosten schließen den Verdienstaufschlag der Begleitperson für die Zeit der Begleitung ein.

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.

Die Kosten für den Gepäcktransport anlässlich der Hinreise und Rückreise werden für zwei Gepäckstücke erstattet. Das gilt jedoch nicht bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges und bei Familienheimfahrten. Bei Abwesenheit vom Wohnort / Aufenthaltsort von mehr als 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 bzw. die notwendigen Übernachtungskosten.

3.8.4 Haushaltshilfe/Kinderbetreuungskosten

Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 28 SGB VI in Verbindung mit §§ 64 Abs. 1 Nr. 6 und 74 Abs. 1 bis 3 SGB IX können ergänzend zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

Haushaltshilfe wird erbracht, wenn dem Versicherten wegen der Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Voraussetzung ist dabei ferner, dass eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht oder nur teilweise (zum Beispiel an den Wochenenden, am Feierabend) weiterführen kann und im Haushalt ein Kind lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe noch nicht zwölf Jahre alt ist oder eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist.

Die Haushaltshilfe umfasst dabei alle Tätigkeiten, die zum Führen eines Haushalts gehören (zum Beispiel Kinderbetreuung, Essenszubereitung, Wohnungsreinigung, Kleiderpflege). Der Umfang der Leistung richtet sich nach dem individuellen, tatsächlichen Hilfebedarf.

Kinderbetreuungskosten können für Kinder des Versicherten, die noch nicht 18 Jahre alt sind, übernommen werden, wenn sie durch die Teilnahme einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben unvermeidbar entstehen. Leistungen der Kinderbetreuung können für dasselbe Kind nicht neben Haushaltshilfe erbracht werden.

3.9 Persönliches Budget

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden auf Antrag auch in der Form eines Persönlichen Budgets (vgl. § 29 SGB IX) ausgeführt. Hierbei handelt es sich um eine besondere Form der Leistungserbringung, nicht um eine zusätzliche Leistung.

Persönliche Budgets, die auch trägerübergreifend ausgestaltet werden können, sollen vor allem den Bedürfnissen der Menschen mit Behinderungen Rechnung tragen und deren Recht auf möglichst selbstbestimmte Teilhabe stärken. 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“. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat dazu die Handlungsempfehlungen „Trägerübergreifende Aspekte bei der Ausführung von Leistungen durch ein persönliches Budget“ im Jahr 2009 erarbeitet.

4 Leistungsanbieter

Bildungs- und Qualifizierungsleistungen (vgl. Kapitel 3.4) können in überbetrieblichen Bildungseinrichtungen (z. B. private Bildungsträger, Fachschulen) oder in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke oder vergleichbare Einrichtungen) durchgeführt werden. Die Einrichtungen bieten ein unterschiedliches Angebot, z. B. an begleitenden Hilfen im Sinne von § 49 Abs. 6 SGB IX oder eine Internatsunterbringung an, was bei der Auswahl der Einrichtung (vgl. Kapitel 5.7) zu berücksichtigen ist.

Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke und vergleichbare Einrichtungen gemäß § 51 SGB IX müssen

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. Leistungen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, insbesondere zu angemessenen Vergütungssätzen, ausführen.

Die Anforderungen an Einrichtungen nach § 51 SGB IX wurden auf Ebene der BAR in der Gemeinsamen Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ konkretisiert.

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.

Die Einrichtungen der beruflichen Bildung unterstützen die Rehabilitanden regelmäßig auch noch im Anschluss an die Qualifikation bei der Arbeitssuche.

4.1 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, Bildungsleistungen für Erwachsene mit körperlichen oder psychischen Behinderungen durchzuführen. Hierin unterscheiden sie sich von den anderen freien Einrichtungen der beruflichen Bildung (Akademien, Bildungszentren, Fachschulen etc.).

Zu den Angeboten der Berufsförderungswerke gehören sowohl berufsbezogene Bildungsleistungen als auch die darauf vorbereitenden Leistungen. Die Angebotsstruktur der Berufsförderungswerke ist vor allen Dingen geprägt durch Leistungen 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 staatlich 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.

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.

4.2 Berufsbildungswerke (BBW)

Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung junger Menschen mit Behinderungen, die nur in einer auf ihre Behinderungsart eingestellten Ausbildungsorganisation einen entsprechenden Abschluss erlangen 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 Jugendlicher mit Behinderungen 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.

4.3 Freie Bildungsträger

Neben den speziellen, auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingehenden beruflichen Rehabilitationseinrichtungen gibt es eine Vielzahl sonstiger Einrichtungen zur beruflichen Bildung. Dabei handelt es sich z. B. um Akademien, Bildungszentren, Fachhochschulen, Fachschulen, Technikerschulen. 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 von den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX insbesondere darin, dass sie keine umfassenden rehabilitativen Fachdienste bereithalten. Ihre Angebote richten sich nicht speziell an Menschen mit Behinderungen, sondern an sämtliche Personenkreise, die Bildungsleistungen in Anspruch nehmen möchten.

4.4 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 Trainingsleistungen zum Einsatz. Mit ihrem Gesamtkonzept schließen sie insbesondere für Menschen mit psychischen

Behinderungen eine Lücke im Angebot der sonstigen beruflichen Rehabilitationsleistungen. Sie kooperieren mit den ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Diensten und Einrichtungen sowie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet.

4.5 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 eine Förderung in besonders differenzierten und spezialisierten Strukturen verlangen. Diese Rehabilitanden werden 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 Phase II-Einrichtungen auf eine berufliche Qualifizierungsleistung oder auf eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (siehe Kapitel 4.7) 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.

4.6 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 einen angemessenen Umgang mit ihrer Erkrankung entwickeln, Lebens- und Berufsperspektiven erarbeiten und soziale Kompetenz ausbauen.

Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich psychosozialer Betreuung werden auch bestimmte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeboten, und zwar funktional zusammenwirkend und aufeinander abgestimmt: Soweit erforderlich, geschieht dies durch Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung sowie Hinführung zu beruflichen Leistungen, 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 der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) festgelegt.

4.7 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 Menschen mit Behinderungen 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 § 225 SGB IX und § 219 SGB IX in Verbindung mit der Werkstätten-Verordnung gesetzlich geregelt. Anerkannte Werkstätten gliedern sich in Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich und Arbeitsbereich.

4.8 Andere Leistungsanbieter

Leistungen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen durchgeführt werden (vgl. Kapitel 3.7), können auch bei anderen Leistungsanbietern im Sinne von § 60 SGB IX durchgeführt werden. Für diese Leistungsanbieter gelten grundsätzlich dieselben Vorschriften wie für Werkstätten für behinderte Menschen, soweit in § 60 Abs. 2 SGB IX keine Ausnahmen vorgesehen sind. Andere Leistungsanbieter bedürfen danach insbesondere keiner förmlichen Anerkennung durch die Bundesagentur für Arbeit nach § 225 SGB IX. Es besteht weder eine Aufnahmeverpflichtung noch müssen sie eine gesetzliche Mindestgröße aufweisen. Sie können ihr Leistungsangebot auch auf Teile der Leistungen, die in Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden, beschränken. Auf Wunsch des Menschen mit Behinderungen können die Leistungen auch von verschiedenen Leistungsanbietern sowie zusammen mit Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden. Es besteht allerdings keine Verpflichtung der Rentenversicherung, den Versicherten einen anderen Leistungsanbieter im Sinne von § 60 SGB IX nachzuweisen.

4.9 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 Rehabili-

tation 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 ein gutes Bild machen und 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.

4.10 Integrationsfachdienste (IFD)

Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen und Menschen mit Behinderungen beteiligt werden. Begriff, Aufgaben, Beauftragung der Integrationsfachdienste durch Integrationsämter oder Rehabilitationsträger sowie Finanzierung durch die Auftraggeber sind in §§ 192ff SGB IX geregelt und in einer gemeinsamen Empfehlung auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) konkretisiert.

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.

5 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). Die nachfolgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Zugangswege zu den Leistungen der Rentenversicherung und verdeutlicht die Verfahrensschritte.

Abbildung 3: Zugangswege und Verfahrensschritte zu den Leistungen der Rentenversicherung



Für Versicherte, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar beantragen wollen, stehen die Auskunfts- und Beratungsstellen oder weitere Dienststellen der Rentenversicherung zur Verfügung.

Ein Teil der Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird von Versicherten bei der Bundesagentur für Arbeit oder den Jobcentern gestellt und zuständigkeithalber an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung weitergeleitet.

Für eine weitere Versichertengruppe ergibt sich der Leistungsanspruch aus der medizinischen Rehabilitation. Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger und geeigneter Ort, in dem berufliche Problemlagen diagnostiziert und bearbeitet werden können. Zugleich kann mit dem Rehabilitanden weiterer berufsbezogener Unterstützungsbedarf im Anschluss an die medizinische Rehabilitation (z. B. weitere Beratung durch die Rentenversi-

derung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) geklärt und organisatorisch vorbereitet werden. Seit 2012 hat die gesetzliche Rentenversicherung die Ausrichtung der medizinischen Rehabilitation auf berufsbezogenen Problemlagen durch Konzepte der Medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR⁵) erweitert und damit die Kontinuität der Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung verbessert.

Ein anderer, 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 (BEM) erfolgen.

Auch andere öffentliche Stellen, wie die gesetzlichen Krankenkassen oder Versicherungsämter, nehmen Anträge entgegen und sind bei der Antragstellung behilflich.

Die Antragsunterlagen können über das Internet (<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>) aus dem Formularcenter der Deutschen Rentenversicherung unter dem Stichwort Rehabilitation heruntergeladen werden.

5.1 Bedarfserkennung

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

Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger Instrumente gemäß § 13 SGB IX, die den gemeinsam vereinbarten Grundsätzen nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 SGB IX entsprechen. Die Instrumente erfassen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe des/der Leistungsberechtigten hat, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und welche Leistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

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) 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-Berater/Reha-Fachberatern zugeht. Mit diesen Informationen werden die Versicherten auch mit Blick auf die Gegebenheiten des örtlichen Arbeitsmarktes beraten.

⁵ Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR).
Online: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207024/publicationFile/50641/mbor_datei.pdf, Abrufdatum: 21.08.2018.

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 Vermittlungsgrundbescheid über Leistungen an Arbeitgeber finanzielle Anreize geschaffen werden, den Versicherten 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.

5.2 Diagnostik (Screening und Assessment)

Screening-Verfahren 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.

5.3 Aufgaben der Reha-Berater/Reha-Fachberater

Die Reha-(Fach)Beratung der Rentenversicherung ist auf die Erhaltung und Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe ausgerichtet und wendet sich an die Versicherten, deren berufliche Teilhabe gefährdet oder bereits eingeschränkt ist.

Kernelemente des Teilhabemanagements sind die an den Bedarfen der Versicherten orientierte Beratung, Planung, Leistungsauswahl, Koordination und Begleitung des Rehabilitationsprozesses. Reha-Berater/Reha-Fachberater stimmen die Bedarfe und Leistungen der am Integrationsprozess beteiligten Rehabilitanden, Leistungsträger, Leistungserbringer und Betriebe aufeinander ab. Zu den Kernkompetenzen der Reha-Berater/Reha-Fachberater gehören umfassende leistungsrechtliche und berufskundliche Kenntnisse und Beratungskompetenzen. Sie müssen in der Lage sein, sozialmedizinische Problemstellungen der Versicherten einzuordnen und einen Überblick über den regionalen und den überregionalen Arbeitsmarkt besitzen, damit sie die berufliche Eingliederung erfolgreich unterstützen können. Reha-Berater/Reha-Fachberater können in der Regel über bestimmte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unmittelbar vor Ort entscheiden.

Zunehmend bieten die Fachberatungsdienste der Rentenversicherung ein Fallmanagement zur Unterstützung von Versicherten mit besonderen oder mehrfachen sozialen, gesundheitlichen oder beruflichen Problemlagen an, bei denen besonders herkömmliche Verfahren und Leistungen zur Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe nicht ausreichen. Im Mittelpunkt des Fallmanagements steht eine adressaten-orientierte Vorgehensweise, die auf fördernde und hemmende person- und umweltbezogene Kontextfaktoren eingeht. Um das Teilhabeziel zu erreichen, wird im Fallmanagement mit verschiedensten Akteuren im Kontext der beruflichen (Wieder-)Eingliederung zusammengearbeitet. Zentral ist neben der Einbindung in ein funktionierendes Netzwerk auch die organisatorische Verankerung des Fallmanagements. Die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen und die Vernetzung mit anderen Akteuren sind Aufgabe der Rentenversicherungsträger.

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. Für die Rehabilitationseinrichtungen besteht die Möglichkeit, Reha-Berater/Reha-Fachberater direkt über festgestellte Bedarfe hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu informieren und/oder eine weitergehende Beratung der Rehabilitanden durch die Reha-(Fach)Beratung in unmittelbarem Anschluss an eine medizinische Rehabilitation einzuleiten. Reha-Berater/Reha-Fachberater können die medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Form von Beratungstagen und Kontakten zu den Sozialdiensten unterstützen. Zu den Aufgaben der Reha-Berater/Reha-Fachberater gehören insbesondere

- Bedarfsklärung,
- Beratung des bzw. der Versicherten und ggf. des Arbeitgebers,
- Auswahl einer geeigneten Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- Erstellung des Teilhabeplans (§ 20 SGB IX),
- Begleitung des Rehabilitations- und Integrationsprozesses und
- Unterstützung bei der Beantragung weiterer notwendiger Sozialleistungen.

Zugang zu ihrem wohnortnahen Reha-Berater/Reha-Fachberater erhalten die Versicherten über die Rentenversicherungsträger, von jeder Auskunfts- und Beratungsstelle oder über die Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (<http://www.deutsche-rentenversicherung.de>).

Arbeitgeber können sich an Reha-Berater/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.

5.4 Ansprechstellen der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen (§ 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX), die durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten Informationsangeboten die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs unterstützen sollen. Die Informationsangebote umfassen folgende thematische Bereiche:

- Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe
- die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget
- das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
- Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32 SGB IX.

Die Ansprechstellen geben (möglichst) trägerübergreifende Information und Auskunft an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger. Ihre Aufgabe ist nicht die einzelfallbezogene Beratung.

5.5 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Neben dem Anspruch auf Beratung durch die Rehabilitationsträger steht den Betroffenen nach § 32 SGB IX eine ergänzende, von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige, Teilhabeberatung im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung (z. B. durch Peer Counseling). Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung erfüllt so eine Wegweiserfunktion bei der Teilhabeplanung (<http://www.teilhabeberatung.de>).

5.6 Auswahl der Leistung

Bei der Auswahl der Leistung werden gemäß § 49 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 Qualifizierungsleistungen berücksichtigt werden. Danach erstellen die zuständigen Reha-Berater/Reha-Fachberater den weiteren Rehabilitationsplan und begleiten die Qualifizierung und berufliche Wiedereingliederung.

Bei der Entscheidung über die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe, aber auch bei deren Ausführung wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen (§ 8 SGB IX). Berücksichtigt werden insbesondere die persönliche Lebenssituation, das Alter und das Geschlecht, die Familie, religiöse und weltanschauliche Bedürfnisse sowie besondere Bedarfssituationen von Müttern und Vätern mit Behinderungen.

Die Auswahl der im Einzelfall zielführenden Leistung ist eine zentrale Herausforderung. Es wird nicht nur auf individuelle Problemlagen eingegangen, sondern stets abgewogen, ob eine berufliche Integration besser durch eine punktuelle, tendenziell kurze Leistung erreicht werden kann, oder ob eher eine regelrechte Qualifizierung mit breiter angelegter Förderung als solide Grundlage für eine langfristige Integration zielführender ist.

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 (§ 13 Abs. 1 SGB VI).

5.7 Auswahl der Einrichtung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind vielfältig und die in Frage kommenden Einrichtungen entsprechend unterschiedlich. Für berufliche Bildungsleistungen kommen neben einer betrieblichen Ausbildung ebenso Angebote privater Bildungsträger oder staatlicher Fachschulen bis hin zur Weiterbildung in Berufsförderungswerken in Frage (vgl. Kapitel 4).

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 die Leistungen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX durchgeführt, die begleitende Hilfen (insbesondere medizinische, psychologische und soziale Dienste) anbieten. Wenn eine geeignete wohnortnahe Einrichtung nicht verfügbar ist können Versicherte auch in einem Internat, wie sie z. B. in Berufsförderungswerken vorgehalten werden, wohnen.

5.8 Dauer der Leistung

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach § 53 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 das Rehabilitationsziel kann nur über eine länger andauernde Leistung erreicht oder die Eingliederungsaussichten allein hiermit wesentlich verbessert werden. Sofern die übliche Ausbildungszeit eines Berufes länger als drei Jahre dauert, kann die Dauer der Weiterbildung auf 2/3 der üblichen Ausbildungszeit verlängert werden.

5.9 Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist verpflichtet, gemäß § 54 SGB IX auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung zu nehmen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungsberechtigten in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung der medizinischen oder der medizinisch-beruflichen Rehabilitation aufhalten.

Zur Sicherung der Zusammenarbeit wurde hierzu auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die Gemeinsame Empfehlung „Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit“ abgeschlossen, in der die Zielbeschreibung und Verfahren auf eine einheitliche Grundlage gestellt worden sind.

6 Kooperation

6.1 Kooperation der Rehabilitationsträger

Das gegliederte System der sozialen Sicherung, in dem unterschiedliche Rehabilitationsträger 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 Rehabilitationsleistungen sicherzustellen. Mit dem 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.

6.1.1 Regelungen durch das SGB IX

Neben der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen 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 § 25 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.

Bei Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger ist ein Teilhabeplan zu erstellen. Dazu können die beteiligten Rehabilitationsträger mit Zustimmung des Rehabilitanden eine Teilhabeplankonferenz durchführen.

6.1.2 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-Ebene⁶. Bisher sind die folgenden gemeinsamen Empfehlungen⁷ vereinbart worden:

- Gemeinsame Empfehlung zur Qualitätssicherung vom 27. März 2003 (Aktualisierung in 2018),
- Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung vom 1. Mai 2003, überarbeitet vom 28. September 2010,
- Gemeinsame Empfehlung zur Begutachtung vom 22. März 2004,

⁶ 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 von Menschen mit Behinderungen.

⁷ Online: <http://www.bar-frankfurt.de>.

- Gemeinsame Empfehlung zur Förderung der Selbsthilfe vom 22. März 2004, überarbeitet vom 1. Mai 2012 (vgl. Kapitel 6.4),
- Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste in der Fassung vom 1. September 2016,
- Gemeinsame Empfehlung Prävention nach § 3 SGB IX vom Januar 2018,
- Gemeinsame Empfehlung nach § 38a Abs. 6 SGB IX Unterstützte Beschäftigung vom 1. Dezember 2010,
- Gemeinsame Empfehlung Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35 SGB IX vom 23. Februar 2012,
- Gemeinsame Empfehlung Beteiligung der Bundesagentur für Arbeit nach § 38 SGB IX vom 1. September 2013,
- Gemeinsame Empfehlung zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabeplanung und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe (Reha-Prozess) vom 1. August 2014 (Aktualisierung in 2018),
- Gemeinsame Empfehlung Sozialdienste vom 8. November 2005, in der überarbeiteten Fassung vom 1. Oktober 2016.

6.2 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 Sinne 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-Berater/Reha-Fachberater über umfangreiche Kontakte mit den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen sowie regionalen Arbeitgebern verfügen (vgl. Kapitel 5.3).

Herausforderungen aus Demographie (steigende Lebenserwartung und geringe Geburtenraten) und Age Management (Bedürfnisse älterer Mitarbeiter) führen dazu, dass die Rentenversicherung immer enger mit Arbeitgebern, Betrieben, Unternehmen, Werks- und Betriebsärzten, betrieblichen Sozialberatungen und anderen Akteuren zusammenarbeitet, um ihr Ziel des Erhalts der beruflichen Leistungsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit sowie der beruflichen Integration der Versicherten zu erreichen.

6.3 Firmenservice

Im Hinblick auf eine noch stärkere Ausrichtung der Angebote an die Anforderungen der Arbeitswelt hat die Deutsche Rentenversicherung ihre betriebsorientierten Unterstützungsangebote zu einem Firmenservice zusammengefasst. Dabei handelt es sich um ein flächendeckendes und vernetztes Auskunfts- und Beratungsangebot für Arbeitgeber und Unternehmen jedweder Größe. Es werden drei Module der Beratung angeboten: Beratung zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie zur berufsnahen Prävention und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM), Beratung zur Rente und Altersvorsorge unter Einschluss von Fragen der Demo-

graphie sowie Beratung zu Sozialversicherungsbeiträgen und -meldungen. Über den Firmenservice will die Deutsche Rentenversicherung Unternehmen außerdem dabei unterstützen, im gegliederten System den richtigen Ansprechpartner zu finden (Lotsen- und Wegweiserfunktion).

6.4 Selbsthilfe

Die Selbsthilfe hat sich zu einer anerkannten Säule des Gesundheitswesens etabliert. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen unterstützen Menschen mit Behinderung bei der Bewältigung der Folgen ihrer Krankheit. Die Selbsthilfe zeichnet sich insbesondere durch ihre Betroffenenkompetenz aus, die zur Akzeptanz bei den Adressaten führt und niedrigschwellige Beratungs- und Hilfestrukturen für Betroffene und deren Angehörige ermöglicht. Selbsthilfeangebote sind während des gesamten Rehabilitationsprozesses von Bedeutung und tragen zu einer dauerhaften Sicherung des Rehabilitationserfolgs bei.

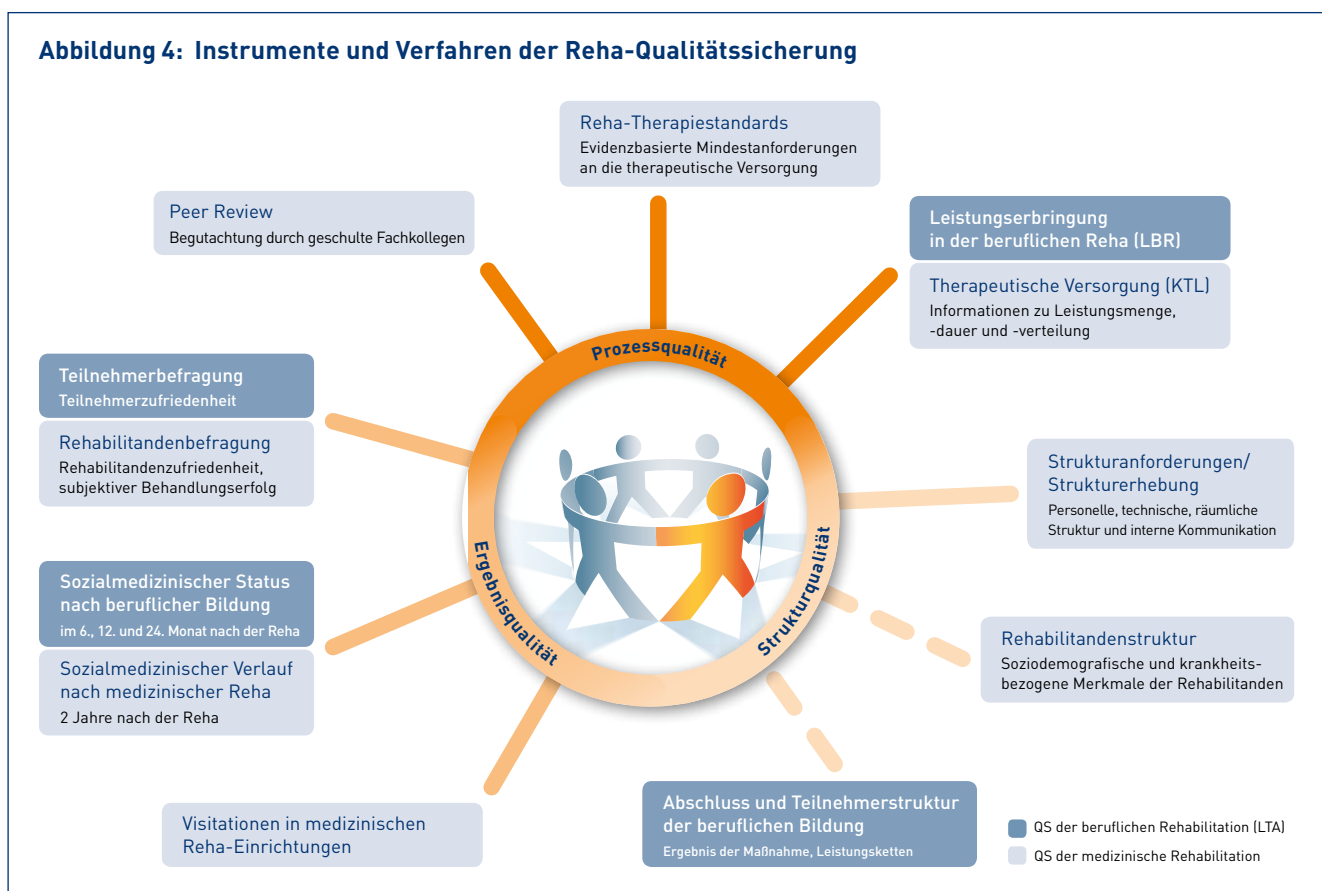
Die Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe steht im Dienst der Selbstbestimmung und Partizipation der Betroffenen. Nach dem SGB IX sind im Rahmen der Rehabilitation sowohl Selbsthilfepotenziale zu aktivieren als auch eine enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe zu pflegen. Rehabilitation und Selbsthilfe haben das gemeinsame Ziel, chronisch Kranke beim eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Beide Seiten dieser Partnerschaft können durch eine verstärkte Zusammenarbeit gewinnen.

Die Rehabilitationsträger fördern Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen (§ 45 SGB IX), die sich die Prävention, Rehabilitation, Früherkennung, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen zum Ziel gesetzt haben.

7 Qualitätssicherung

Seit den 90er Jahren hat die Deutsche Rentenversicherung ein Programm zur Qualitätssicherung (QS) von Rehabilitationsleistungen eingeführt und kontinuierlich weiterentwickelt. Zentrale Aspekte sind die Analyse und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; einen Überblick über Instrumente und Verfahren zeigt Abbildung 4 (vgl. auch Kapitel 7.3).

Dies schließt auch die berufliche Rehabilitation ein: Basierend auf dem Rahmenkonzept des damaligen Verbands deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, 2004⁸) sollen die Qualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie ihre bedarfsgerechte und wirtschaftliche Durchführung stetig verbessert werden.



7.1 Gesetzliche Grundlagen

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet alle Rehabilitationsträger und -einrichtungen zur Qualitätssicherung der Leistungen. Unter anderem ist dazu in § 37 Abs. 1 SGB IX 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 hierfür auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitete gemeinsame Empfehlung (GE) „Qualitätssicherung“ ist seit dem 1. Juli 2003 in Kraft⁹ und wird 2018 aktualisiert. Die Rehabilitationsträger

⁸ Online: <http://www.reha-qs-drv.de> → Qualitätssicherung von LTA.

⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003): Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX (ab 2018: § 37 SGB IX) vom 27. März 2003. Online: <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/>.

können darüber hinausgehende Anforderungen an Qualität und Qualitätsmanagement mit Einrichtungen, die für sie Leistungen erbringen, vereinbaren. Für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 SGB IX werden Anforderungen an die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in einer weiteren gemeinsamen Empfehlung der BAR konkretisiert¹⁰.

Neben dem externen Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung sind die Erbringer von LTA nach § 37 Abs. 2 SGB IX auch zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Dieses bildet die Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung und -verbesserung. Die Leistungserbringer sollen diesbezüglich über geeignete Strukturen verfügen. Das interne Qualitätsmanagement umfasst unter anderem einen Qualitätsmanagementbeauftragten, ein systematisches Beschwerdemanagement und Regelungen zum systematischen Umgang mit den zurückgemeldeten externen QS-Ergebnissen. Es kann über eine Zertifizierung nachgewiesen werden.

7.2 Aufgaben und Ziele der Qualitätssicherung

Die Sicherstellung geeigneter Strukturen für die Rehabilitation ist eine wesentliche Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung. Entsprechend sollen sich in allen Einrichtungen, die die Deutsche Rentenversicherung belegt, vergleichbare Qualitätsstandards vorfinden. Wesentliche Ziele der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung sind:

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

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zu verschiedenen Aspekten der rehabilitativen Versorgung bilden eine wichtige Grundlage für das interne Qualitätsmanagement in den Einrichtungen (vgl. oben Kapitel 7.1). Durch systematische Vergleiche mit anderen Einrichtungen wird ein qualitätsorientierter Wettbewerb erreicht. Dabei konzentrieren sich die Qualitätssicherungsaktivitäten für LTA gegenwärtig auf Leistungen zur Aus- und Weiterbildung, Qualifizierung und Integration. Eine Zusammenarbeit mit anderen Trägern der beruflichen Rehabilitation (u. a. der Gesetzlichen Unfallversicherung) wird angestrebt und teilweise bereits umgesetzt.

7.3 Methoden und Ergebnisrückmeldung

Für die Reha-Qualitätssicherung werden regelmäßig qualitätsrelevante Daten erhoben und in Form einrichtungsvergleichender QS-Berichte an die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer zurückgemeldet. Die Instrumente dafür wurden gemeinsam mit Wissenschaftlern und Experten entwickelt. Die erhobenen Daten werden außerdem teilweise um Routedaten der Deutschen Rentenversicherung ergänzt. Ein Teil dieser Daten wird in der Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) zusammengefasst (z. B. soziodemografische Merkmale, Angaben zur Erwerbstätigkeit oder krankheitsbezogene und versorgungsbezogene Merkmale). Die RSD enthält Daten über einen Zeitraum

¹⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2012): Gemeinsame Empfehlung „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX (ab 2018: § 51 SGB IX) vom 23. Februar 2012. Online: <http://www.bar-frankfurt.de/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/>.

von acht Jahren und ermöglicht somit verlaufsbezogene Betrachtungen (Längsschnittuntersuchungen). Nachfolgend werden die etablierten QS-Instrumente für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kurz vorgestellt.

7.3.1 Teilnehmerbefragung nach beruflichen Bildungsleistungen

Alle Teilnehmer beruflicher Bildungsleistungen erhalten sechs Monate nach Abschluss einen Fragebogen. Ziel der Befragung ist vor allem die Erfassung der Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Leistung und ihrer beruflichen Wiedereingliederung. Damit setzt die Deutsche Rentenversicherung auch einen besonderen Schwerpunkt auf die im SGB IX verankerte Rehabilitandenorientierung. Die Befragung wird mittels des sogenannten „Berliner Fragebogens“ durchgeführt. Zusätzlich werden aus den Routinedaten soziodemografische und leistungsbezogene Merkmale der Rehabilitanden ausgewertet.

7.3.2 Ergebnis (Abschluss) der beruflichen Bildungsleistungen

Der erfolgreiche Abschluss der Bildungsleistung ist von Bedeutung für die berufliche Integration der Rehabilitanden. Deshalb wird analysiert, wie viele Rehabilitanden die Bildungsleistung erfolgreich abschließen konnten bzw. aus welchen Gründen die Bildungsleistung abgebrochen werden musste. Die Auswertung stützt sich auf Routinedaten.

7.3.3 Sozialmedizinischer Status nach beruflichen Bildungsleistungen

Der zentrale Aspekt zur Beurteilung des Erfolgs einer beruflichen Rehabilitation ist, über den Abschluss hinaus, die tatsächliche Wiedereingliederung in das Erwerbsleben nach der LTA. Diese wird über den sozialmedizinischen Status dargestellt (u. a. Rentenversicherungsbeiträge, Arbeitsfähigkeit, Frühberentung). Dem Bericht liegen Routinedaten der Rentenversicherung zugrunde. Ausgewertet wird die Wiedereingliederung von Rehabilitanden zu den Zeitpunkten 6, 12 und 24 Monate nach Ende der Leistung.

7.3.4 Leistungsklassifikation für die berufliche Rehabilitation (LBR)

Zum 1. Juli 2016 hat die Rentenversicherung ein neues Instrument zur Erfassung der Prozessqualität verbindlich eingeführt, das auf einer Klassifikation von Leistungen für die berufliche Rehabilitation (LBR) beruht. Diese wurde unter wissenschaftlicher Begleitung entwickelt und in einem Pilotprojekt erprobt. Seitdem sind alle Einrichtungen, die im Auftrag der Rentenversicherung berufliche Bildungsleistungen erbringen, verpflichtet, ihre Leistungen rehabilitandenbezogen zu dokumentieren. Damit werden zukünftig weitergehende Qualitätsanalysen zum Leistungsgeschehen in der beruflichen Bildung und zu deren Ergebnis möglich sein.

7.3.5 Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Seit 1999 stellen die einzelnen Berufsförderungswerke ihre strukturellen Voraussetzungen in Handbüchern dar. Bei Leistungen freier Bildungsträger wird die Strukturqualität im Rahmen der Anerkennung durch den Rentenversicherungsträger geprüft. Sowohl die Handbücher der Berufsförderungswerke als auch die Angaben zur Anerkennung von Leistungen der freien Bildungsträger eignen sich allerdings nicht zur vollständigen und vergleichenden Bewertung der Strukturqualität. Die Entwicklung standardisierter Instrumente zur Erhebung der Strukturanforderungen steht hier noch aus. Geplant ist die Einführung von Visitationen in der beruflichen Rehabilitation, die vor allem der Überprüfung von Strukturanforderungen dienen sollen.

8 Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation

Auf dem Weg zu einer zukunftsorientierten Rehabilitation wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2007 die Initiative RehaFutur mit dem Ziel initiiert, Ideen, Konzepte und Aktivitäten zu bündeln, die eine zukunftsorientierte, innovative berufliche Rehabilitation gewährleisten sollen. In mehreren Arbeitsgruppen wurden Weiterentwicklungsvorschläge zu vier großen Themen formuliert: Förderung der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, Steuerung des Eingliederungsprozesses, Beruf und Arbeitswelt sowie Forschung. Im Fokus stehen die Verbesserung der Beratungsqualität, die Qualitätssicherung des Gesamtprozesses und die Kooperation aller Akteure mit Unternehmen und Betrieben (online: <http://www.rehainnovativen.de>).

Die Rentenversicherung sieht sich in ihrer Eigenschaft als Rehabilitations-träger auch verantwortlich für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation erfolgt dabei unter Beachtung der Grundprinzipien der UN-BRK, insbesondere der Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation und 27 Arbeit und Beschäftigung.

Neue Chancen eröffnen sich für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), das in vier Reformstufen, beginnend mit 2017 und abschließend in 2023, in Kraft tritt. Beispielweise unterstützt die Fördermaßnahme „rehapro“ nach § 11 SGB IX ab 2018 die Rentenversicherungsträger (und die Jobcenter) dabei, innovative Leistungen und Handlungswege im Rahmen von Modellvorhaben zur Rehabilitation zu entwickeln und zu erproben.

Die Demografische Entwicklung, zunehmende Digitalisierung, gesundheitliche Belastungen in der Arbeitswelt und sich verändernde Arbeitsmarktchancen führen zu einem veränderten beruflichen Unterstützungsbedarf bei chronisch kranken Menschen, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen. Das System der beruflichen Rehabilitation muss sich deshalb kontinuierlich weiter entwickeln. Die Leistungsträger und -erbringer sind gefordert ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und Innovationsbereitschaft einzubringen, um den neuen gesellschaftlichen und arbeitsmarktspezifischen Anforderungen gerecht zu werden. 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.

Für die zukünftige Ausrichtung der beruflichen Rehabilitation sind folgende Themen bedeutsam: Entwicklung von Assessments zur Prozess- und Leistungssteuerung von LTA, Forschung zu Prädiktoren des Erfolgs von LTA für ein nachhaltiges Rehabilitations- und Integrationskonzept, Eingliederungs- und Partizipationsmanagement durch und nach LTA. Darüber hinaus muss die Priorität auf mehr Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen bzw. chronischen Erkrankungen auf dem regulären Arbeitsmarkt liegen und weniger auf Angeboten im Sinne von Sonderarbeitsmärkten, so dass die volle und selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen so weit wie irgend möglich realisiert wird. Gleichzeitig bleibt die Bedeutung der Arbeit für das Individuum im Sinne von Selbstwert, Selbstfindung und sozialer Teilhabe ein wichtiger Aspekt aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

9 Ausgewählte Internetadressen

www.deutsche-rentenversicherung.de

www.bagbbw.de

www.bar-frankfurt.de

www.bmas.de

www.bv-bfw.de

www.dimdi.de

www.firmenservice.driv.info

www.integrationsaemter.de

www.mbreha.de

www.rehadat.de

www.reha-qs-driv.de

www.wegweiser-arbeitsfaehigkeit.de

www.werkstaetten-im-netz.de

Notizen



Deutsche
Rentenversicherung