



**Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der
Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur
unter Beteiligung der Akteure**

Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses

Abschlussbericht

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Arbeit und Soziales**

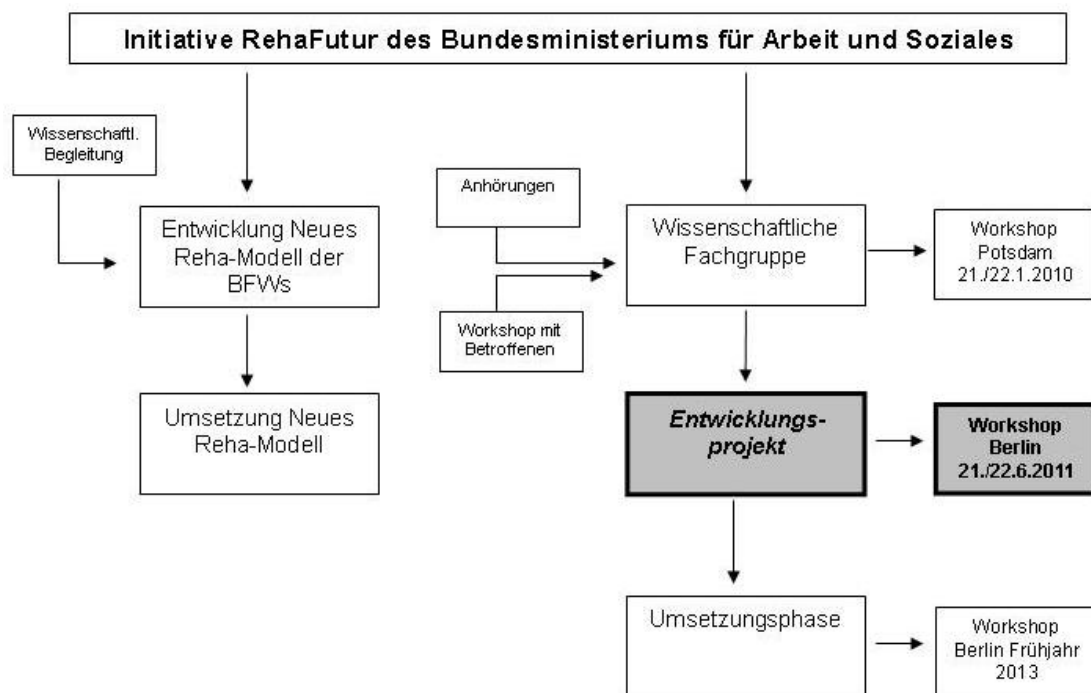


**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

**Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V.
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.**

Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur unter Beteiligung der Akteure

Projekt zur Koordination des Entwicklungsprozesses



Projektteam:

Prof. Dr.-Ing. Hans-Peter Riedel

Dr. Bärbel Reinsberg

Dipl.-Psych. Christof Schmidt


Dipl.-Psych. Tina Klügel

Inhalt

Inhalt.....	5
Vorwort.....	7
Zusammenfassung.....	9
1 Einleitung.....	13
2 Grundlagen für das Entwicklungsprojekt.....	15
3 Projektbeschreibung.....	19
3.1 Ausgangslage.....	19
3.2 Zielsetzung.....	19
3.3 Organisatorische Rahmenbedingungen.....	20
3.4 Inhaltliche Rahmenbedingungen.....	21
3.4.1 Allgemeine Zielvorgaben.....	22
3.4.2 Gruppenspezifische Zielvorgaben.....	22
4 Vorschläge und Empfehlungen der Arbeitsgruppen.....	23
4.1 Arbeitsgruppe 1: „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“.....	23
4.1.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben.....	23
4.1.2 Schwerpunkte.....	24
4.1.3 Vorschläge und Empfehlungen.....	27
4.2 Arbeitsgruppe 2: „Steuerung des Eingliederungsprozesses“.....	34
4.2.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben.....	34
4.2.2 Schwerpunktthemen.....	35
4.2.3 Vorschläge und Empfehlungen.....	38
4.3 Arbeitsgruppe 3: "Beruf und Arbeitswelt".....	43
4.3.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben.....	43
4.3.2 Schwerpunktthemen.....	43
4.3.3 Vorschläge und Empfehlungen.....	48
4.4 Arbeitsgruppe 4: "Forschung".....	53
4.4.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben.....	53
4.4.2 Schwerpunktthemen.....	53
4.4.3 Vorschläge und Empfehlungen.....	54
5 Die Leistungsberechtigten als Akteursgruppe.....	63
5.1 Die Einbindung der Leistungsberechtigten.....	63
5.1.1 Gemeinsame Treffen der Leistungsberechtigten.....	63
5.1.2 Entwicklung eines eigenen Selbstverständnisses als Akteursgruppe.....	65
5.2 Anregungen und Vorschläge der Leistungsberechtigten.....	66
5.2.1 Bessere Information.....	67
5.2.2 Peer-Beratung.....	68
5.2.3 Qualifizierte Beratung.....	68
5.2.4 Mehr Mitbestimmung bei der Teilhabeplanung und Umsetzung der Rehabilitation.....	69
5.2.5 Individuelle Förderung konsequenter umsetzen.....	70
5.3 Forderungen der Leistungsberechtigten für die Umsetzungsphase von RehaFutur..	70
6 Berichterstattung Workshop „RehaFutur – Auf dem Weg“.....	73
6.1 Hintergrund und Zielsetzung.....	73
6.2 Teilnehmer und Teilnehmerinnen.....	73

6.3	Ablauf der Veranstaltung	73
6.4	Kernaussagen der vier Arbeitsgruppen nach den Diskussionsrunden	83
6.4.1	AG 1: Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung	83
6.4.2	AG 2: Steuerung des Gesamtprozesses	84
6.4.3	AG 3: Beruf und Arbeitswelt	85
6.4.4	AG 4: Forschung.....	85
6.5	Kernaussagen der Fish-bowl-Runde	86
6.6	Kernaussagen der Podiumsdiskussion.....	87
6.7	Ausblick	89
7	Fazit	93
7.1	Arbeitsweise im Projekt	93
7.2	Projektergebnisse	94
7.3	Ausblick	95
8	Literaturverzeichnis	97
9	Anhang.....	99
9.1	Arbeitsgruppe 1	99
9.2	Arbeitsgruppe 2	101
9.3	Arbeitsgruppe 3	102
9.4	Arbeitsgruppe 4	102
9.5	Leistungsberechtigte	102
9.6	Workshop „RehaFutur auf dem Weg“	102
9.7	Beteiligte Personen und Institutionen	104

Vorwort

 ist inzwischen zu einem Markenzeichen für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation geworden. Initiiert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) erhielt schon 2007 die Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. den Auftrag zur Erarbeitung eines zukunftsorientierten Konzepts der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. Gemäß dieses Auftrags legte die wissenschaftliche Fachgruppe RehaFUTUR, einen Bericht vor, der als wesentliches Ergebnis acht Handlungsfelder aufzeigte, auf die sich die weitere Arbeit konzentrieren sollte. Das 2010 begonnene Entwicklungsprojekt RehaFUTUR, dessen Bericht Sie hier in Händen halten, war mithin die logische Folge. Auch hier hat das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Begleitung des Vorhabens durch die Deutsche Akademie für Rehabilitation e.V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e.V. gefördert.

Die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe sollte nun unter Einbindung aller Akteure der beruflichen Rehabilitation erfolgen. Dies stellte zugleich eine große Herausforderung dar, war doch ein Innovationsprozess dieser Tragweite noch nie unter Beteiligung einer so großen Akteursgruppe in Angriff genommen worden. Es galt also, eine Plattform zu schaffen, um für alle Mitwirkenden die Möglichkeit zur interdisziplinären Diskussion der vielfältigen Themen zu schaffen. In vier Arbeitsgruppen waren Reha-Fachleute der Leistungsträger und Leistungserbringer, Wissenschaftler, Sozialpartner, Sozialverbände und selbstverständlich auch Leistungsberechtigte vertreten.

Die Themenschwerpunkte dieses Entwicklungsprojektes wurden in einem Workshop im Januar 2010 in Potsdam verabredet, für die in den vier Arbeitsgruppen Umsetzungsempfehlungen erarbeitet werden sollten. Mehr als 90 engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der unterschiedlichen Akteursgruppen konnten für die Mitarbeit in den Arbeitsgruppen gewonnen werden. Die Bereitschaft aller Beteiligten, Erfahrungswissen und innovative Ideen einzubringen, machte es leicht, das Entwicklungsprojekt zu steuern und Innovationsansätze strukturiert zu erarbeiten.

Ein Markenzeichen des Projektes war, dass in den Arbeitsgruppen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihre Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge auf Augenhöhe einbringen konnten. Dies trug in besonderer Weise zur Authentizität des Prozesses bei, der ja in erster Linie auf Verbesserungen der beruflichen Rehabilitation für die betroffenen Menschen gerichtet ist, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen.

Dieser gemeinsame Prozess vieler Akteure, der durch das BMAS koordiniert und unterstützt wurde, ist die wichtigste Voraussetzung für künftige Innovation in der beruflichen Rehabilitation.

Das hier vorliegende Arbeitsergebnis ist vielversprechend, gerade auch weil die Arbeitsgruppen trotz unterschiedlicher Themenstellung gleiche Schwerpunktsetzungen, wie Verbesserung der Beratung, Qualitätssicherung des Gesamtprozesses und Kooperation aller Akteure mit den Betrieben verfolgten. Es sind Empfehlungen und Vorschläge formuliert worden, die nun einen dritten Schritt, nämlich Umsetzungsprojekte der Akteure, einleiten können. Nun ist es also an der Zeit, dass die Akteure die weitere Umsetzung auf den Weg bringen. Das BMAS wird den RehaFUTUR-Prozess auch weiterhin konstruktiv begleiten. Im Frühjahr 2013 ist ein Workshop geplant, in dem alle Verantwortlichen des Systems beruflicher Rehabilitation über Ergebnisse der Implementation berichten können.

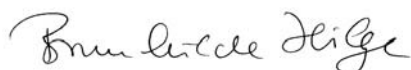
Wir, die Deutsche Akademie für Rehabilitation und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, danken an dieser Stelle allen Beteiligten für die spannende und herausfordernde Zusammenarbeit, für die Fähigkeit und Möglichkeit, aus einer durch das Tagesgeschäft bestimmten Situation kreativ in die Zukunft zu denken und dabei immer die Menschen im Blick zu behalten, um die es in diesem Prozess geht, nämlich die Menschen mit Behinderung, die eine berufliche Perspektive trotz Behinderung oder gesundheitlicher Einschränkung erwarten. Wir sind davon überzeugt, dass die gelieferten Anstöße sich in interessanten Projekten niederschlagen werden und würden uns freuen, auch weiterhin in den Gesamtprozess eng eingebunden zu bleiben.

Unser besonderer Dank gilt natürlich dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das diese Entwicklung erst initiiert und ermöglicht hat.

Und ohne die Projektleitung durch Herrn Prof. Dr. Hans-Peter Riedel wäre die Arbeit sicher nicht so leicht möglich gewesen. Als ausgewiesener Rehabilitationsfachmann bringt er zugleich die für einen solchen komplexen Prozess notwendigen integrativen Fähigkeiten mit.

Wir hoffen und erwarten, dass die Ergebnisse des Projekts für zukünftige Entwicklungen eine gute Grundlage sind und Umsetzungsaktivitäten nun zügig angegangen werden. Wir freuen uns auf das nächste Treffen im nächsten Jahr, um über Fortschritte zu diskutieren und voneinander zu lernen.

Die Webseite www.rehafutur.de wird weiterhin zur Verfügung stehen, und alle Interessierten können dort den Fortgang weiter beobachten.



B. Hilge
Vorsitzende des Vorstandes der
Deutschen Akademie
für Rehabilitation e.V.



Dr. M. Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der
Deutschen Vereinigung
für Rehabilitation e.V.

Bonn/Heidelberg, im April 2012

Zusammenfassung

Im September 2007 beauftragte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die Deutsche Akademie für Rehabilitation (DAR) mit der Gründung einer unabhängigen wissenschaftlichen Fachgruppe, die Eckpunkte für die berufliche Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen mit Blick auf die mittel- und langfristige Entwicklung formulieren und daraus eine zukunftsorientierte Gesamtkonzeption entwickeln sollte. Unter dem Namen RehaFutur wurden Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen unter Hinzuziehung weiterer Experten in diesem Sinne tätig. Weiterer Kooperationspartner war die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR). Die Ergebnisse wurden Mitte 2009 als Bericht vorgelegt und in einem Workshop Anfang 2010 mit Fachleuten aller Bereiche einschließlich der Sozialpartner und Behindertenverbände der beruflichen Rehabilitation ausführlich diskutiert. In dieser Diskussion kristallisierten sich vier Schwerpunktthemen für den Einstieg in die Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation auf Basis der von der wissenschaftlichen Fachgruppe entwickelten Handlungsfelder heraus:

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung:

Mit den Schwerpunkten Förderung von Selbstbestimmung durch frühzeitige professionelle Beratung in einem offenen Beratungsprozess in Verbindung mit Peer Counselling, Informationsbereitstellung, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung beim Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen.

Steuerung des Eingliederungsprozesses:

Mit den Schwerpunkten Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Frühzeitiger Zugang zu Teilhabeleistungen, Sicherung der Beratungsqualität, ICF, Definition gemeinsamer Erfolgskriterien.

Beruf und Arbeitswelt:

Mit den Schwerpunkten Vernetzung mit Unternehmen sowie Orientierung am System der Berufsbildung.

Forschung:

Mit den Schwerpunkten Initiierung, Systematisierung und Koordination von Forschung, Unterstützung und Begleitung von Entwicklungsprozessen durch Forschung, Priorisierung zukünftig relevanter Forschungsthemen, Evaluation der Wirksamkeit, Sicherung der Qualität der beruflichen Rehabilitation.

Zum Einstieg in die Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation (2. Phase von RehaFutur) führte die DAR gemeinsam mit der DVfR das vom BMAS geförderte Entwicklungsprojekt durch, in welchem Umsetzungsansätze der Handlungsfelder der wissenschaftlichen Fachgruppe entwickelt und geplant werden sollten. Alle Akteure der beruflichen Rehabilitation sollten gemeinsam die für die Praxis erforderlichen Schritte entwickeln und Vorschläge und Empfehlungen für die operative Ebene erarbeiten. Dabei war die Orientierung an den vorgenannten Themen vorgegeben.

Vier Arbeitsgruppen erarbeiteten Vorschläge und Empfehlungen zu den genannten Bereichen, die konsequent auf den vielfältigen Erfahrungen aller Beteiligten aus der Praxis der beruflichen Rehabilitation und den langfristig zu bewältigenden Anforderungen in einem zukunftsorientierten System aufbauen.

Die Gesamtheit der Vorschläge und Empfehlungen lassen sich zu folgenden Aufgabenbereichen zusammenfassen:

1. Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen

Durch Um- und Ausgestaltung sollen die Service-Stellen eine wichtige Lotsenfunktion im Rehabilitationssystem übernehmen. Sie sollen ein hohes Maß an Selbstständigkeit, Eigenständigkeit und Akzeptanz erhalten. Lotsenfunktion bedeutet umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Information, trägerübergreifende neutrale Beratung, Unterstützung und Koordination. Dazu sollte eine Bündelung von Fachkompetenzen durch flächendeckende Vernetzung der Service-Stellen erreicht werden. Zusätzlich soll die Beratung beider betrieblicher Partner in einem Beschäftigungsverhältnis (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) und die Beratung von kleinen und mittleren Unternehmen beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement in den Auftrag der Gemeinsamen Servicestellen übernommen werden.

2. Intensivierung von Beratung und Information allgemein

Die Einbeziehung von „informell beratenden Personen“ zur Förderung selbstgesteuerten Zugangs muss flächendeckend aufgebaut werden, unterstützt durch bedarfsorientiertes Informationsmaterial. Die Verbesserung der Beratungsqualität soll durch den Ausbau von neutraler orientierender Beratung, unter Einbeziehung von Erfahrungsberatung durch Leistungsberechtigte, durch trägerübergreifende Beratungsstandards und durch Implementierung eines Empowerment-Konzepts in das Beratungskonzept erreicht werden.

3. Nutzung des Internets für Information und Beratung

Das Internet muss systematisch und permanent zur Öffentlichkeitsarbeit, genutzt werden. Dies soll mit einem trägerübergreifenden Internetangebot zur beruflichen Rehabilitation verbunden sein. Daneben sollen die „Social Media“ für die Informationsvermittlung ebenfalls genutzt werden. Das Internet soll auch für die Entwicklung einer virtuellen Servicestelle inklusive niederschwelliger Beratung verwendet werden. Auch hier könnte Erfahrungsberatung durch Leistungsberechtigte oder ehemalige Leistungsberechtigte einbezogen werden. Es soll ein internetbasiertes Medienangebot aufgebaut werden, um Informationsbedarfe von Unternehmen und Akteuren im Rehasystem zu verknüpfen.

4. Qualitätssicherung

Die Entwicklung eines trägerübergreifenden Konzepts zur Qualitätssicherung des gesamten Rehabilitationsprozesses wird für die Zukunft erforderlich, inkl. der dazu notwendigen Instrumente, wie z.B. ICF. Das erstreckt sich auf alle Inhalte des Rehabilitationsprozesses, wobei die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als wesentliches Merkmal der Prozessqualität einbezogen werden muss.

5. Individualisierung und Flexibilisierung

Individualisierung soll die bedarfsorientierte auf den Einzelfall bezogene Rehabilitationsnotwendigkeit abbilden. Damit geht einher, dass Standardabläufe im Rehabilitationsgeschehen in den Hintergrund treten. Dies setzt voraus, dass Rehabilitationsprozesse so weiterentwickelt werden, dass die verantwortliche Mitwirkung von Leistungsberechtigten in allen Phasen des Prozesses implementiert ist. Dafür muss Empowerment als Konzept für die Selbstbestimmung im gesamten Prozess umgesetzt werden. Eine Voraussetzung dafür ist die flexible Planung.

6. Betriebsorientierung der beruflichen Rehabilitation

Es soll die flächendeckende Implementierung von Prävention und Verknüpfung mit sämtlichen Formen der Rehabilitation aufgebaut werden. Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu einem möglichst frühen Zeitpunkt soll als Leitziel der beruflichen Rehabilitation unter Berücksichtigung von Lernen im Lebenslauf,

Wiedereingliederung und Ausgliederungsverhinderung aufgebaut werden. Als wichtige Voraussetzung dafür muss eine engere Kooperation und Vernetzung mit Betrieben erfolgen. Dies soll durch die Entwicklung abgestimmter Vorgehensweisen zwischen den Sozialpartnern bei Präventions- und Rehabilitationsprozessen im Betrieb unterstützt werden.

7. Aktive Beteiligung von Leistungsberechtigten

Leistungsberechtigte sollen als Experten in die zukünftig anlaufenden Umsetzungsprojekte im Rahmen der Initiative RehaFutur weiterhin einbezogen werden. Insbesondere ist mit ihnen gemeinsam ein Empowerment-Konzept als Förderansatz im Rehaprozess zu entwickeln. Mit Leistungsberechtigten sollen gemeinsame Modellprojekte zur Peer-Beratung gefördert werden. Über Mitwirkung, Teilnehmervertretung und Rückmeldekultur sollen Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei den Leistungserbringern an Selbstbestimmung und Selbstverantwortung herangeführt werden.

8. Forschung

Zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Initiative RehaFutur ist Forschung unabdingbar. Dafür wird die Bildung eines Förderschwerpunktes zur Konzentration der vorhandenen Finanzmittel für einen begrenzten Zeitraum als notwendig erachtet. Hierzu werden Forschungsschwerpunkte definiert und vorgeschlagen, ergänzt durch Forschungsstrukturen, die für das Errichten und Betreiben eines Förderschwerpunkts erforderlich sind, sowie die dazu notwendigen inhaltlichen Vorgaben.

9. Leistungsgesetze

Es soll angestrebt werden, die geltenden Leistungsgesetze zu überprüfen und gegebenenfalls Hemmnisse zu beseitigen, um die beschriebenen Entwicklungsziele zu unterstützen. Zur Weiterentwicklung des gesamten Rehabilitationsprozesses sind auch die datenschutzrechtlichen Regelungen hinsichtlich der Sicherstellung und Kontinuität des Gesamtprozesses, der zeit- und kostenbezogenen Optimierung und zur Sicherstellung der individuellen Chancengerechtigkeit der Leistungsberechtigten zu überprüfen.

10. Kooperation der Akteure im System der beruflichen Rehabilitation

Die Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation kann nur durch die konsequente Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen bei der Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge ermöglicht werden. Gleichermaßen ist in unserem gegliederten System die Notwendigkeit der Zusammenarbeit im operativen Geschehen auch im Zusammenhang mit den für die Zukunft vorgeschlagenen Vorgehensweisen unabdingbar. Dies betrifft insbesondere die Schnittstellen und Vernetzungen von Akteuren als Mittel zum Zweck. Systematische Kooperationen sind die Voraussetzung für Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Effizienz im Ergebnis der Entwicklungen.

In diesen zusammenfassend beschriebenen Aufgabenbereichen wurde eine Vielzahl von Empfehlungen erarbeitet, die für die umfassende Entwicklung des Rehasystems auf der operativen Ebene bei allen Akteuren zielführend sind. Alle Themen können jedoch nicht gleichzeitig begonnen werden. Es wurden abschließend Überlegungen angestellt, was besonders zu beachten ist bei der weiteren Entwicklungsarbeit und welche Prioritäten sich abzeichnen. Wenn man außerdem berücksichtigt, welche Bedeutung den einzelnen Themen abhängig von der Intensität der Diskussionen beigemessen werden kann, ergeben sich folgende Hinweise:

- Informations- und Beratungsangebote müssen gravierend verbessert werden, wenn man die Forderung des SGB IX nach aktiver Beteiligung und Eigenständigkeit der Leistungsberechtigten erfüllen will.

In den Arbeitsgruppen 1, 2 und 3 wurde nach umfassender Diskussion von alternativen Modellen ein Konsens darüber gefunden, dass und wie die Gemeinsamen Servicestellen weiterentwickelt werden müssen. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf die Standards der Beratung, die angestrebte Beratungsqualität und die Neutralität der Beratung.

- Die Umsetzung der Empfehlungen muss gemeinsam von allen Akteuren der beruflichen Rehabilitation erfolgen.
- Die Leistungsberechtigten müssen in allen zukünftigen Umsetzungsprojekten in der Entwicklungsarbeit aktiv beteiligt werden.
- Die umfassende Vernetzung aller Akteure der beruflichen Rehabilitation mit der Betriebspraxis und dem Betriebsgeschehen ist eine unbedingte Voraussetzung für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation.
- Die Forschung hat eine entscheidende Bedeutung für die Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation

Die zweite Phase der Initiative RehaFutur des BMAS ist damit abgeschlossen. Es muss nun in der dritten Phase abgestimmt zwischen allen Beteiligten die Umsetzung der Vorschläge und Empfehlungen folgen.

Die Internetplattform www.rehafutur.de bleibt erhalten, um über Umsetzungsaktivitäten zu informieren.

1 Einleitung

Der Grund für das Projekt RehaFutur war die Überzeugung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, dass eine langfristige Sicherung des Systems der beruflichen Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen nur durch eine an den Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen orientierten Weiterentwicklung des Systems erreicht werden kann. 2007 wurde konsequenterweise im Ministerium der Beschluss gefasst, diese Weiterentwicklung systematisch einzuleiten. RehaFutur wurde das Markenzeichen für dieses Gesamtvorhaben. Im Rahmen von RehaFutur wurden einerseits angelaufene Aktivitäten der Leistungsträger zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Berufsförderungswerke unterstützt, z.B. die Entwicklung des neuen Reha-Modells in den BFWs mit dem Kernthema "Individualisierung der Reha-Prozesse". Andererseits wurde die langfristige Entwicklung des Gesamtsystems initiiert. Dies wurde leistungsträgerübergreifend und unabhängig von der Art der Leistungserbringung in Gang gesetzt, orientiert an sich mittel- und langfristig verändernden Bedarfen der behinderten Menschen in einer sich ständig wandelnden Umwelt.

In einem ersten Schritt beauftragte das Ministerium die Deutsche Akademie für Rehabilitation (DAR) und eine unabhängige wissenschaftliche Fachgruppe, unterstützt durch weitere Experten unterschiedlicher Disziplinen und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), Eckpunkte für die berufliche Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen und ihrer mittel- und langfristigen Entwicklung zu formulieren und in eine zukunftsorientierte Gesamtkonzeption zu integrieren. Die Ergebnisse wurden Mitte 2009 vorgelegt und in einem Workshop Anfang 2010 mit Fachleuten aller einschlägigen Bereiche der Rehabilitation diskutiert.

In einem zweiten Schritt haben die DAR und die DVfR in einem Projekt gemeinsam mit allen Akteuren der Rehabilitation die Umsetzung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Fachgruppe und des Workshops in die Praxis geplant. Die Ergebnisse dieses 2. Arbeitsabschnitts sind Vorschläge und Empfehlungen für Umsetzungsprojekte, die zur mittel- und langfristigen Weiterentwicklung des Reha-Systems beitragen sollen. Diese Vorschläge und Empfehlungen, ergänzt durch umfangreiches Arbeitsmaterial, werden in diesem Bericht vorgestellt.

Die Ergebnisse sollen die Grundlage für Vorhaben, die die Weiterentwicklung des Reha-Systems im praktischen Alltag umsetzen, beziehungsweise Hilfe für die Weiterführungen schon laufender Aktivitäten mit dem gleichen Entwicklungsziel sein. In der nachfolgenden Grafik (s. Abb. 1) sind das Projekt RehaFutur einschließlich der bisherigen Aktivitäten und des weiteren Verlaufs dargestellt.

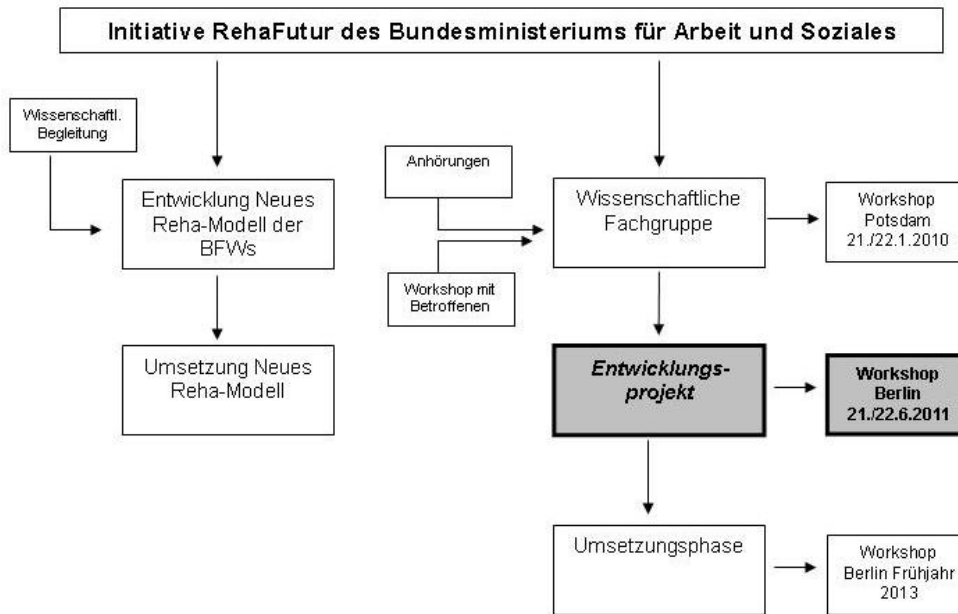


Abb. 1: Grafische Darstellung der Initiative RehaFutur des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

2 Grundlagen für das Entwicklungsprojekt

Als Grundlage für die Aufgabe erarbeitete die wissenschaftliche Fachgruppe eine Analyse der aktuellen Situation in der beruflichen Rehabilitation. Hierzu befragte sie auch umfassend alle relevanten Leistungsträger und Leistungsorganisationen und führte einen Workshop mit Leistungsberechtigten durch. Darauf aufbauend näherte sie sich der Aufgabe von zwei Seiten:

Zum einen suchte sie aus der Perspektive der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklung eine Antwort auf die Frage: **„Welche Funktion soll berufliche Rehabilitation in einer dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt haben, die zunehmend stärker durch demografischen Wandel geprägt ist?“**

Der zweite Zugang erfolgte über eine sozialpolitische Einordnung der beruflichen Rehabilitation als Hilfe zur Eingliederung für behinderte Menschen. Aus rechtlich-normativer Betrachtung berührt dies die Fragen: **„Wie kann das grundrechtlich und gesetzlich verbriefte Recht behinderter Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben mittels beruflicher Rehabilitation auch zukünftig bedarfsgerecht eingelöst werden? Wie können selbstbestimmtes Handeln auf der einen Seite und die erforderliche Aktivierung und Selbstverantwortlichkeit der behinderten Menschen auf der anderen Seite besser in Einklang gebracht werden?“¹**

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

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

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

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern (H1)

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

¹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn: BMAS Forschungsbericht 393.

Bekanntheitsgrad verbessern, Akzeptanz stärken, Zugang erleichtern (H2)

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

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

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

Am System der beruflichen Bildung orientieren (H4)

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

Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren (H5)

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

Berufliche Rehabilitation individualisieren und flexibilisieren (H6)

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

Gesamtprozess steuern (H7)

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

Qualität sichern, Entwicklungsfähigkeit stärken (H8)

Die systematische Weiterentwicklung, Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe werden durch systematische Forschung und Entwicklung sichergestellt. Prozesse und Strukturen werden kontinuierlich an sich wandelnde Rahmenbedingungen angepasst. Eine einheitliche Datengrundlage muss zur Verfügung stehen (s. Abb. 2).

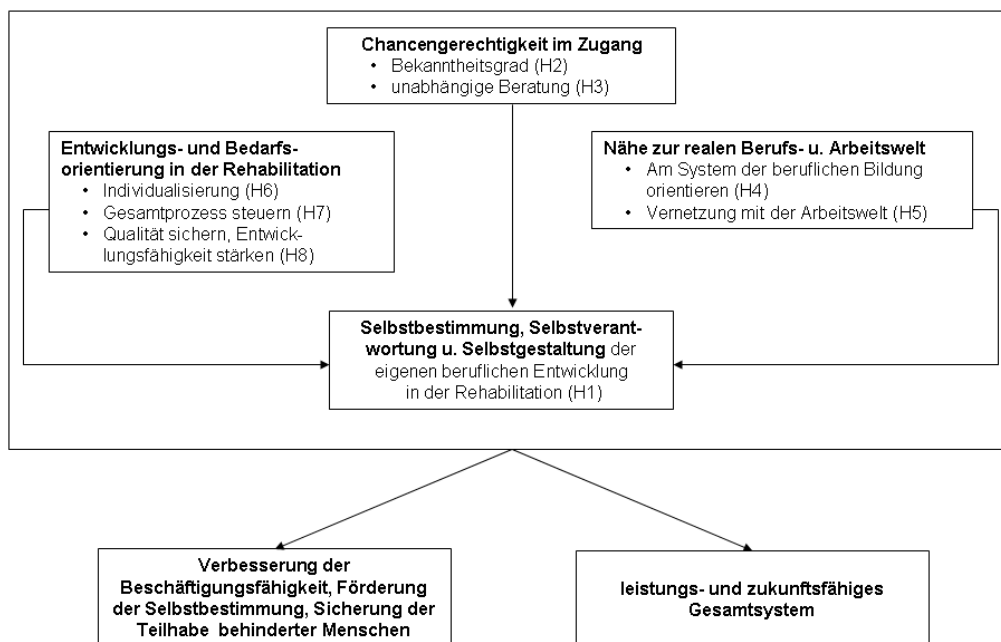


Abb. 2: Die Handlungsfelder 1-8 im Gesamtzusammenhang (aus: Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2009)

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

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

- Die Koordinierungs- und Kooperationsstrukturen der beruflichen Rehabilitation sind im Sinne eines lernenden Systems weiterzuentwickeln. Eine innovative Überarbeitung des Systems der beruflichen Rehabilitation erfordert den systematischen Einsatz von Forschung und Entwicklung. Der Einsatz von Forschung ist auch zwingend erforderlich zur Legitimierung von finanziellen Aufwendungen. Wie andere Versorgungssysteme auch, muss die berufliche Rehabilitation ihre Wirksamkeit wissenschaftlich fundiert belegen können.
- Diese Entwicklungen beinhalten für die Gesamtaufgabe berufliche Rehabilitation erwachsener behinderter Menschen einen Paradigmenwechsel, der nur gemeinsam von Leistungsträgern und Leistungserbringern unter Einbeziehung der Leistungsberechtigten zu bewältigen ist. Die Aufgabe ist groß, aber es eröffnen sich auch für alle Beteiligten neue Chancen, vor allem auch für die Leistungsberechtigten.

3 Projektbeschreibung

3.1 Ausgangslage

Die Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe wurde auf einem Workshop im Januar 2010 in Potsdam diskutiert. Es ergab sich eine grundsätzliche Übereinstimmung bei den Akteuren (Leistungsträger, Leistungserbringer, Sozialverbände, Sozialpartner), dass eine Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Grundlage der in der Stellungnahme beschriebenen acht Handlungsfelder sinnvoll sei. Auch wenn im Detail unterschiedliche Vorstellungen für die damit verbundenen Veränderungsprozesse bestanden, ließ sich ein Konsens über die zentralen Entwicklungsthemen für den Einstieg in die Weiterentwicklung des Reha-Systems erzielen. In den Diskussionen kristallisierten sich dazu folgende Schwerpunktthemen heraus:

- **Beruf und Arbeitswelt** mit den Schwerpunkten: Vernetzung mit Unternehmen sowie Orientierung am System der Berufsbildung.
- **Steuerung des Eingliederungsprozesses** mit den Schwerpunkten: Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation, Zugang zu Teilhabeleistungen, ICF, Definition gemeinsamer Erfolgskriterien.
- **Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung** mit den Schwerpunkten: Förderung von Selbstbestimmung durch frühzeitige professionelle Beratung in einem offenen Beratungsprozess in Verbindung mit Peer Counseling, Informationsbereitstellung. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung beim Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen.
- **Forschung** mit den Schwerpunkten: Initiierung, Systematisierung und Koordination von Forschung, Unterstützung und Begleitung von Entwicklungsprozessen durch Forschung, Priorisierung zukünftig relevanter Forschungsthemen, Evaluation der Wirksamkeit.

Aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten sich zukünftige Aktivitäten inhaltlich an diesen Themenschwerpunkten orientieren.

Insgesamt entwickelte sich auf dem Workshop großes Einverständnis, dass trotz der vielfältigen Entwicklungen einzelner Akteure in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich ein koordinierter Entwicklungsprozess vonnöten war, und dass die erforderliche Weiterentwicklung des Gesamtsystems eine gemeinsame Bearbeitung mit allen Akteuren in gegenseitiger Abstimmung bedingte.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales entschloss sich daher, auf Basis der genannten Schwerpunktthemen ein Entwicklungsprojekt aufzulegen, an dem alle Akteure aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation beteiligt werden sollten.

In der ersten Phase von RehaFutur hatten unabhängige Experten Eckpunkte für das zukünftige Reha-System entwickelt. In der zweiten Phase sollten nun erfahrene Akteure daraus die für die Praxis der beruflichen Rehabilitation erforderlichen Schritte entwickeln und Vorschläge und Empfehlungen für die Umsetzung für die operative Ebene erarbeiten. Dabei sollten sie sich an den auf dem Workshop festgelegten Schwerpunkten orientieren.

3.2 Zielsetzung

Mit dem Projekt sollten grundsätzlich folgende Ziele verfolgt werden:

- Operative Koordinierung der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation auf Basis der Empfehlungen der wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur unter aktiver Beteiligung aller relevanten Akteursgruppen.
- Aufbau einer Unterstützungsstruktur für institutionsübergreifende Arbeitsgruppen.

- Begleitung der Arbeitsgruppen und Dokumentation der Arbeitsergebnisse.
- Einbindung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Experten in eigener Sache in den Entwicklungsprozess.
- Organisation einer Veranstaltung, auf der die Ergebnisse der Arbeitsgruppen präsentiert und diskutiert werden (Workshop).

3.3 Organisatorische Rahmenbedingungen

Es sind vier Arbeitsgruppen zu festgelegten Kernthemen gebildet worden, in denen die Grundlagen für den Start des Entwicklungs- und Umsetzungsprozesses erarbeitet werden sollten. Jede Arbeitsgruppe wurde von einer federführenden Organisation koordiniert. Eine Lenkungsgruppe, in der alle Institutionen mit gesellschaftlicher Verantwortung auf dem einschlägigen Gebiet vertreten sein sollten, sollte Vorgaben für die Arbeitsgruppen diskutieren, entscheiden und die Arbeitsergebnisse bewerten. Das BMAS hat die teilnehmenden Institutionen und Personen in den Entwicklungsgruppen vorgegeben. Die Deutsche Akademie für Rehabilitation und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation übernahmen die Organisation der Entwicklungsgruppen und stellten diesen entsprechende Ressourcen zur Koordination, Informationsrecherche und Dokumentation der Entwicklungsarbeit zur Verfügung. Auf Basis dieser Vorgaben ergab sich folgendes Projektdesign (s. Abb. 3).

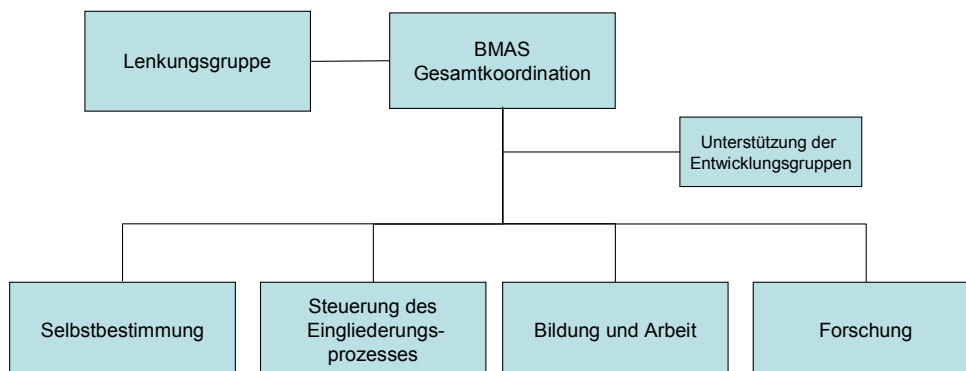


Abb. 3: Organisatorische Struktur des Entwicklungsprojekts RehaFutur

Nachfolgend wird ein Überblick über die grundsätzliche Besetzung der Lenkungsgruppe und der Arbeitsgruppen sowie die in der Lenkungsgruppe endgültig festgelegte Federführung der Arbeitsgruppen gegeben:

Lenkungsgruppe: BA, BMAS, DAR, DGUV, DRV, DVfR, SoVD/VdK, Vertreter der Bundesländer, Projektleitung.

Federführend verantwortlich für die Lenkungsgruppe sollte das BMAS sein.

Arbeitsgruppe 1 Selbstbestimmung und Selbstverantwortung: BA, BMAS, DGUV, DRV, DVfR, SoVD/VdK, zwei Vertreter der Leistungserbringer, Wissenschaftler, Leistungsberechtigte.

Federführend verantwortlich DVfR/SoVD.

Arbeitsgruppe 2 Steuerung des Eingliederungsprozesses: BA, BAR, BMAS, DGUV, DRV, SoVD/VdK, Vertreter der Leistungserbringer, Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung, Wissenschaftler, Leistungsberechtigte,.

Federführend verantwortlich DRV-Bund.

Arbeitsgruppe 3 Beruf und Arbeitswelt: BA, BDA, BMAS, BMBF, DGB, DGUV, DRV, zwei Vertreter der Leistungserbringer, Bildungs- und Rehabilitationswissenschaftler, Leistungsberechtigte.

Federführend verantwortlich Leistungserbringer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Berufsförderungswerke)

Arbeitsgruppe 4 Forschung: BA, BAR, BMAS, DAR, DGUV, DRV, DVfR, Wissenschaftler.

Federführend verantwortlich DAR.

Außerdem sollten von Fall zu Fall von den Arbeitsgruppen weitere Experten hinzugezogen werden. Dazu wurde von der Lenkungsgruppe empfohlen, Vertreter der Krankenkassen mit einzubeziehen. In den Arbeitsgruppen wurden diejenigen Leistungserbringer beteiligt, die in den von der wissenschaftlichen Fachgruppe durchgeführten Anhörungen berücksichtigt wurden. Im Rahmen der operativen Koordination des Projekts übernahm die DVfR die Koordinierungsaufgaben, während die DAR die inhaltliche Koordination und Gesamtorganisation übernahm.

Im Einzelnen waren die Aufgabenschwerpunkte der DVfR: Internetauftritt (Website betreiben), laufende Kommunikation der Arbeitsgruppen sicherstellen (Instrumentarium Intranet-Plattform), Regeln für die Kommunikation zusammen mit DAR festlegen, Workshops durchführen, Veröffentlichungen steuern.

Die Aufgabenschwerpunkte der DAR waren: Übernahme der Projektleitung, wissenschaftliche Begleitung sowie **Unterstützung der Entwicklungsgruppen**, inhaltliche Koordination und Abstimmung der verschiedenen Gruppen und Arbeitsebenen, Organisation der Abläufe, Verwaltungsaufgaben (Sekretariat, Buchhaltung etc.), Abstimmung mit der DVfR.

3.4 Inhaltliche Rahmenbedingungen

In den vier Arbeitsgruppen sollten die Ergebnisse dergestalt erarbeitet werden, dass sie in einem abschließenden Workshop gegenübergestellt, aus den unterschiedlichen Perspektiven diskutiert und die Schnittstellen der verschiedenen Themenbereiche definiert werden konnten. Aus allem sollten umfassende Vorschläge erarbeitet werden, die für den Beginn des geplanten Entwicklungsprozesses relevant waren. Es wurde kein Konsenszwang erwartet. Bei unterschiedlichen Vorstellungen der Teilnehmer, sollten diese dokumentiert und begründet werden. Alle Überlegungen sollten grundsätzlich angelegt sein, da die strategische Betrachtung des Entwicklungsprozesses über einen Zeitraum von zehn Jahren im Vordergrund des Projektes stand. Ein so lang angelegter Entwicklungsprozess musste aber notwendigerweise der langfristigen Strategie für die Umsetzung des UN-Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen folgen. Die Umsetzung der Vorschläge und Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur mussten sich hier einordnen. Aus den Zielen in der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) lassen sich in diesem Zusammenhang insbesondere individuelle und bedarfsdeckende Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation unter

Berücksichtigung von Chancengerechtigkeit, Selbstbestimmung und autonomer Lebensgestaltung ableiten. Bezogen auf das Projekt RehaFutur waren das die Themen Selbstbestimmung/Selbstverantwortung, berufliche Bildung, Arbeit und Beschäftigungsfähigkeit sowie die individuelle Prozessgestaltung. Aber es betrifft im Allgemeinen auch die Belange der besonders hervorzuhebenden Personenkreise der Frauen, Älteren und Migranten.

Die Hinarbeit auf einen gemeinsamen Workshop mit der beschriebenen Thematik machte es erforderlich, dass die Arbeitsgruppen sich über ihre Arbeit laufend und zeitnah gegenseitig informierten und da, wo möglich und erforderlich, in der Sache abstimmten. Dies sollte durch das eingesetzte Instrumentarium sichergestellt werden.

Die Zusammenarbeit in den einzelnen Arbeitsgruppen mit Betroffenen, die Erfahrungen aus Rehabilitationsprozessen mitbringen, sollte sicherstellen, dass die Orientierung am Bedarf in der Praxis gefördert wurde.

Die nachfolgenden Zielvorhaben wurden von der Lenkungsgruppe verabschiedet und sollten die Arbeit der einzelnen Gruppen lenken und erleichtern. Sie sollten einen Kernbereich der Handlungsfelder beschreiben und dazu beitragen, dass die Arbeit konzentriert wurde auf die für den Start des Entwicklungsprozesses relevanten Themenstellungen.

3.4.1 Allgemeine Zielvorgaben

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

3.4.2 Gruppenspezifische Zielvorgaben

Die gruppenspezifischen Zielvorgaben sind in den jeweiligen Kapiteln der Arbeitsgruppen zu finden.

4 Vorschläge und Empfehlungen der Arbeitsgruppen

4.1 Arbeitsgruppe 1: „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“

4.1.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben

Ausgangssituation

Zukunftsfähige Strukturen der beruflichen Rehabilitation müssen mehr Eigeninitiative der Leistungsberechtigten ermöglichen und Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als Potenzial erkennen und gezielt fördern. Auf dieser Grundlage können das Beschäftigungspotenzial von Menschen mit Behinderung gestärkt und mehr Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit erreicht werden (vergl. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur und Workshop RehaFutur im Januar 2010 in Potsdam).

Der Auftrag des RehaFutur-Entwicklungsprojekts bestand darin, in einem gemeinsamen, koordinierten Entwicklungsprozess die Ideen und Initiativen aller Akteure zusammenzutragen, in der Diskussion Gemeinsamkeiten auszuloten und dann die Entwicklungsrichtung und konkrete Entwicklungsschritte zu vereinbaren, die zu einer qualitativen Weiterentwicklung des Gesamtsystems der beruflichen Rehabilitation innerhalb der nächsten zehn Jahre führen. Grundlage des Entwicklungsprozesses waren die acht Handlungsfelder der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur (2009) sowie die Zielvorgaben der BRK.

Dafür wurden interdisziplinäre Arbeitsgruppen eingesetzt, die unter Einbeziehung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure, einschließlich der Leistungsberechtigten, Umsetzungsempfehlungen für folgende vier Themenbereiche erarbeiteten: Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung (AG 1), Steuerung des Eingliederungsprozesses (AG 2), Beruf und Arbeitswelt (AG 3) sowie Forschung (AG 4).

Aufgabenstellung für die AG 1

Die Arbeitsgruppe hatte den Auftrag, das Thema „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ im Hinblick auf frühzeitige professionelle Beratung in einem offenen Beratungsprozess zu bearbeiten. Dabei galt es, Verbindungen zu Peer Counseling und Informationen insbesondere beim Zugang zu Rehabilitations- und Teilhabeleistungen herzustellen.

Anforderungen und Zielvorgaben

Die Leistungsträger haben den Auftrag, die Leistungsgesetze zur beruflichen Rehabilitation umzusetzen und den Gesamtprozess der beruflichen Rehabilitation verantwortlich zu koordinieren und zu finanzieren. Die Leistungserbringer müssen ihre Integrations- und Qualifizierungsprozesse so gestalten, dass eine umfassende Einbeziehung der Leistungsberechtigten möglich ist.

Ausgehend von diesen Handlungsaufträgen sollten in der AG 1 unter anderem folgende Fragestellungen zielführend überprüft und diskutiert werden:

- Wie kann/soll die Übernahme von Verantwortung, Mitgestaltung/-steuerung und Mitbestimmung in den Teilprozessen der beruflichen Rehabilitation (frühzeitiger Zugang zu den Leistungen und Informationen, Beratung, Klärung des Reha-Bedarfs beim individuellen Integrations- und Qualifizierungsprozess) realisiert werden auf Basis der Handlungsfelder im Bericht der wissenschaftlichen Fachgruppe mit dem Ziel: Subsidiarität der Reha-Leistungen der Leistungsträger soweit wie möglich? Was muss man grundsätzlich tun, um den Leistungsberechtigten in die Lage zu versetzen, Entscheidungen zu treffen,

Verantwortung zu übernehmen und seinen individuellen Reha-Prozess möglichst aktiv mitzugestalten? (Z.B. Klärung grundsätzlicher Anforderungen an ein Konzept zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, bezogen auf die verschiedenen Teilprozesse: Fördern, Qualifizieren, Beraten und Unterstützen, und das hinsichtlich der Ziele, Strukturen, und Verfahren unter Beachtung der Maximen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.)

- Erarbeitung konkreter Vorschläge mit grundsätzlichem Charakter, keine umfassenden und/oder endgültigen Konzepte.
- Wie wird die aktive Beteiligung der Leistungsberechtigten ermöglicht bei gleichzeitiger Beibehaltung der Gesamtverantwortung der Leistungsträger für den Rehabilitationsprozess?
- Welche Prüfkriterien und Messverfahren sind an die Qualität rechtskonformer Information und Beratung anzulegen?
- Wie lassen sich Qualität und Effektivität selbstgesteuerter Leistungen überhaupt bestimmen?
- Wer koordiniert und überwacht die Leistungserbringung?
- Wie kann im individuellen Fall eine Überforderung des/der Leistungsberechtigten verhindert werden? Und wie können andererseits Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Wahrnehmung ihrer Partizipationsmöglichkeiten motiviert werden?
- Wie können Integrations- und Qualifizierungsprozesse gestaltet werden, wenn sie intensiver als bislang Selbstbestimmung und Selbstverantwortung berücksichtigen sollen? Und was ist zu tun, um die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur aktiven Partizipation zu befähigen?

Zusammensetzung der AG 1

In der Arbeitsgruppe 1 unter Federführung der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) und des Sozialverbands Deutschland (SoVD) wirkten Vertreter der Deutschen Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, Gesetzlichen Krankenversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaften der Leistungserbringer sowie Leistungsberechtigte, Wissenschaftler und Vertreter aus Landesministerien und des BMAS mit. Die Moderation übernahm Prof. Dr. Wolfgang Seyd (Universität Hamburg/DVfR).

Die AG kam zu insgesamt sechs Sitzungen zusammen, ergänzend fand ein Austausch von Dokumenten und Stellungnahmen statt. Ausgehend von einer Ist-Stand-Analyse wurden anhand von Beiträgen und Papieren der Teilnehmer die Kernthemen der Beratungen entwickelt. Die von den Arbeitsgruppenmitgliedern eingebrachten Materialien sind auf der Arbeitsplattform unter www.rehafutur.de bzw. bei der DVfR verfügbar. (Eine Übersicht der Materialien findet sich im Anhang.)

4.1.2 Schwerpunkte

Zu Beginn der AG-Beratungen wurde übereinstimmend festgestellt, dass das Thema „Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ alle Themenbereiche des Entwicklungsprojektes berührt. Zum einen sind selbstbestimmt handelnde Leistungsberechtigte motiviert, ihre berufliche Rehabilitation erfolgreich mitgestalten zu können und zum anderen hat Selbstbestimmung ökonomische Relevanz, denn zielorientierte, auf den Einzelbedarf zugeschnittene und effiziente Rehabilitationsmaßnahmen sind für die Rehabilitationsträger und Leistungserbringer von Vorteil, weil sie zum Erfolg einer beruflichen Wiedereingliederung entscheidend beitragen können. Insofern sollte das Interesse aller Akteure an einer bestmöglichen Förderung von

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten im Rahmen ihrer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme selbstverständlich gegeben sein.

Drei Punkte wurden als zentrale Voraussetzungen für die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in allen Prozessphasen der beruflichen Rehabilitation identifiziert:

- Information
Damit berufliche Rehabilitation ihre Wirkung im gesellschaftlichen wie individuellen Sinn voll entfalten kann, muss sie in der Bevölkerung als sozialpolitischer Auftrag des Staates bekannt sein. Die Verfügbarkeit über Informationen ist der Schlüssel für einen selbstgesteuerten Zugang zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie für die aktive und selbstbestimmte Mitwirkung der Leistungsberechtigten im gesamten Rehabilitationsprozess.
- Beratung
Eine wesentliche Voraussetzung für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten sind gute Beratungsangebote. Wichtige Kriterien dafür sind Qualität, Zugänglichkeit, Ausführlichkeit, aber auch Prägnanz und Passung auf den Ratsuchenden, trägerübergreifende Beratung, Empowerment-Förderung, auch ergänzt durch Formen der Peer-Beratung.
- Individualisierung
Die Orientierung am individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten sowie ihre aktive Mitwirkung an der Gestaltung der Rehabilitation bildet die Grundlage für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung und bestimmt daher maßgeblich die dazu erforderlichen Prozesse und Strukturen der beruflichen Rehabilitation. Individualisierung in allen Phasen der Rehabilitation trägt dazu bei, den Menschen mit Rehabilitationsbedarf bei ganz unterschiedlichen Voraussetzungen und persönlichen Zielen berufliche Entwicklungschancen zu eröffnen.

Diskussionsprozess - Bestandsaufnahme

Für eine Bestandsaufnahme wurde zunächst geklärt, welche Begriffe, Leitvorstellungen und Konzepte in Bezug auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bei den Akteuren bereits zur Anwendung kommen. Zu folgenden Fragestellungen brachten die AG-Beteiligten ihre Standpunkte, Konzepte und Diskussionspapiere ein (Anlagen).

- Was wird von Reha-Trägern und Leistungserbringern im Moment getan, um aktive Selbstbestimmung zu fördern und zu ermöglichen?
- Welche Förderkonzepte werden derzeit angewendet? Was hat sich bewährt/nicht bewährt?
- Wo werden Grenzen für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gesehen?
- Anhand welcher Kriterien können Selbstbestimmung und Selbstverantwortung gemessen und überprüft werden? (durch die Wissenschaft)
- An die Leistungsberechtigten: Wie bewerten sie ihren Rehabilitationsprozess bezogen auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung? Wo fühlen/fühlten sie sich fremdbestimmt? Welche Verbesserungsvorschläge/-wünsche haben sie?

Folgende Ergebnisse der Bestandsaufnahme können festgehalten werden:

Die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen sind Leitziele des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX § 1, § 4).

Auf dieser Grundlage liegen bei den Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern tragfähige Konzepte für die Förderung von Motivation und Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten vor, die aber nicht immer ausgereift und vor allem nicht zufriedenstellend umgesetzt sind. Fremdbestimmung ist noch zu oft anzutreffen aufgrund

fehlender Informationen über Wahlmöglichkeiten, starker institutioneller Prägung der Rehabilitationsprozesse und inakzeptablem Bewusstsein oder fehlenden Beratungskompetenzen bei den handelnden Akteuren (Berater, Ausbilder, Gutachter, Psychologen u.a.).

Die aus den grundlegenden Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention für die berufliche Rehabilitation abzuleitenden Vorgaben sind insbesondere individuelle und bedarfsdeckende Unterstützungsangebote unter Berücksichtigung von Chancengerechtigkeit, Selbstbestimmung und autonomer Lebensgestaltung. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation in Deutschland wird hier noch Entwicklungsbedarf gesehen.

Selbstbestimmung bedeutet, Kontrolle über das eigene Leben zu haben, basierend auf der Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, die die Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren. (s. Anlage 30/AG1)

Für die Umsetzung in der Praxis werden klare Vorstellungen benötigt, was Selbstbestimmung ist, wie man sie fördert und in welchen klar definierten Handlungsfeldern Selbstbestimmung realisiert werden kann. Solche Handlungsfelder, in denen Leistungsberechtigte mitbestimmen oder auch selbst entscheiden und damit Verantwortung für den eigenen Rehabilitationserfolg übernehmen können, sollten im Aufgabenbereich aller Akteure entwickelt werden.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung können nach dem Prinzip „fördern und fordern“ realisiert werden, wenn die Leistungsberechtigten von Anfang an, an der Ausgestaltung ihres Rehabilitationsprozesses auf Augenhöhe beteiligt sind.

Die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ist Ziel der Rehabilitation und zugleich wesentliches Merkmal der Qualität des individuellen Rehabilitationsprozesses. Die Förderung von Selbstbestimmung soll als dynamischer Prozess während der Rehabilitation verstanden werden, in dem „Fördern und Fordern“ den individuellen Voraussetzungen entsprechend entwickelt werden muss.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung können von den Leistungsberechtigten nur wahrgenommen werden, wenn sie umfassend über alle Möglichkeiten informiert und durch professionelle Beratung unterstützt und in die Lage versetzt werden, ihre Chancen zu erkennen und zu nutzen (Empowerment). Die Einbindung von Betroffenen in den Beratungsprozess (Peer counseling, „Reha-Pilot“) stellt ein Erfolg versprechendes Konzept dar, das erprobt werden sollte.

Beratungsstellen für Rehabilitation mit umfassendem Beratungsauftrag fehlen bislang. Es besteht die Vermutung, dass viele Menschen mit Reha-Bedarf das Leistungsangebot der beruflichen Rehabilitation nicht kennen und deshalb keinen Zugang finden. Hingewiesen wird auf die fehlende Reha-Kompetenz bei Ärzten, Kliniken, Sozialämtern und – beratungsstellen. Diejenigen Leistungsberechtigten, die den Zugang zum Reha-System gefunden haben, werden ganz überwiegend vom zuständigen Rehabilitationsträger oder von Leistungserbringern beraten, in der Regel nur im Hinblick auf sein Leistungsangebot. Sowohl die Strukturen und Inhalte als auch die Qualität der Beratung und der Zugang zu Beratungsangeboten sind zu verbessern.

Bei den institutionell geprägten Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sind zurzeit die Grenzen der Selbstbestimmung/Selbstverantwortung und die damit verbundenen Vorurteile noch mehr im Fokus als die Chancen. Für Weiterentwicklungen der beruflichen Rehabilitation ist die stärkere Orientierung an den individuellen Bedarfen, Fähigkeiten, Ressourcen und Wünschen der Betroffenen in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses unabdingbar.

Die Individualisierung des Rehabilitationsprozesses, der die spezifische Situation der Leistungsberechtigten mehr in den Blick nimmt, kann durch die Anwendung der ICF bei Eingangs- und Begleitassessments gelingen.

Das Wunsch- und Wahlrecht sowie das Persönliche Budget sind wesentliche Elemente der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung. Die Respektierung des Wunsch- und Wahlrechts kann die Motivation fördern und Fehlplatzierungen verhindern. Erfahrungsgemäß wirken motivierte Rehabilitandinnen und Rehabilitanden an der Rehabilitationsmaßnahme aktiver mit und integrieren sich erfolgreicher auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Insofern ist die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung auch unter wirtschaftlichen Aspekten sinnvoll.

Im weiteren Diskussionsprozess wurden die Themen vertieft und zu Vorschlägen und Empfehlungen verdichtet. (siehe u.a. Wittwer: Zwischenfazit der AG 1 und Seyd: Thesen)

4.1.3 Vorschläge und Empfehlungen

4.1.3.1 Empfehlung 1

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

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

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

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

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

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

4.1.3.2 Empfehlung 2

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

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

Informelle Berater, wie z. B. Ärzte, Kliniken, Selbsthilfe- und Sozialberatungsstellen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Schulen und Betriebe sind Schlüsselpersonen für den

Zugang zur Rehabilitation. Sie müssen in der Lage sein, einen möglichen Rehabilitationsbedarf zu erkennen und die Beratung zum Zugang zur Rehabilitation durchzuführen, was wegen fehlender Reha-Kompetenz oft nicht stattfindet. Informelle Berater sind auf Informationen über die berufliche Rehabilitation angewiesen.

In diesem Zusammenhang wird auf die Notwendigkeit von gut funktionierenden gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger hingewiesen. Nur wenn solche trägerübergreifenden Beratungsstellen vorhanden und regional gut erreichbar sind, können informelle Berater außerhalb des Rehabilitationssystems die Sicherheit haben, dass das von ihnen zugewiesene Klientel auch professionell und zielorientiert aufgenommen und beraten wird.

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

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

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

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

4.1.3.3 Empfehlung 3

Qualität der Beratung verbessern

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

Beratungsstandards, Aus- und Weiterbildung

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

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

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

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

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

Ausbau der trägerübergreifenden Reha-Beratung

Es wird empfohlen, differenzierte trägerübergreifende Beratungsangebote in Verantwortung der Rehabilitationsträger zu entwickeln. Dafür wird eine Unterteilung der Beratungspflicht vorgeschlagen in: Beratung im Vorfeld eines Reha-Verfahrens (orientierende Reha-Beratung) und Beratung im Rahmen der Reha-Prozessplanung (Reha-Prozessplanung):

a. Orientierende Reha-Beratung:

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

b. Reha-Prozessplanung:

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

Selbst wenn ohne orientierende Erstberatung die Trägerzuständigkeit klar ist und die Entscheidung für eine berufliche Rehabilitation getroffen wurde, sollten die Leistungsberechtigten auf ein solches umfassendes Beratungsangebot bei den Servicestellen hingewiesen werden.

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

Regionale Beratungsnetzwerke

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

4.1.3.4 Empfehlung 4

Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen

Die Um- und Ausgestaltung der Gemeinsamen Servicestellen ist eine zentrale Aufgabe. Die Servicestellen müssen im deutschen Rehabilitationssystem eine wichtige Lotsenfunktion übernehmen. Als erster Schritt ist die BAR-Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 1.7.2010 flächendeckend umzusetzen (siehe BAR). Für die Erfüllung der ihnen zugedachten umfassenden Aufgaben (vergl. dazu Empfehlung 1, 2 und 3) ist die aktuelle Rahmenempfehlung entsprechend weiterzuentwickeln.

In allen RehaFutur-Arbeitsgruppen war die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen ein zentraler Beratungspunkt. Es wird empfohlen, die in den Arbeitsgruppen entwickelten Vorschläge in einem gemeinsamen Eckpunkte-Papier zu sammeln, damit alle Aspekte im weiteren Entwicklungsprozess Berücksichtigung finden

können. Das Eckpunktepapier ist den Rehabilitationsträgern (auf der Ebene der BAR) zur Verfügung zu stellen.

Umbenennung in „Servicestelle für Rehabilitation“

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

Es wird die Umbenennung der Gemeinsamen Servicestellen in „Servicestellen für Rehabilitation“ empfohlen. Das Wort ‚Gemeinsame‘ (gemeint als systemischer Organisationshinweis) wirkt nach außen nicht integrierend bzw. einladend, sondern eher ausschließend, und ist daher im Namen der bürgernah auszugestaltenden Servicestellen überflüssig. Demgegenüber ist das Wort „Rehabilitation“ im Namen unerlässlich, vor allem aus Gründen der Öffentlichkeitsarbeit.

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

Aufgaben der Servicestellen

- Zugang

Durch gute sozialraumorientierte Organisationsstrukturen und offensives (proaktives) Handeln ermöglichen die Servicestellen Personen, Betrieben und Institutionen einen frühzeitigen und leichten Zugang zum Informations- und Beratungsangebot der Rehabilitationsträger. Unter der Voraussetzung, dass die Servicestelle als trägerübergreifende bürgernahe Beratungsstelle anerkannt ist, bietet sie Unterstützung für

- Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung, die die Servicestelle von sich aus aufsuchen (selbstgesteuerter Zugang),
- Beratungsstellen/Institutionen reha-ferner Akteure (z.B., Arzt, Klinik, Sozialamt, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Selbsthilfe u.a.), die einen Reha-Bedarf erkennen und Personen mit Unterstützungsbedarf zur Teilhabesicherung an die Servicestelle verweisen,
- Träger der (medizinischen) Rehabilitation, die im Rahmen ihrer Tätigkeit Probleme beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und Eingliederung erkennen (durch Screening von Problemgruppen, AU-Fallmanagement, u.a.),
- Betriebe, die Unterstützung beim BEM, bei betrieblicher Gesundheitsförderung und/oder bei Problemen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitern benötigen,
- Betriebe (insbes. KMU), die kein funktionierendes BEM haben; sie können ihre Mitarbeiter an die Servicestelle verweisen, wenn Gesundheitsprobleme die Beschäftigungsfähigkeit beeinträchtigen oder zu beeinträchtigen drohen.

- Zielgruppenorientierung

Die Servicestellen bieten für Personen und Betriebe umfassende, rechtzeitige und auf die Bedürfnisse des Einzelfalls abgestellte Informationen, Unterstützung und Koordination im Rahmen des Leistungsgeschehens zur Teilhabe an. Dazu zählen insbesondere die trägerübergreifende Beratung, Unterstützung beim Zugang zu den Leistungen, Zuständigkeitsklärung für Fälle, in denen der zuständige Rehabilitationsträger nicht eindeutig bekannt ist oder mehrere Leistungsträger zu beteiligen sind.

Für die speziellen Beratungsbedarfe der KMU wird empfohlen, einen „Arbeitgeber-Service“ in jeder Servicestelle einzurichten und mit erfahrenen, auf die betrieblichen Belange spezialisierten und geschulten Mitarbeitern zu besetzen. Sie sollen in der Lage sein, auf betriebliche Belange zu reagieren und eine Lotsenfunktion für den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einschl. BEM zu übernehmen und diese zu koordinieren. Dafür benötigen sie sowohl Kenntnisse über betriebliche Abläufe und Unterstützungsbedarfe als auch gute Kenntnisse über die beruflichen Rehabilitation und die zuständigen Akteure. Bei Bedarf ist eine zugehende Beratung für Betriebe zu organisieren (auf Abruf).

- Einbindung der Servicestellen in Netzwerke
Eine enge Vernetzung der Servicestellen mit regionalen Beratungsstellen, Institutionen und Betrieben ist anzustreben, da in einem solchen Netzwerk die Zuweisung von Ratsuchenden bei erkennbarem Rehabilitationsbedarf frühzeitig erfolgen kann.

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

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

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

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

4.1.3.5 Empfehlung 5

Individualisierung als Merkmal der Prozessqualität in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses umsetzen

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

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

Für alle am Reha-Prozess beteiligten Akteure bedeutet Individualisierung:

- Selbstbestimmtes Handeln und die Übernahme eigener Verantwortung zu ermöglichen (s. Empowerment, Empfehlung 1).
Die Mitwirkung der Leistungsberechtigten ist in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten: in der Beratung beim Zugang, beim Reha-Assessment, bei der Berufsfindung und Arbeitserprobung, Reha-Vorbereitung, während der Reha-Maßnahme und bei der Nachbetreuung.
- Vorhandene Kompetenzen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu nutzen und individuelle Unterstützungsbedarfe zugrunde zu legen, Wunsch- und Wahlrecht zu ermöglichen, das Prinzip Fördern und Fordern verantwortungsvoll anzuwenden.
- Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in die Planung, Gestaltung und Evaluation der Reha-Leistungen einzubeziehen. Z. B. bei der Bedarfsermittlung (Profiling, Förderplanung) und beim Reha- und Integrationsmanagement zur Prozesssteuerung, bei der Förderung von Fach-, Schlüssel- und Gesundheitskompetenz, u.a. Der Einbezug darf nicht auf formaler Ebene enden, sondern muss gewollt und „gelebt“ werden. Die Mitarbeiter der beruflichen Rehabilitation sind entsprechend fortzubilden. Die Leistungshandbücher der Leistungserbringer müssen die Aktivitäten zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung deutlich herausstellen.
- Mitwirkung und Mitverantwortung ist auf drei Ebenen zu gestalten:
 1. individuell für jeden Leistungsberechtigten (z.B. über Zielvereinbarungen, Lernverträge, passgenaue Lernaufgaben),
 2. Lerngruppen (z.B. Feed-back-Kultur einführen, selbstorganisiertes Lernen stärken, Schlüsselqualifikationen und Gesundheitsmanagement fördern),
 3. Einrichtung (z.B. Mitwirkungsrechte der Teilnehmervvertretungen stärken, Jour fixe).
- Die Förderplanung und der daran anknüpfende Rehabilitationsprozess sind flexibel auf die Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zuzuschneiden. (z. B. Berücksichtigung der Bedarfe von Alleinerziehenden, die Leistungserbringung als Persönliches Budget anzubieten.)
- Prozessbegleitende, Empowerment stärkende Beratung durch kompetente Ansprechpartner sollte durch die Leistungserbringer durchgängig sichergestellt werden (auch zu sozialen Belangen).

4.1.3.6 Empfehlung 6

Forschungsaufgaben und Projekte

1. Neustrukturierung der „Servicestellen für Rehabilitation“

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

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

2. Peer-Beratung (Reha-Pilot)

Die Beratung Betroffener durch (ehemalige) Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollte als Modellprojekt an mehreren Standorten erprobt werden. Auf die Ergebnisse des Entwicklungsprojektes der Deutschen Rentenversicherung sollte dabei zurückgegriffen

werden. Zudem soll untersucht werden, wie der Reha-Pilot die professionelle Beratung sinnvoll ergänzen kann und wie die Zusammenarbeit organisiert werden kann (Klärung von Organisations- und Strukturfragen, Qualifizierungsbedarf, Aufwandsentschädigung, u.a).

3. Trägerübergreifendes Internetangebot zur beruflichen Rehabilitation

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

4. Beteiligung Betroffener bei Umsetzungsprojekten

Die Kommunikation mit Leistungsberechtigten ist durch alle Akteure der beruflichen Rehabilitation als kontinuierliche Aufgabe auszugestalten. Der Prozess der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation sollte transparent, offen und inklusiv gestaltet werden. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung lassen sich nur nachhaltig realisieren, wenn beide Seiten – Beratende wie Beratene, Qualifizierende wie zu Qualifizierende – ein partnerschaftliches Verständnis von Rehabilitationsgestaltung besitzen. Anders ausgedrückt: Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind in erster Linie Einstellungssache.

Die DVfR unterstützt die Leistungsberechtigten bei ihren Vorhaben, Umsetzungsprojekte durchzuführen (mögliche Themen: Empowerment fördernde Beratung im Rehabilitationsprozess (best practice), Empfehlungen für die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der beruflichen Reha, u.a.).

4.2 Arbeitsgruppe 2: „Steuerung des Eingliederungsprozesses“

4.2.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur bildeten die Grundlage der im Workshop „RehaFutur - Entwicklungen gemeinsam gestalten“ im Januar 2010 in Potsdam geführten Gespräche und Diskussionen über die weitere Entwicklung der beruflichen Rehabilitation. Im Ergebnis sind hier unter Berücksichtigung der Vorschläge der Fachgruppe vier Kernthemen für eine zukünftige Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation zusammengefasst worden:

- Selbstbestimmung,
- Steuerung des Eingliederungsprozesses,
- Beruf und Arbeitswelt und
- Forschung.

Diese Themen sollten in vier Institutionen übergreifenden Arbeitsgruppen des Entwicklungsprojektes weiterentwickelt werden, wobei die Einbeziehung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Akteure, insbesondere die Einbeziehung von Betroffenen, die praxisorientierte Umsetzung der wissenschaftlichen Erkenntnisse sicherstellen bzw. unterstützen sollte.

Die Arbeitsgruppe 2 „Steuerung des Eingliederungsprozesses“ hatte den Auftrag, unter besonderer Betrachtung der Schwerpunkte

- Zugang zu Teilhabeleistungen,
- Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation,
- Definition gemeinsamer Erfolgskriterien und
- ICF

Überlegungen zur zukünftigen Steuerung des gesamten Rehabilitationsprozesses unter Vorgabe der folgenden Anforderungen;

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

anzustellen. Dabei sollten Fragestellungen wie

- Konsequenzen aus Selbstbestimmung, Individualisierung, Regionalisierung und Vernetzung mit Betrieben,
- Rolle von Information und Beratung,
- Einsatz moderner Technologien und Managementmethoden und
- externe und interne Qualitätssicherung

besonders berücksichtigt werden.

Die Arbeitsgruppe unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung Bund war mit Vertretern des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Niedersächsischen Sozialministeriums, mit Vertretern der Rentenversicherung, Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit und Krankenversicherung, mit Vertretern der Leistungserbringer d.h. der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsfirmen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der

Phase-II-Einrichtungen, mit einem Vertreter der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, einem Vertreter des Deutschen Gewerkschaftsbundes, einem Vertreter des Sozialverbandes VdK Deutschland, einem Vertreter des Nationalen Forums Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung, Wissenschaftlern und Leistungsberechtigten besetzt.

Für insgesamt sechs Arbeitstreffen, in denen weitgehend Übereinstimmung hinsichtlich der zu diskutierenden Punkte bestand, wurden von den verschiedenen Akteuren entsprechend den nach Bedarf vergebenen Arbeitsaufträgen Statements und Beiträge erstellt, die aus dem Blickwinkel aller Gruppenmitglieder diskutiert und den weiteren Überlegungen zugrunde gelegt wurden. Einige Materialien wurden nach Diskussion um weitere Inhalte ergänzt. Die entsprechenden Materialien finden sich im Anhang.

4.2.2 Schwerpunktthemen

Als Grundlage und Orientierungshilfe für die Diskussion der Arbeitsgruppe diente zum einen eine vereinfachte grafische Darstellung der Schnittstellen im Gesamtprozess, die in den Sitzungen nach Bedarf angepasst wurde (Anlage 1). Betrachtet wurden hier die drei Schnittstellen „Zugang zur Rehabilitationsleistung“, „Durchführung von Leistungen“ und „Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt“. Zum anderen wurde ein zwischen Rentenversicherung, Unfallversicherung und Bundesagentur für Arbeit abgestimmtes Diskussionspapier zu den unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zur Zuständigkeit, zu trägerspezifischen Regelungen zum Bedarf an Leistungen zur Teilhabe, mit Erläuterungen zum Begriff der „Erwerbsfähigkeit“ sowie zur Schnittstelle SGB III und SGB II zugrunde gelegt (Anlage 2).

Als ein zentraler, sich über alle Schnittstellen erstreckender Schwerpunkt wurde die bedarfsorientierte und individuelle Beratung der Betroffenen identifiziert. Mit Hilfe der Beratung müssen Bedarfe erkannt, bedarfsgerechte Angebote aufgezeigt, Prozesse angeschoben, begleitet, gesteuert und abgeschlossen werden. Durch die Beratung sollen die Betroffenen motiviert, ihre Eigenverantwortung gestärkt und Selbstbestimmung ermöglicht werden. Aus dieser umfassenden Bedeutung heraus ergibt sich eine besondere Notwendigkeit für die Optimierung der Beratung. (Anlagen 3 bis 6)

Die Beratung als ein eigener, begleitender Teilprozess beginnt bereits vor dem Hauptprozess der Rehabilitation und erstreckt sich über die Durchführung der Leistung bis hin zur Integration des Leistungsberechtigten in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Der Beratungsbedarf verändert sich naturgemäß in den verschiedenen Prozessphasen. Das frühzeitige Einsetzen der Beratung bzw. Information ist notwendige Voraussetzung für eine spätere erfolgreiche berufliche Eingliederung. Durch die Berücksichtigung und das Ansetzen an der individuellen Lebenssituation des Betroffenen ist eine Steuerung durch den Rehabilitationsprozess möglich.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Schwerpunkt der Diskussionen der Arbeitsgruppe auf die Themen Information und Beratung konzentriert. Die folgende Darstellung orientiert sich dabei am zeitlichen Ablauf des Eingliederungsprozesses.

4.2.2.1 Zugang zum Rehabilitationssystem im Rahmen der ICF

Die Arbeitsgruppe hat in der Phase des möglichen Auftretens von Bedarfen an der Schnittstelle „Zugang“ eine Unterscheidung vorgenommen zwischen

- allgemein informelle Beratung im Vorfeld eines Reha-Verfahrens (Kita, Schule, Arbeitsplatz, Arzt, allgemeine Sozialberatung) und
- professioneller (Reha-) Beratung unter Beachtung der ICF,

die in Bezug auf die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Rehabilitation Kompetenzen in unterschiedlichem Umfang erfordert.

Die allgemein informell ratgebenden Personen sollten einen möglichen Reha-Bedarf erkennen und den Betroffenen motivieren, sich professionell beraten zu lassen bzw. sich bereits an einen möglichen Leistungsträger zu wenden. Die professionelle Beratung sollte

informieren und motivieren und den Betroffenen in der Phase des Zugangs bei der Antragstellung unterstützen, um das Verfahren beim zuständigen Träger einzuleiten.

Die Arbeitsgruppe hat festgestellt, dass besondere Schwierigkeiten beim Erkennen von Bedarfen insbesondere im Geltungsbereich des SGB II bestehen, weil bei den Trägern der Grundsicherung überwiegend nur unzureichende Kenntnisse im Rehabilitations- und Teilhaberecht vorhanden sind.

Als ebenso problematisch erscheint der Zugang für Menschen mit bestimmten Krankheitsbildern. Dies gilt z.B. für psychisch Kranke, denen oftmals neben dem entsprechenden Wissen über Chancen und Möglichkeiten das Selbstvertrauen zum eigeninitiativen Handeln fehlt.

Frühzeitige Info und Beratung ist aber gerade notwendig für einen zeitnahen Zugang zu Rehabilitationsleistungen als Voraussetzung für deren Erfolg. Dies bezieht sich auch auf eine Beratung noch während eines bestehenden Arbeitsverhältnisses, etwa im Rahmen des BEM.

4.2.2.2 Begleitung im Rehabilitationsprozess

Innerhalb der Arbeitsgruppe bestand ganz überwiegend Konsens, dass neben der wichtigen Rolle der Beratung durch die Leistungsträger die Gemeinsamen Servicestellen als bereits vorhandene strukturelle Basis weiterhin im Mittelpunkt der Entwicklung professioneller Beratung stehen sollten. Lediglich eine Mindermeinung war der Auffassung, dass trägerunabhängige Beratungsstrukturen angezeigt sind. Als Lotse im gegliederten System ist es eine Aufgabe der Gemeinsamen Servicestellen, eine besondere trägerübergreifende, objektive Beratungskompetenz für Menschen in spezifischen Problemlagen aufzubringen und insofern - der gesetzlichen Zielsetzung entsprechend - umfassend, trägerübergreifend und unabhängig zu beraten. Zukünftig muss jedoch erreicht werden, dass ihr in § 22 SGB IX geregelter Auftrag noch konsequenter und umfassender von den jeweiligen Leistungsträgern umgesetzt wird. Eine gezielte professionelle Weiterentwicklung und Optimierung der „Gemeinsamen Servicestellen“ - insbesondere als Instrument mit „Lotsenfunktion“ bzw. als übergreifendes Reha-Management - macht einen Aufbau neuer Beratungsstrukturen entbehrlich.

Beratung während des Rehabilitationsprozesses erfordert professionelle Beratungskompetenz und hat nach angemessen definierten Qualitätsstandards zu erfolgen. Der Prozess der Beratung erstreckt sich über den Zugang hinaus über den gesamten Rehabilitationsprozess und wird somit zu einer besonders wichtigen Aufgabe des zuständigen Rehabilitationsträgers. Dieser sollte im Rahmen seiner Prozessverantwortung Qualitätsstandards für die Durchführung der Beratung und professionelle Beratungskompetenz der Beratenden sichern, um neutrale und bedarfsorientierte Beratung zu garantieren. Einschätzungen zum sachgerechten und transparenten Einsatz der vorhandenen Finanzmittel dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen, sollten aber auch zur Beratungskompetenz gehören.

4.2.2.3 Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Verzahnungsmodelle und das Reha-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung bestätigen, dass eine frühzeitige Analyse der Möglichkeiten des bisherigen beruflichen Status und der aktuellen berufsbezogenen Leistungsmöglichkeiten des Betroffenen den Zeitraum des Überganges von medizinischer in berufliche Rehabilitation genauso wie den Wiedereingliederungsprozess insgesamt verkürzt.

Aus den bisherigen wissenschaftlich evaluierten Kooperationsmodellen (MBO; MBOR u.a.) konnte die Arbeitsgruppe Folgendes ableiten:

- Die Kompetenzen in der medizinischen Rehabilitation zum Erkennen eines LTA - Bedarfs sind in der Fläche unterschiedlich ausgeprägt und bedürfen der systematischen Erweiterung. Im Bereich der Renten- und Unfallversicherung

bestehen hier bereits gute Kompetenzen, da berufliche Bedarfe im Rahmen der medizinischen Rehabilitation bereits berücksichtigt werden.

- In allen Kooperationsmodellen entstehen Konflikte aufgrund der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Zuständigkeitsabgrenzung) und der Finanzierung (z.B. Verlängerung der Maßnahmen).

Hieraus lässt sich für die Zukunft ableiten, dass auch den Prozessbeteiligten in dieser Phase bessere Kenntnisse über die Voraussetzungen und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation vermittelt werden müssen. In der Regel notwendig ist auch an solchen Schnittstellen die Unterstützung durch eine diesen Übergangsprozess begleitende professionelle Beratung. Als Beispiel zu nennen sind hier die Rehabilitationsfachberater der Rentenversicherung, die dies bereits praktizieren.

Ein weiteres positives Beispiel sind die Reha-Manager/innen der gesetzlichen Unfallversicherung. Diese erfüllen im Rahmen des Case-Managements quasi eine Lotsenfunktion durch den und im gesamten Reha- und Teilhabeprozess und beziehen nicht nur die Betroffenen sondern auch alle anderen im und am Verfahren Beteiligten aktiv ein, unterstützen und koordinieren die Übergänge.

4.2.2.4 Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt

Die erfolgreiche Integration der Absolventen von Reha-Maßnahmen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern, Leistungsträgern und den (örtlich zuständigen) Vermittlungskräften bei den Agenturen und Jobcentern unter aktiver Einbindung der Teilnehmer voraus (Absolventenmanagement). Grundsätzliche Zielsetzung dabei ist, die Aufnahme der Beschäftigung möglichst zeitnah nach Abschluss der Maßnahme zu ermöglichen. Dies bedingt, dass die dazu notwendigen Maßnahmen rechtzeitig vor Abschluss der Maßnahme eingeleitet und von allen Beteiligten zielorientiert umgesetzt werden.

Die Verantwortung des Rehabilitationsträgers im Gesamtprozess erstreckt sich besonders auch auf die Integration des Leistungsberechtigten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Entsprechend zielorientiert muss sich der Gesamtprozess - auch und insbesondere bei niederschweligen Maßnahmen - gestalten. Gefordert sind alle Prozessbeteiligten, bereits bei der Entscheidung über die Leistung spätere Beschäftigungsperspektiven zu berücksichtigen.

Den Rehabilitationsträgern stehen vom Gesetzgeber verschiedene Instrumente zur Verfügung, um die Betroffenen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt als originäre Aufgabe der Bundesagentur für Arbeit ist dabei als ein mögliches Instrument zu nutzen, wobei die aktuellen gesetzlichen Entwicklungen hier jedoch zu Schnittstellenproblemen führen können und dafür Lösungen entwickelt werden sollten.

Die Zuordnung der vermittlungsunterstützenden Leistungen im SGB III zu den allgemeinen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 100 SGB III) und dem damit verbundenen Leistungsverbot der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Träger der Grundsicherung (§ 22 SGB III) für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden anderer Träger stellt ein rechtliches Problem dar, das zu einer Chancenungleichheit dieser Personen führen kann. Hier gilt es, zukünftig durch gesetzliche Anpassung eine entsprechende Gleichstellung der Betroffenen sicherzustellen.

Bislang besteht unter den verschiedenen Akteuren kein einheitliches Verständnis darüber, was unter erfolgreicher Integration zu verstehen ist. Es erscheint notwendig, eine entsprechende Klärung ggf. auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) herbeizuführen.

Die Steuerung des individuellen Eingliederungsprozesses mit dem Ziel der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt kann schließlich auch durch Weiterentwicklungen bei der Qualitätssicherung durch alle Phasen des Prozesses optimiert werden.

4.2.3 Vorschläge und Empfehlungen

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

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

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

4.2.3.1 Empfehlung 1

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

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

Vorschläge zur Umsetzung:

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Es wird ein ganzheitliches Informationskonzept für alle beratenden Adressatenkreise erstellt.

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

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

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

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

4.2.3.2 Empfehlung 2

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

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

Vorschläge zur Umsetzung:

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

3. Vernetzung der Gemeinsamen Servicestellen zu Stellen mit Lotsenfunktion für alle an der beruflichen Eingliederung beteiligten Stellen im inner- und außerbetrieblichen Kontext

4. Offensive Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf Funktion und Möglichkeiten der Gemeinsamen Servicestellen
5. Ggf. ergebnisoffene Überprüfung der Anzahl Gemeinsamer Servicestellen im Hinblick auf eine Steigerung der Qualität

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

4.2.3.3 Empfehlung 3

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

Vorschläge zur Umsetzung:

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Bestehende Modelle werden auf Ebene der BAR zusammengefasst und ausgewertet.

2. Qualitätsgesicherte und flächendeckende Umsetzung erfolgreicher Modellprojekte in die Praxis

4.2.3.4 Empfehlung 4

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

Vorschläge zur Umsetzung:

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

4.2.3.5 Forschungsaufträge und Modellprojekte

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

Vorschläge zur Umsetzung:

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

4.2.3.6 Überarbeitung gesetzlicher Vorgaben

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

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

Die Problemanzeige wird an den Gesetzgeber herangetragen.

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

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen:

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

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

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

4.3 Arbeitsgruppe 3: "Beruf und Arbeitswelt"

4.3.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben

Die Arbeitsgruppe "Beruf und Arbeitswelt" hat sich bei ihren Überlegungen insbesondere auf die Handlungsfelder "Am System der beruflichen Bildung orientieren" und "Systematische Vernetzungen mit der Arbeitswelt realisieren" des Berichtes der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur gestützt.

Vor dem Hintergrund der Handlungsfelder markieren folgende Thesen und Fragestellungen den Ausgangspunkt der Gruppenarbeit.

- Berufliche Rehabilitation hat sich an dem Inklusionsansatz der BRK zu orientieren.
- Zur nachhaltigen Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit muss berufliche Rehabilitation fester Bestandteil einer Strategie des lebenslangen Lernens werden.
 - o Welcher konkrete Veränderungsbedarf ergibt sich grundsätzlich für das System der beruflichen Rehabilitation, wenn man Inklusion, Lebenslauf- und Erwerbsverlaufsorientierung, nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit als Zielsetzung des Rehabilitationsprozesses sowie Förderung von Gesundheit und Gesundheitskompetenz miteinander verknüpfen will?
 - o Wie muss man Beschäftigungsfähigkeit unter den genannten Fragestellungen definieren und welche Kriterien benötigt man, um ein Anforderungsprofil für individuelle Beschäftigungsfähigkeit praxisgerecht und arbeitsmarktorientiert beschreiben zu können? Welches Instrumentarium muss hierzu entwickelt/weiterentwickelt werden?
- Das System der beruflichen Rehabilitation muss konsequent mit der sich entwickelnden dienstleistungs- und wissensorientierten Arbeitswelt vernetzt werden.
 - o Wie muss man berufliche Rehabilitation mit den Teilsystemen Prävention, Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) stärker verknüpfen, unter Berücksichtigung vor allem der Sichtweise und der Bedarfe der Beschäftigten/Leistungsberechtigten und der Betriebe; welche normativen, formalen und inhaltlichen Voraussetzungen sind dazu erforderlich?
 - o Wie kann eine systematische Vernetzung mit der konkreten Arbeitswelt diese Fragestellungen unterstützen?

4.3.2 Schwerpunktthemen

Konkretisierung der Beschäftigungsperspektive

In der Vergangenheit hat sich die berufliche Rehabilitation teilweise sehr stark auf den Zertifikaterwerb und die damit verbundene fachliche Qualifizierung im Rahmen einer Umschulung konzentriert. Kritisch betrachtet wird die Tendenz, wenn die Konzentration auf die fachlichen Anforderungen dazu führt, dass Aktivitäten zur Platzierung auf dem Arbeitsmarkt auf die Zeit nach dem Zertifikaterwerb "verschoben" werden. Der potenzielle Arbeitsplatz sollte deshalb bereits im Verlauf der Qualifizierung gesucht werden. Die Reha-Maßnahme kann sich dann stärker an den konkreten betrieblichen Anforderungen orientieren. Werden diese von der Rehabilitandin/dem Rehabilitanden erfolgreich bewältigt, hat sie/er damit ihre/seine Beschäftigungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

Zentraler personenbezogener Förderfaktor ist damit die Beschäftigungsfähigkeit. Strukturell steht bei einer stärker anforderungs- und platzierungsorientierten Vorgehensweise in der beruflichen Rehabilitation das Thema Vernetzung und

Kooperation mit Betrieben stärker im Vordergrund. Unabhängig von der Förderung der Person sind die Leistungserbringer damit herausgefordert, "Übergangsstrukturen" in Richtung Unternehmen aufzubauen. Es stellt sich auch die Frage, wie der Betrieb als Lernort systematischer erschlossen werden kann.

Beschäftigungsfähigkeit

"Employability ist die Fähigkeit, fachliche, soziale und methodische Kompetenzen unter sich wandelnden Rahmenbedingungen zielgerichtet und eigenverantwortlich anzupassen und einzusetzen, um eine Beschäftigung zu erlangen oder zu erhalten" (siehe Anlagen AG 3 Folienvortrag Fr. Schlör).

Im Rahmen des Profiling der BA werden die verschiedenen Facetten von Beschäftigungsfähigkeit zu einem Stärkenprofil der Bewerberin/des Bewerbers verdichtet. In das Stärkenprofil gehen vier Kompetenzfelder ein: Methodenkompetenz, sozial- und kommunikative Kompetenz, Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz sowie personale Kompetenz. Die Anforderungsseite wird im Rahmen des Profiling über den Zielberuf bzw. die Zieltätigkeit der Bewerberin /des Bewerbers ermittelt.

Nicht nur für die BA, auch für die DRV und die DGUV ist das Konzept Beschäftigungsfähigkeit ein zentraler Bezugspunkt. Im Neuen Reha-Modell der ARGE BFW (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke) ist Beschäftigungsfähigkeit ebenfalls von Bedeutung. Für den DGB ist der Begriff Arbeitsfähigkeit maßgeblich und die Bereitschaft der Arbeitgeber, entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen.

An der fachlichen Kompetenz scheitern die wenigsten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Die überfachlichen Kompetenzfelder sind in der Regel für den Erfolg der Wiedereingliederung ausschlaggebend.

Prüfungsaufgaben erfolgreich zu lösen, ist noch keine Garantie für die Fähigkeit, im betrieblichen Alltag bestehen zu können. Beschäftigungsfähigkeit entwickelt und zeigt sich insbesondere dort, wo „beschäftigt“ wird, also im Betrieb. Deshalb sollten auch die betrieblichen Anteile insbesondere bei außerbetrieblicher Rehabilitation in allen Spielarten ausgebaut werden. Hilfe bzw. Assistenz ist in den Betrieb zu bringen, um die Situation dort besser bewältigen zu können.

In der Diskussion der Arbeitsgruppe werden zum Konzept Beschäftigungsfähigkeit folgende Punkte angemerkt:

- Beschäftigungsfähigkeit darf nicht nur als Kompetenzbündel einer Person interpretiert werden. Beschäftigungsfähigkeit gibt vielmehr "die Schnittmenge" zwischen den Fähigkeiten und Kompetenzen der Person und den Anforderungen des Arbeitsmarktes wieder.
- Was sagt eine erfolgreich bestandene Kammerprüfung über die Beschäftigungsfähigkeit einer Rehabilitandin/eines Rehabilitanden aus?
- Beschäftigungsfähigkeit reflektiert auch die Fähigkeit, auf die "Spielregeln" (z.B. die überfachlichen Anforderungen, die eigene Vermarktung) des jeweilig aktuellen Arbeitsmarktes angemessen reagieren zu können.
- Beschäftigungsfähigkeit intendiert, betriebliche Realität und sich verändernde Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können.
- Förderung der Beschäftigungsfähigkeit muss über fachliche Qualifizierung hinausgehen.
- Coaching im Betrieb z.B. im Rahmen einer betrieblichen Projektarbeit trägt auch zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit bei.
- Was ist die Aufgabe des Betriebes, um zur Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer beizutragen? Inwieweit sind Anpassungen der Anforderungen an die Fähigkeiten der Mitarbeit notwendig?

- Sollte Beschäftigungsfähigkeit im Erverbsverlauf regelmäßig überprüft werden, damit die Arbeitnehmerin/der Arbeitnehmer frühzeitiger auf eine Gefährdung der Erverbsfähigkeit reagieren kann?
- Die Potenziale und die Ressourcen der Person sollten bei der Förderung der Beschäftigungsfähigkeit im Mittelpunkt stehen. Das ist für die Perspektive gering qualifizierter Personen besonders wichtig.
- Eine entwicklungsorientierte Perspektive sollte keine „umfassende Runderneuerung“ der Person anstreben. Jene Verhaltens- und Einstellungsanteile einer Person, die mit Blick auf die berufliche Reintegration wichtig sind, müssen im Vordergrund stehen. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollten nicht in „ihrer Behinderung“ „gefördert“ werden. Damit ist gemeint, dass die Wahrnehmung der gesundheitlich bedingten defizitären Seiten der Person von außen nicht verstärkt werden sollten. Das „Können“ und nicht das „Nicht-Können“ sollte im Vordergrund stehen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Fokus Beschäftigungsfähigkeit impliziert:

- Berücksichtigung der Fähigkeiten und Kompetenzen einer Person in Relation zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes bzw. des beruflichen Handlungsfeldes.
- Auch die Anforderungsseite sollte ähnlich systematisch erhoben werden, wie heute bereits die Fähigkeitsseite.
- Stärken (Ressourcen) der Person sind zu stärken.
- Betriebliche Anteile jenseits des Praktikums sollten individuell ausgestaltet und erhöht werden.
- Förderung personaler Fähigkeiten wie z.B. Selbstbestimmung und Eigeninitiative.
- Als Konzept ist Beschäftigungsfähigkeit von fast allen Akteuren akzeptiert.
- In Bezug auf den Grad der Umsetzung könnten entsprechende Evaluationen zu mehr Transparenz führen.

Lernen im Lebenslauf

Jüngere, hoch qualifizierte, unbefristet Beschäftigte in großen Unternehmen haben überdurchschnittlich hohe Chancen, an beruflicher Weiterbildung teilzunehmen. Ältere, gering qualifizierte, befristet Beschäftigte in kleinen Unternehmen kommen eher selten in den Genuss von beruflicher Weiterbildung. Die Bildungsbedarfe von Menschen mit einer sogenannten „Lernbehinderung“ werden ebenfalls zu wenig berücksichtigt.

In der Rehabilitationsstatistik der DRV liegt das Durchschnittsalter für Reha-Leistungen mit dem Schwerpunkt Bildung bei Anfang vierzig (siehe Reha-Bericht 2010 der DRV). Die Umschulung wird als Reha-Leistung überwiegend von Personen genutzt, die jünger als vierzig sind.

Konsens besteht in der Arbeitsgruppe darin, dass kontinuierliche Weiterbildung auch für Erverbspersonen, die bereits älter als 45 sind, ein wichtiger Faktor ist, um bis zum gesetzlichen Renteneintrittsalter am Arbeitsleben teilzunehmen.

Tendenziell mangelt es im Reha-Bereich an attraktiven Qualifizierungsangeboten für ältere Antragsstellerinnen und Antragsteller. Es fehlen insbesondere Angebote, die eine berufliche Neuplatzierung auf Basis eines anerkannten Zertifikates bzw. anerkannter Inhalte, eines hohen betrieblichen Anteils sowie eines flexiblen, bedarfsgerechten zeitlichen Umfangs ermöglichen.

Für Erverbspersonen, die Berufe bzw. Tätigkeiten mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausüben, müssten „geregelt“ Übergänge in alternative Beschäftigungen geschaffen werden. Die Bereitstellung der Übergangsstruktur für die

berufliche Neuplatzierung in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens kann ein Beitrag der beruflichen Rehabilitation zur Bewältigung des demografischen Wandels sein.

Problematisch ist, wenn der Weg z.B. einer Krankenschwester bzw. eines Altenpflegers zur Verwaltungskraft im Gesundheitswesen nur über eine komplett neue Berufsausbildung möglich ist. Ähnliche Beispiele lassen sich auch für Bauhandwerker finden. In diesem Zusammenhang spielt die frühzeitige Beratung der Beschäftigten über alternative Berufswege eine entscheidende Rolle.

Das Instrument des Fortbildungsberufes (siehe z.B. Modellprogramm „IT 50 plus“) sollte in Zukunft intensiver und systematischer genutzt werden. Fortbildungsberufe können diagonale Berufswechsel unterstützen. Voraussetzung ist u.a. die Kooperation mit den jeweiligen Verbänden einer Branche, in der strukturierte diagonale Berufswechsel ermöglicht werden sollen. Die Lösung Fortbildungsberuf ist auch deshalb attraktiv, weil ein beruflicher Wechsel auf Facharbeiterniveau ohne komplette Berufsausbildung möglich ist. Fortbildungsberufe lassen sich darüber hinaus auch in die Systematik des Deutschen Qualifizierungsrahmens einordnen.

In Bezug auf das durchschnittliche Renteneintrittsalter unterscheiden sich Berufe erheblich. Entsprechend systematisch könnten die Beschäftigten aus diesen Berufsgruppen frühzeitig auf Rehabilitationsbedarf angesprochen werden. Ein obligatorischer „Beschäftigungsfähigkeits-Check“ bzw. „Kompetenz-Check“ ab einem bestimmten Lebensalter könnte hier eine Option sein. Bei der Konzeption des Kompetenz-Checks sollte die ICF entsprechend berücksichtigt werden.

Eine besondere Zielgruppe für einen "Kompetenz-Check" stellen Erwerbspersonen ohne Bildungsabschlüsse in gering qualifizierten Tätigkeiten dar. Deren „Ausgliederungsrisiko“ müsste bereits zur Mitte des Erwerbslebens (ca. zwischen 40 und 45) eingestuft werden. Zu warten, bis ein Rentenantrag mit Ende vierzig gestellt wird, ist nicht sinnvoll.

Zusammenfassend wurden in der Arbeitsgruppe drei Interventionsstrategien zum Lernen im Lebenslauf mit dem Ziel „Arbeiten bis 67“ thematisiert:

- Notwendig sind Beratungsangebote zur Gestaltung von Berufswechsel aus gesundheitlichen Gründen.
- Einführung von Kompetenz- bzw. Beschäftigungsfähigkeits-Checks zur Mitte des Erwerbslebens, insbesondere für Berufe und Tätigkeiten, die ein hohes Ausgliederungsrisiko besitzen.
- Einführung von Fortbildungsberufen, um diagonale Berufswechsel zu ermöglichen.

Ausgliederungsverhinderung durch BEM und Gesundheitsmanagement

In den Diskussionen der Arbeitsgruppe werden folgende Punkte angesprochen:

- Der Bekanntheitsgrad von LTA ist nach wie vor gering, es gibt dennoch Beispiele, wo „Ausgliederungsverhinderung“ gut organisiert ist (vgl. Vortrag Dr. Basler über Gelsenwasser, siehe Anlagen der AG 3).
- Gute Praxis ist nicht unbedingt von der Größe des Unternehmens abhängig, sondern eher eine Frage der Unternehmenskultur.
- Über UV können Arbeitgeber gut informiert werden.
- Krankenversicherungen stärker einbeziehen, mit dem Ziel, Rehabilitation deutlich vor Ablauf der Krankengeldzahlung einzuleiten.
- Es fehlen Ansprechpartner und Ressourcen – Aufklärung und Unterstützung, Dienstleistung durch multidisziplinäres Team.
- Ziel ist, das Wissen über und die Praxis von „Ausgliederungsverhinderung“ als Standard zu integrieren.

- Der Nutzen von BEM muss nachgewiesen sein, damit Unternehmen investieren.
- Es werden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benötigt, welche die hohe Unsicherheit reduzieren und die Sprache der Unternehmen sprechen.
- Neutrale Stelle, die Informationsfluss und Prozess koordinieren kann und mit Gemeinsamen Servicestellen zusammenarbeitet.
- Englisches Konzept des „Employment Managers“ nach Deutschland transferieren.
- Informationsdienste könnten angegliedert sein bei:
 - o Integrationsfachdiensten (z.B. „Unternehmerforum“),
 - o Kammern (BRK-Team),
 - o Arbeitgeberverbänden,
 - o Verband mittelständischer Unternehmen.

Vernetzung im Unternehmen

Folgende Punkte sind diskutiert worden:

- Netzwerke haben regional den größten Nutzen.
- Nutzen und Anforderungen von Netzwerken sind auch von den Personen abhängig, die in ihnen agieren.
- Gutes Praxis-Beispiel: Modellprojekt zum Thema BEM der DRV mit regionaler Vernetzung.
- Die Vernetzung mit Unternehmen sollte dazu führen, diese aus ihrer passiven Rolle herauszuholen und zu aktiven Netzwerkpartnern zu machen.
- Rolle eines Ansprechpartners für Unternehmen innerhalb eines Netzwerkes:
 - o „Informations-Makler“,
 - o der „Unternehmer-Sprache“ mächtig („einer von uns“),
 - o Prozessbegleiter mit Netzwerk im Hintergrund,
 - o „Außendienst“.
- Anreize für Netzwerkbeteiligung sind zu schaffen.
- Strukturelle und individuelle Netzwerke als unterschiedliche Ebenen eines Ganzen:
 - o der individuelle Fall zur Demonstration von Erfolg bzw. Notwendigkeit,
 - o strukturelle Einbindung zur gegenseitigen Unterstützung; Zugang zu Ressourcen.
- Arbeitsmarkt der Region beständig in das Netzwerk „spiegeln“ (z.B. Arbeitsmarktmonitor der BA).
- Bedarfe der Unternehmen werden über das Netzwerk an die Leistungserbringer "weitergeleitet".
- „Recruiting“-Strategien der Unternehmen prüfen (Personalauswahl).
- Sollten sich Leistungserbringer verpflichten, Netzwerke strukturell zu verankern?
- Lassen sich über Netzwerke Vermittlungen gemeinsam realisieren?
- Strukturen und Lösungen der Wirtschaftsverbände auf „best practice“ prüfen.

4.3.3 Vorschläge und Empfehlungen

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

4.3.3.1 Förderung der Beschäftigungsfähigkeit

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

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

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

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

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

In Bezug auf die Person intendiert Beschäftigungsfähigkeit insbesondere die Förderung überfachlicher Kompetenzen. In den jeweiligen beruflichen Handlungsfeldern können methodische-, sozial/kommunikative-, personale sowie Aktivitäts- und Umsetzungskompetenzen von unterschiedlicher Bedeutung sein. Der Individualisierungsansatz setzt hier voraus, dass für die verschiedenen Kompetenzfelder entsprechende Förderkonzepte vorhanden sind, einschließlich der Frage, wie die Förderbedarfe „gemessen“ werden können. Insbesondere in Bezug auf die Systematik der Vorgehensweise wird vonseiten der Arbeitsgruppe weiterer Entwicklungsbedarf gesehen. Für diese Entwicklung sind Leistungsträger und Leistungserbringer gemeinsam verantwortlich.

Lernen im Lebenslauf

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

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

- Intensivierung von Informations- und Beratungsangeboten zur Gestaltung von Lernen im Lebenslauf.
- Transfer reha-relevanter Konzepte der beruflichen Bildung in die berufliche Rehabilitation. Hier insbesondere die Entwicklung von Bildungsangeboten, um horizontale Weiterentwicklungen der beruflichen Möglichkeiten auf Fachkräfteniveau zu ermöglichen.²
- Für die von früher Verrentung besonders betroffenen Gruppen (z.B. ältere Erwerbstätige, ohne formale Bildungsabschlüsse, in gering qualifizierten Tätigkeitsfeldern) müssen die Bildungsbedarfe untersucht und entsprechende Bildungsangebote entwickelt werden. Bedarfsorientierte Bildungsangebote sind zu entwickeln.

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

Wiedereingliederung

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

Ausgliederungsverhinderung/Erhalt des Arbeitsplatzes

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

In Bezug auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement müssen der Nutzen nachgewiesen werden und Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung

² Siehe hierzu beispielhaft die Neuordnung der IT-Weiterbildung: BMBF Hrsg.: IT-Weiterbildung mit System. Bonn 2002.

stehen, die den Aufbau von BEM unterstützen können. Dies gilt insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen.

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

4.3.3.2 Kooperation und Vernetzung mit Unternehmen

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

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

Netzwerke werden in diesem Zusammenhang somit als eine „offene“ und partizipative Form der Kooperation verstanden, die eine gewisse Verbindlichkeit und klare Spielregeln besitzt. Das Netzwerk führt unterschiedliche Akteure zusammen, die sich hinsichtlich ihrer Ziele wechselseitig ergänzen.³

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

Umgesetzt werden sollten in Zukunft darüber hinaus folgende Aktivitäten:

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

³ Vor dem Hintergrund der genannten Merkmale handelt es sich bei folgenden Aktivitäten um keine Netzwerke: Adressdateien von Unternehmen, die Praktikantenplätze zur Verfügung gestellt haben, Kooperationsvereinbarung mit einem Unternehmensverband zur Unterstützung der Stellenakquise, parallel laufende „eins zu eins Kooperationen“ mit Unternehmen, Kenntnisse über regionale Akteure inkl. Kontaktdaten und das Wissen, wer wann angesprochen werden kann.

4.3.3.3 Information und Beratung

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

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

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

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

4.3.3.4 Dialog der Sozialpartner

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

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

4.3.3.5 Projektvorschläge zur Umsetzung der Empfehlungen

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

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

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

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

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

2. Entwicklung horizontaler Bildungsangebote

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

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

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

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

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

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

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

4. Ausbau bestehender Netzwerke

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

Weg: Bundesweite Recherche und Auswahl geeigneter Netzwerke.

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

5. Verbesserung von Information und Beratung für Betroffene und Arbeitgeber

Ziel: Schaffung effektiverer und effizienterer Gesamtprozesse.

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

Beteiligte: Betroffene, Arbeitgebervertreter, BMAS, Leistungserbringer und Leistungsträger

6. Dialog der Sozialpartner

Ziel: Entwicklung abgestimmter Prioritäten und Vorgehensweisen zwischen den Sozialpartnern, um Ausgliederung zu verhindern bzw. Wiedereingliederung zu ermöglichen unter besonderer Berücksichtigung inklusiver betrieblicher Ansätze der beruflichen Rehabilitation.

Weg: Einrichtung einer „Diskussionsplattform“.

Beteiligte: Vertreter der Sozialpartner, Leistungsträger, ggf. Gesetzgeber

4.4 Arbeitsgruppe 4: "Forschung"

4.4.1 Ausgangssituation und Zielvorgaben

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

- Welche inhaltlichen Anforderungen müssen an ein Forschungskonzept zur Unterstützung der Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation gestellt werden (Forschungsbedarf, Schwerpunktsetzung, Berücksichtigung der aktuellen Forschungsaktivitäten, Interdisziplinarität, erforderliche Datengrundlage für Entwicklungen, wissenschaftliche Unterstützung der Umsetzung von Entwicklungszielen, Bedeutung von Kriterien, Begriffen, ICF, etc.)?
- Wie müssen insbesondere Fort- und Weiterentwicklung als Basis für die Umsetzung der Entwicklungsschritte in der Praxis durch Wissenschaft und Forschung unterstützt werden?
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen müssen für systematische Forschung auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation geschaffen werden (Forschungsverbund, Organisation, Finanzierungsgrundlagen, Steuerung, Koordinierung, Datentransparenz)?
- Wie kann die direkte Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis wirksam unterstützt werden?
- Weitere Fragen, die sich aus der Diskussion ergeben.

4.4.2 Schwerpunktthemen

Zu Beginn trug die Arbeitsgruppe Informationen darüber zusammen, welche Forschungsarbeiten in den letzten 10 Jahren in Deutschland auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation durchgeführt wurden. Dazu wurden im Wesentlichen die Datenbank Rehadat, die Veröffentlichungen zum Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der DRV, der Fachzeitschrift Rehabilitation sowie die Forschungsberichte des BMAS herangezogen. Eine Auswertung der Suchergebnisse ist der Anlage 3 (AG 4) zu entnehmen. Dort wird auch dargestellt, inwieweit vorliegende Forschungsergebnisse den von der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur beschriebenen acht Handlungsfeldern zuzuordnen sind.

Es sind zwar in den zurückliegenden Jahrzehnten eine Menge sehr unterschiedlicher Forschungs- und Entwicklungsprojekte durchgeführt worden, aber in der Diskussion wurde festgestellt, dass insgesamt gesehen zu wenig aussagefähige Erkenntnisse in Bezug auf die angestrebte Weiterentwicklung des Systems der beruflichen Rehabilitation vorliegen. Allgemein kann auch gesagt werden, dass aus Sicht der Anwendung das Forschungsgeschehen wenig systematisch erfolgte. Damit soll gesagt werden, dass in aller Regel eher spezielle Einzelaspekte im Fokus der Forschungsarbeiten standen. Aufgrund der Erfahrungen der Mitglieder der Arbeitsgruppe lagen von Fall zu Fall mangelnde Methodik, begrenzte Aussagefähigkeit, mangelnde Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bereiche, Probleme bei der praktischen Umsetzung und ähnliche ungünstige Rahmenbedingungen vor, die den Gesamtwert der zur Verfügung stehenden Forschungsergebnisse für die RehaFutur-Entwicklung zusätzlich relativiert.

Andererseits war allen Beteiligten klar, dass eine so umfassende Entwicklung, wie sie in der Initiative RehaFutur angestrebt wird, nicht ohne eine gezielte Unterstützung durch Wissenschaft und Forschung denkbar ist. Die umfassende Entwicklung des gesamten Systems der beruflichen Rehabilitation in der Praxis kann nur effektiv und effizient sein mit

der Unterstützung durch gezielt erarbeitete Forschungsergebnisse und durch einen gesteuerten Ergebnistransfer.

In der Arbeitsgruppe bestand Konsens, dass eine Initiative entwickelt werden sollte, um über einen begrenzten Zeitraum Forschungsaktivitäten gezielt im Sinne der Entwicklung des Rehabilitationssystems zu fördern und diese Förderung an Schwerpunktthemen anzusiedeln. Als Ergebnis der Diskussion wurden folgende Forschungsschwerpunkte empfohlen:

- Bedarf und Zugang zur beruflichen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Prozesse (LTA)
- Einbindung von Betrieben in den Rehabilitationsprozess
- Wirkungen beruflicher Rehabilitation

Im Folgenden Kapitel werden hierzu weitere Angaben, Vorschläge und Empfehlungen gemacht. Die Arbeitsgruppe ergänzte außerdem die von der wissenschaftlichen Fachgruppe vorgeschlagenen Forschungsthemen durch weitere Themen und ordnete alle Vorschläge nach Prioritäten (s. Anlage 1/AG 4).

Außerdem wurde in der Arbeitsgruppe diskutiert, welche organisatorischen Voraussetzungen und Informationen denkbar sind, um die Schwerpunktforschung zu steuern bzw. zu unterstützen. Grundlage hierfür waren die Erfahrungen aus dem Förderschwerpunkt im Bereich der medizinischen Rehabilitation, die vorab u.a. in einem Arbeitspapier zusammengefasst wurden (s. Anlage 2/AG4). Die Diskussion mündete in Vorschlägen und Empfehlungen, die in Kapitel 4.4.3 vorgestellt werden.

4.4.3 Vorschläge und Empfehlungen

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

Empfehlung 1

Bildung von vier Forschungsschwerpunkten für die berufliche Rehabilitation

Bedarf und Zugang zur beruflichen Rehabilitation

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

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

Die Umsetzung neuer Konzepte erfordert auch die Weiterentwicklung von Instrumenten und Methoden für moderne Informationswege sowie Berufs- und Bildungsberatung, die eingesetzt und überprüft werden müssen. Hierbei ist zu untersuchen, wie die Transparenz

der sich kontinuierlich verändernden Anforderungen in der Arbeitswelt sichergestellt werden kann.

Zentrale Themenfelder:

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

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

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

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Prozesse (LTA)

Die individuelle, flexible und bedarfsgerechte Planung von LTA-Prozessen bzw. – Leistungen (Qualifizierungen und andere Rehabilitationsleistungen mit dem Ziel der Integration) setzt eine konsequente Weiterentwicklung von Assessment-Methoden und – Instrumenten voraus. Diese sollen alle fachlichen, persönlichen und Gesundheitskompetenzen sowie Potenziale einer Person einschließlich der relevanten Umfeldfaktoren kompatibel mit der ICF erfassen. Zu berücksichtigen ist dabei das Ziel der nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit.

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

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

Zentrale Themenfelder:

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

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

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

Einbindung von Betrieben in den Rehabilitationsprozess

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

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

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

Erstrebenswert ist, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig im Betriebsalltag erkannt wird. Damit sind entsprechende Indikatoren und Instrumente erforderlich, die frühzeitige Einleitung von LTA-Prozessen unterstützen. Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, in welchem Ausmaß der Betrieb ein gestaltbarer Ort für Maßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes sein kann. Stichworte hierzu sind Prävention, Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit, frühzeitige Intervention etc.

Zentrale Themenfelder

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

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

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

Wirkungen beruflicher Rehabilitation

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

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

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

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

Zentrale Themenfelder:

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

Beispiele aus den anderen Arbeitsgruppen für diesen Forschungsschwerpunkt:

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

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

Empfehlung 2

Beispiele für konkrete Forschungsthemen

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

Tab. 1 Zuordnung der Forschungsthemen der Arbeitsgruppen 1 – 3 zu den vorgeschlagenen Forschungsschwerpunkten

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

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

Empfehlung 3

Bildung eines Förderschwerpunktes

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

Empfehlung 4

Struktur und Organisation eines Förderschwerpunktes zur beruflichen Rehabilitation

Strukturelemente

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

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

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

- Es müssen themenorientierte, unabhängige und wissenschaftlich fundierte Gutachtergremien berufen werden, die die Forschungsanträge bewerten und ihren Stellenwert bezogen auf die Zielrichtung der Forschungsschwerpunkte beurteilen.
- Es muss eine fachlich kompetente Verwaltungseinheit mit der formalen und inhaltlichen Betreuung der Forschungsprojekte beauftragt werden. Dies kann ein externer Projektträger (Dienstleister) sein, der aus den Forschungsmitteln finanziert wird.⁴
- Es ist sinnvoll, auf der Forschungsebene Strukturen für Kommunikation und Kooperation zu schaffen, z.B. themenorientierte Netzwerke von Forschungseinrichtungen und Leistungserbringern.
- Es wäre denkbar, ein Koordinierungszentrum für Forschung in der beruflichen Rehabilitation zu schaffen. Ziele und Aufgaben können sein: Aktualisierung von Forschungsbedarfen, Veröffentlichung und Kommunikation von Forschungsergebnissen, Organisation von Jahrestagungen zur Veröffentlichung

⁴ Das DLR erbringt die Dienstleistung z.B. für das BMBF

und Diskussion von Forschungsergebnissen, Bildung und Administration von Gremien zum Erfahrungsaustausch etc.

- Zur Unterstützung der Schwerpunktforschung wäre es nützlich und hilfreich, Ressourcen zu schaffen für die längerfristige Ermittlung von Routinedaten, die den Forschungseinrichtungen für Verfügung gestellt werden können. Dies könnte z.B. durch Beauftragung der Forschungsdatenzentren der Rehabilitationsträger geschehen.

Die folgende Grafik (s. Abb. 4) gibt einen Überblick über die Struktur des Förderschwerpunktes.

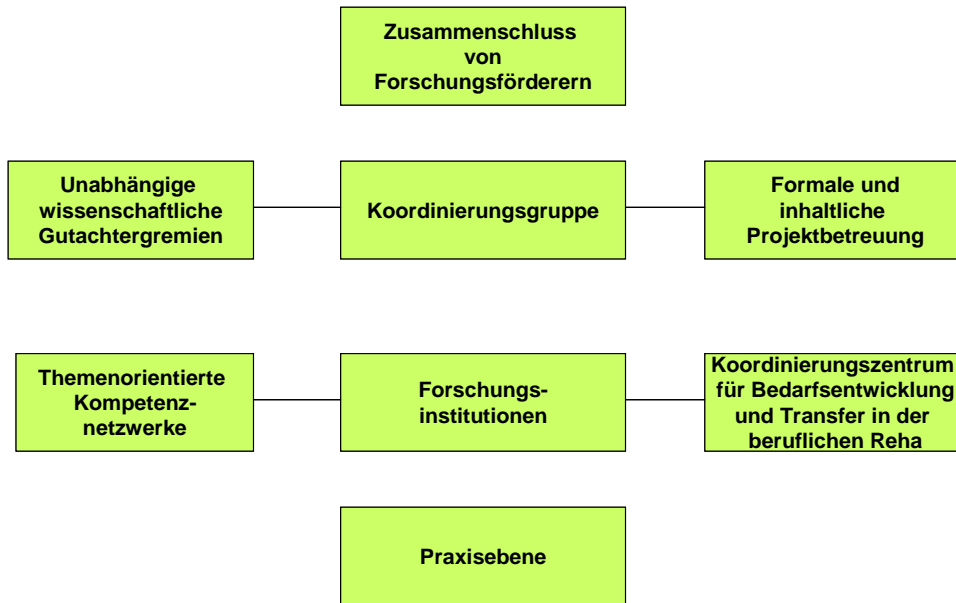


Abb. 4: Struktur des Förderschwerpunktes

Inhaltliche Ausgestaltung

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

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

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

Wenn man sich auf Forschungsschwerpunkte geeinigt hat, müssen diese öffentlich ausgeschrieben und die tangierten Forschungseinrichtungen und auch Leistungserbringer angeregt werden, sich an Forschungsaktivitäten zu beteiligen. Es kommen Einzelanträge genauso in Betracht wie Verbundanträge. Mit Verbundanträgen ist gemeint, dass man dazu auffordern sollte, mit mehreren Einrichtungen thematisch gemeinsame Anträge zu stellen, um die interdisziplinäre Bearbeitung relevanter Themenstellungen zu fördern. Beispiele hierfür sind die Zusammenarbeit von Psychologen, Pädagogen und Leistungserbringern bei der Weiterentwicklung und Überprüfung von Prozessen unter

Einbeziehung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten oder die Zusammenarbeit von Psychologen, Medizinern und Sozialwissenschaftlern bei der Wirksamkeit von Teilprozessen, Instrumenten und Methoden. Insbesondere die enge Zusammenarbeit von Forschungseinrichtungen mit Leistungserbringern und Leistungsträgern sollte angeregt und gefördert werden, um die Akzeptanz und zeitnahe Umsetzung der Forschungsergebnisse sicherzustellen. Von Fall zu Fall kann man so weit gehen, bei bestimmten Themen oder Schwerpunkten Antragsteller/Forscher in Verbindung mit der Bewilligung von Forschungsprojekten zur Zusammenarbeit mit bestimmten Institutionen zu verpflichten. Auch durch Schwerpunktsetzung bei Forschungsthemen kann man die Bildung von Kooperationen fördern (vernetzte Projekte, Vernetzung von Kompetenzen).

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

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

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

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

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

5 Die Leistungsberechtigten als Akteursgruppe

5.1 Die Einbindung der Leistungsberechtigten

Die Wissenschaftliche Fachgruppe stellt die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten in der beruflichen Rehabilitation in den Mittelpunkt (vergl. Handlungsfeld 1), die als Querschnittsaufgabe in allen Themenbereichen berücksichtigt werden muss. Insbesondere sollen zukunftsfähige Strukturen der beruflichen Rehabilitation mehr Eigeninitiative der Leistungsberechtigten ermöglichen und Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als Potential erkennen und gezielt fördern. Auf dieser Grundlage können das Beschäftigungspotenzial von Menschen mit Behinderungen gestärkt und mehr Effektivität, Effizienz und Nachhaltigkeit erreicht werden. Dieser Ansatz entspricht den Zielen der BRK, die Mitwirkungsrechte der Menschen mit Behinderungen an der Ausgestaltung von Rehabilitationsprogrammen festschreibt.

Es war daher folgerichtig, dass beim Entwicklungsprojekt RehaFutur neben den anderen Akteursgruppen auch Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Leistungsberechtigte) zur Mitwirkung eingeladen wurden. Das Ziel war, bei den Veränderungsprozessen zur Ausgestaltung der beruflichen Rehabilitation von Anfang an das Erfahrungswissen der Leistungsberechtigten einzubeziehen.

Die DVfR übernahm als Kooperationspartner der DAR (Projektnehmer) die Aufgabe, die Mitwirkung der Leistungsberechtigten am Entwicklungsprojekt RehaFutur zu organisieren.

Mitwirkungsinteressierte Rehabilitanden wurden mit Unterstützung der Arbeitsgemeinschaften der beruflichen Leistungserbringer (BFW, BAK, abR, BTZ, RPK), insbesondere über die Rehabilitandenvertretungen in Einrichtungen und Diensten, angesprochen. So konnten insgesamt 21 Leistungsberechtigte für die Mitwirkung am Entwicklungsprojekt in den 4 Arbeitsgruppen gewonnen werden. In jeder der vier Arbeitsgruppen arbeiteten mindestens zwei Leistungsberechtigte aktiv mit. Ihre Aufgabe war es, Erfahrungen aus der Praxis in die Diskussion einzubringen und aus dieser selbst erlebten Perspektive heraus Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die berufliche Rehabilitation vorzuschlagen. Die anderen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden traten als Vertretung ein und nahmen an den Workshops der Leistungsberechtigten teil.

Voraussetzung für die Mitwirkung war, dass die Betroffenen selbst Teilnehmer einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme sind und z.B. durch ihr Engagement als Rehabilitandenvertreter gut vernetzt sind, um neben den eigenen Interessen auch die Perspektive der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden insgesamt einbringen zu können.

5.1.1 Gemeinsame Treffen der Leistungsberechtigten

Damit sich alle beteiligten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch während des RehaFutur Entwicklungsprojektes untereinander austauschen konnten und auch um als Akteursgruppe eigene Positionen erarbeiten zu können, organisierte die DVfR insgesamt drei Treffen zu denen die Leistungsberechtigten eingeladen wurden.

Bei ihrem ersten gemeinsamen Treffen im Januar 2011 berichteten die in den vier Arbeitsgruppen beteiligten Leistungsberechtigten davon, dass es ihnen zunächst nicht leicht gefallen war, der oft sehr fachlichen Diskussion zu folgen und sich aktiv einzubringen. Dennoch war bereits zu diesem Zeitpunkt in der Gruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein Bewusstsein dafür entstanden, dass sie sich in eigener Sache als Akteursgruppe vernetzen müssen, um sich für die gemeinsamen Interessen gezielter einsetzen zu können. Es begann ein reger Erfahrungsaustausch untereinander, der sich auch auf die Arbeit der RehaFutur-Arbeitsgruppen auswirkte. Die Leistungsberechtigten agierten als gut vernetzte Interessengruppe. So gelang es ihnen, nicht nur persönliche Erfahrungen einzubringen, sondern auch zunehmend aus der Perspektive einer Akteursgruppe – nämlich derjenigen Personen für die die Angebote der

beruflichen Rehabilitation vorgesehen sind und die einen Anspruch auf diese Leistung haben – zu diskutieren und Meinungen und Vorschläge einzubringen. Für ihre eigene Meinungsbildung besprachen sie die Themen aus RehaFutur mit ihren Kolleginnen und Kollegen in den Einrichtungen, insbesondere auch mit den Rehabilitandenvertretern.

Das zweite Treffen im Mai 2011 diente in erster Linie der Vorbereitung der bisher erarbeiteten Positionen der Leistungsberechtigten für den Workshop „RehaFutur. Auf dem Weg“, der im Juni 2011 in Berlin stattfand. Die Leistungsberechtigten nahmen als Akteursgruppe am Workshop teil und stellten die Ergebnisse aus Ihren ersten beiden Treffen auf einem Poster (s. Abb. 5) dar.

Poster

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern

Workshops mit Rehabilitanden-Vertretungen am 21.1. 2011 und 13.5.2011 in Frankfurt/M.

Beteiligte des Workshops: 15 Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, Vertreter aus Berufsförderungswerken der Arbeitsgemeinschaft deutscher Berufsförderungswerke und Bildungseinrichtungen der Fortbildungsakademie der Wirtschaft.

Moderation: Fr. Dr. B. Reinsberg (DVfR), Ch. Schmidt (DAR)

Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung - was Leistungsberechtigte erwarten -

1. bessere Information

- ⇒ Mitbestimmung und Selbstverantwortung setzt umfassende Information voraus!
- ⇒ Zugang zu Information zentral, trägerunabhängig gewährleisten (wo sind Berater/Beratungsstellen?)
- ⇒ frühzeitiger Zugang zu Informationen / zur beruflichen Rehabilitation (über Kliniken, Ärzte, u.a.), um Wartezeiten und Arbeitslosigkeit zu vermeiden

2. kompetente Beratung

- ⇒ Leistungsberechtigte als mündige Bürger ernst nehmen
- ⇒ Vorhandene Kompetenzen der Rehabilitanden nutzen
- ⇒ bessere Qualifizierung der Berater/Ausbilder
- ⇒ Ansprechpartner vor Ort, der bei auftretenden Problemen, auch im sozialen Umfeld, Hilfestellung geben kann.
- ⇒ Entscheidungen seitens der Kostenträger und der Bildungseinrichtung müssen erklärt werden, damit Demotivation vermieden wird.
- ⇒ Beratung über Persönliches Budget
- ⇒ Beratung durch Betroffene (z. B. Rehapilot) ermöglichen

3. mehr Mitbestimmung bei der Teilhabeplanung und Umsetzung der Rehabilitation

- ⇒ Mehr Informationen/Transparenz über Reha-Konzepte und -Einrichtungen im Vorfeld der Entscheidung über eine Rehabilitation (alternative Umschulungsmöglichkeiten aufzeigen, Wahlmöglichkeit anbieten)
- ⇒ Freie Wahl der Bildungseinrichtung
- ⇒ Unabhängigkeit der Berufsfindung/Arbeitserprobung, Rehabedarfsfeststellung
- ⇒ Teilnehmer-Vertretungen fördern und nutzen zur Förderung der Selbstbestimmung

4. Individuelle Förderung konsequenter umsetzen

- ⇒ Individuelle, flexible Ausbildung und Förderplanung entsprechend des konkreten Förderbedarfs
- ⇒ Differenzierung der Bildungsleistung nach individuellem Vorwissen und Motivation, z.B. durch individuell wählbare, flexible Ausbildungsmodule (auch über Internet)
- ⇒ Förderung Alleinerziehender
- ⇒ Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer bzw. der Rehabilitandenvertretungen systematisch zur Qualitätssicherung nutzen (Feedback – Kultur)
- ⇒ Integrationsberatung/-management so früh wie möglich beginnen, betriebliche Praktika individuell gestalten
- ⇒ Selbstorganisiertes Lernen methodisch verbessern und nicht als „Lückenfüller“ für Personalengpässe nutzen
- ⇒ „Fördern und Fordern“ konsequenter umsetzen (Eigeninitiative unterstützen, bei längeren Bildungsleistungen Probezeit einführen, Motivation in der Anfangsphase klären, u.a.)
- ⇒ Weiterbildung der Reha-Fachkräfte sicherstellen

Abb. 5: Inhalte zum Poster der Leistungsberechtigten auf dem Workshop „RehaFutur – Auf dem Weg“

Bei einem dritten Treffen im Januar 2012 haben sich die am Projekt beteiligten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur „Interessenvertretung berufliche Rehabilitation“ (IbR) zusammengeschlossen und ihre weitere Beteiligung am RehaFutur-Prozess verabredet.

5.1.2 Entwicklung eines eigenen Selbstverständnisses als Akteursgruppe

Der Ansatz der systematischen Beteiligung wurde von den Leistungsberechtigten sehr positiv aufgenommen. Sie betrachteten es als Wertschätzung und Ansporn, sich aktiv am RehaFutur-Entwicklungsprojekt zu beteiligen.

Das Bekanntwerden des RehaFutur-Entwicklungsprozesses in den Rehabilitationseinrichtungen führte zu sehr vielen Anfragen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aus den Einrichtungen bei den am RehaFutur-Entwicklungsprojekt mitwirkenden Leistungsberechtigten. Sie wurden als Personen wahrgenommen, die gleiche Erfahrungen machen und in der Lage sind, Probleme in der beruflichen Rehabilitation an die Verantwortlichen zu kommunizieren. Es zeigte sich aber auch schnell, dass ein loser Zusammenschluss von ehrenamtlich tätigen Betroffenen nicht in der Lage ist, ohne strukturelle Unterstützung, dem Beratungsbedarf gerecht zu werden.

Durch die strukturell geplante und konsequent durchgeführte Beteiligung der Leistungsberechtigten entwickelten sie ein Selbstverständnis als Interessengruppe. Im ständigen Austausch untereinander und mit den Vertretern der anderen Akteursgruppen, waren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Lage, ihre Positionen zu reflektieren und konstruktive Vorschläge zu machen. Sie wurden für die Akteure im Prozess zu gleichwertigen und wichtigen Diskussionspartnern.

Die Leistungsberechtigten haben durch das Einbringen ihres Erfahrungswissens die Diskussion stark beeinflusst und sozusagen „geerdet“. Durch ihre Beteiligung ging es nicht nur um Konzepte und Absichten, sondern viele Diskussionspunkte ließen sich direkt einer Art „Praxischeck“ unterziehen. Ihre Perspektive machte den gesamten Reha-Prozess für alle Akteure greifbarer. So konnten Probleme im Prozess klar benannt werden und gleichzeitig Lösungsvorschläge erarbeitet werden, die sich an der Praxis orientierten.

Mit der Beteiligung der Leistungsberechtigten an einem solchen Projekt wurde Neuland beschritten. Die Leistungsberechtigten diskutierten auf Augenhöhe mit und brachten wichtige Impulse und Vorschläge ein. Die konstruktive Kritik und die Differenziertheit der Vorschläge von Seiten der Leistungsberechtigten haben alle Experten überrascht und beeindruckt. Es kann zusammenfassend festgestellt werden, dass sich diese Form der Beteiligung bewährt hat.

Aus diesen Erfahrungen und den Vorgaben der wissenschaftlichen Fachgruppe, lässt sich folgender Schluss ziehen: Ein umfassender Veränderungsprozess zur Sicherung der Zukunft der beruflichen Rehabilitation mit dem Kernthema der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als Leitbild kann nicht ohne die Beteiligung von Betroffenen, die ihre ganz persönlichen Erfahrungen, Ansprüche und Möglichkeiten mit einbringen können, sinnvoll und anforderungsgerecht umgesetzt werden.

Die Umsetzung der Forderung des SGB IX zum Thema Selbstbestimmung, auch bezogen auf das Selbstverständnis aller Akteure, stehen jedoch noch ganz am Anfang.

5.2 Anregungen und Vorschläge der Leistungsberechtigten

Betroffene wünschen sich, beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation sowie auch im Reha-Prozess, selbstbestimmt mitwirken zu können und nicht nur beteiligt zu werden. Sie möchten, dass ihre eigenen Vorstellungen und beruflichen Erfahrungen berücksichtigt werden und sie nicht einfach in vorhandene Rehabilitationsstrukturen „eingepasst“ werden.

Die Leistungsberechtigten wollen nicht als Bittsteller behandelt werden. Sie sehen die berufliche Rehabilitation als Chance, ihre persönliche Zukunft zu gestalten und unabhängig von Sozialleistungen ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Deshalb ist es ihnen wichtig, sich bei ihrer Rehabilitation entsprechend zu engagieren.

Viele kritische Erfahrungen der Leistungsberechtigten konzentrieren sich auf den Zugangsprozess. Kritisiert wurde dabei insbesondere, dass Dialogsituationen auf Augenhöhe im gesamten Verfahren selten oder gar nicht vorkommen und die Interessen und Handlungslogiken der Verwaltungen der Sozialleistungsträger und der Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zu stark im Vordergrund stehen. Es wird empfunden, dass zu häufig vorhandene Strukturen bzw. offene Plätze in Einrichtungen in der Beratung maßgeblich waren und die individuellen Voraussetzungen und Wünsche zu wenig

berücksichtigt wurden. In einer offenen und neutralen Beratung sehen die Betroffenen Chancen für Motivationssteigerung und weniger Maßnahmenabbrüche. Die Entscheidung für eine bestimmte Rehabilitationsmaßnahme, die seinen Fähigkeiten und Vorstellungen entspricht, sollte in erster Linie eine Entscheidung des Antragstellers sein und nicht der Berater bzw. Verwaltungsfachleute.

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wurden nicht als statische Fähigkeiten beschrieben, die ein Rehabilitand zu Beginn der Rehabilitation besitzt bzw. nicht besitzt. Die Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung wurde von den Leistungsberechtigten als Prozess angesehen, der sich unter bestimmten Rahmenbedingungen im Reha-Verlauf gestalten lässt. Vielfach wurde von den Leistungsberechtigten betont, dass zur Selbstbestimmung auch Selbstverantwortung gehört, die sie auch bereit sind wahrzunehmen. Entscheidend ist, inwieweit die Rehabilitation Selbstvertrauen stärkt und an den Ressourcen der Person ansetzt.

Dazu, wie der „Sozialraum“ Rehabilitationseinrichtung selbstbestimmungsorientierter gestaltet werden kann, haben die Diskussionsteilnehmer vielfältige Hinweise gegeben. Auch hier spielen dialogorientierte Beratungsangebote eine zentrale Rolle, ähnlich wie im Zugangsprozess.

Themen des Wunsch- und Wahlrechts wurden ausführlich diskutiert. Häufig ergeben sich Spannungen und Konflikte im Beratungsprozess aus festgestellten Eignungs- und Leistungseinschränkungen der Betroffenen, Informationsdefiziten über den Rehabilitationsprozess sowie aus Gegebenheiten des Arbeitsmarktes.

Ausgeräumt werden konnte die Befürchtung der Leistungsträger, dass mehr Wunsch- und Wahlfreiheit der Leistungsberechtigten bei Entscheidungen über ihre Rehabilitation zu unangemessenen Forderungen führe. Die Leistungsberechtigten erwarten von den Beratern, dass die gesetzlichen Ansprüche, Rahmenbedingungen, Angebotsvielfalt und Leistungsinhalte erläutert werden, auf deren Grundlage Entscheidungen getroffen werden können.

Herausgearbeitet wurde, dass die Stärkung der Selbstbestimmung die Beziehungsebene zwischen Reha-Experten und Leistungsberechtigten verändert. Hier stellt sich die Frage, inwieweit ein Mentalitätswandel auf Seiten der Experten notwendig ist, der auch mehr Professionalität und Beratungskompetenz der Berater erfordert. Selbstbestimmung stellt somit nicht nur für die Leistungsberechtigten eine Herausforderung dar. Auch die Experten und die verschiedenen Verwaltungskulturen sind aufgefordert sich weiterzuentwickeln.

Im Laufe der Diskussionen mit den Leistungsberechtigten während des RehaFutur-Entwicklungsprojektes bildeten sich schließlich fünf Kernthemen heraus, die aus Sicht der Leistungsberechtigten zur einer positiven Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation ganz wesentlich beitragen können.

5.2.1 Bessere Information

Eine berufliche Rehabilitation durchlaufen Menschen, die z.B. nach Unfall oder Krankheit ihr Leben umstellen und eine neue berufliche Perspektive finden müssen. Um in dieser einschneidenden Lebensphase die richtigen Entscheidungen treffen zu können, ist es wichtig, dass die Betroffenen umfassende Information über die Möglichkeiten von Unterstützungsleistungen für die berufliche Wiedereingliederung erhalten. Die Leistungsberechtigten wünschen sich eine orientierende Erstberatung, die größtmögliche Transparenz herstellt. Wie unabhängig von den Interessen einzelner Reha-Träger die Beratung sein sollte, wurde kontrovers diskutiert. Immer wieder wurde die umfassende Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation mit der Träger-Unabhängigkeit der Berater in Zusammenhang gebracht. Einige wünschen sich eine vollkommen trägerunabhängige Beratung.

Zuallererst muss der Zugang zu umfassender und trägerunabhängiger Information verbessert werden. Viele Betroffene wissen nicht, wo sie entsprechende kompetente Beratung erhalten können. So ergab eine nicht repräsentative Umfrage eines am Projekt RehaFutur beteiligten Rehabilitandenvertreters u.a., dass keinem einzigen von 100 befragten Rehabilitanden im BFW der Begriff „Gemeinsame Servicestelle“ bekannt war.

Den Leistungsberechtigten ist es sehr wichtig, dass Informationen zur beruflichen Rehabilitation auf vielen Wegen Verbreitung finden (über Servicestellen, Kliniken, Ärzte, Ämter, u.a.), um unnötige Wartezeiten und Arbeitslosigkeit zu vermeiden.

5.2.2 Peer-Beratung

Die Leistungsberechtigten vermissen vor allem den Austausch mit Gleichbetroffenen möglichst schon vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme. Sie wünschen sich ein informelles Netzwerk, in dem Reha-Erfahrene andere Betroffene beraten. Dies kann nicht die Expertenberatung ersetzen, sie jedoch sinnvoll ergänzen. Der Zugang zu einem solchen Netzwerk sollte über die Beratungsstrukturen der Rehabilitationsträger frühzeitig möglich sein. Zur Verbesserung der Informations- und Beratungsqualität entwickelten die Leistungsberechtigten deshalb die Idee des „Reha-Piloten“. Dabei handelt es sich um ehemalige Rehabilitanden, die in den verschiedenen Phasen der Rehabilitation als Ansprechpartner auf Augenhöhe und mit Erfahrungswissen zur Verfügung stehen sollen. Der „Reha-Pilot“ versteht sich als Ergänzung der bestehenden Informations- und Beratungsstrukturen und kann sinnvoll zur Entscheidungsfindung und Motivationssteigerung bei der Inanspruchnahme einer Rehabilitationsmaßnahme beitragen.

Beratung durch Personen, die selbst eine berufliche Rehabilitation durchlaufen haben (Peer-Beratung, Reha-Pilot), soll zu Beginn des Reha-Prozesses ermöglicht werden. An welcher Stelle genau, da unterscheiden sich die Meinungen, wie folgende Zitate deutlich machen:

„Gleich zu Beginn, vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme.“

„Der Reha-Pilot müsste schon starten wenn man arbeitsunfähig wird – spätestens in der 7. Krankheitswoche.“

„Die Info über den Reha-Pilot muss schon bei den Sozialdiensten der Krankenhäuser oder in medizinischen Rehabilitationskliniken und bei Hausärzten gegeben werden.“

„Bereits Schüler oder Berufsanfänger sollten auf das Thema aufmerksam gemacht werden.“

„... (ehemalige) Rehabilitanden müssen generell an der qualifizierten Beratung beteiligt werden.“

5.2.3 Qualifizierte Beratung

Leistungsberechtigte in der beruflichen Rehabilitation haben oft schon eine längere Berufsphase hinter sich. Sie bringen Kompetenzen und Lebenserfahrung mit, die für die Gestaltung der beruflichen Wiedereingliederung genutzt werden sollten. Sie wünschen sich Berufsberater/Berufsberaterinnen, die in ihrer Grundhaltung (Berufsethos) gegenüber dem Leistungsberechtigten und dessen Erfahrungen wertschätzend eingestellt sind und seine Kompetenzen von Beginn an individuell, transparent und in Abstimmung mit ihm in die weiteren Entscheidungen einbeziehen. Erforderlich ist, dass das Empowerment-Konzept (Selbstbefähigung) in die berufliche Beratungspraxis übernommen wird.

Die Beratung im Vorfeld einer beruflichen Rehabilitation und im Rahmen der Leistungsberatung muss auf Augenhöhe zwischen einem gut qualifizierten Berater und dem Betroffenen als „Experten in eigener Sache“ erfolgen, mit dem Ziel, dass der Leistungsberechtigte befähigt wird, Entscheidungen selbst bzw. gemeinsam mit dem Berater zu treffen. Auch Beratung über das Persönliche Budget gehört zu einer umfassenden Information.

Dass derzeit die Beratung zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme höchst heterogen verläuft, zeigen die folgenden Zitate aus den Diskussionen mit den Leistungsberechtigten:

„Ich hatte die Möglichkeit der Auswahl. Nach einem Assessment hatte ich die notwendigen Informationen darüber, was mir liegen würde. Es gab Einschränkungen von Seiten des ärztlichen Gutachters, aber letztendlich hatte ich die freie Wahl aus meinen vier favorisierten Berufen. Ich konnte auch zwischen verschiedenen BFWs für die Qualifizierungsmaßnahme wählen.“

„Ich bekam die Ausbildung zum Bürokaufmann vorgeschlagen, aber lehnte ab und nannte meine eigene Wahl: Steuerfachberater. Die Arbeitserprobung konnte ich durch Eigeninitiative innerhalb einer Woche (statt drei Wochen wie vorgeschlagen) organisieren. Meinem Rehaberater musste ich die ganze Zeit hinterher rennen, um nicht am Ende ein halbes Jahr zu verlieren und während dieser Zeit dann krank geschrieben zu sein. Ich wurde in ein BFW geschickt und bekam keine Information über andere Möglichkeiten der Umschulung. Da ich die betriebliche Ausbildung aber als für mich vorteilhafter ansah, wollte ich meine Ausbildung bei der FAW machen und in die Berufsschule gehen. Das habe ich ebenfalls durch eigene Initiative herausgefunden und erreicht.“

„Meinen Antrag auf berufliche Rehabilitation habe ich im März gestellt. Die Genehmigung kam im Juli und die Berufsfindung fand dann im September statt. Die lange Wartezeit war kein gutes Gefühl und verursachte Ängste. Ich konnte zwar frei entscheiden welche Ausbildung ich absolvieren möchte, aber eine Aufklärung über die Möglichkeiten einer betrieblichen Qualifizierung habe ich nicht erhalten.“

„Ich musste nach meinem Unfall ein Jahr auf die medizinische Rehabilitation warten. Danach war ich 1,5 Jahre arbeitsunfähig zu Hause. Diese lange Zeit ohne Perspektive machte mich depressiv. Über private Kontakte hörte ich zufällig von beruflicher Rehabilitation und machte schließlich eine Berufsfindung in einem BFW. Mein erster und zweiter Berufswunsch wurde mir ausgedrückt, der dritte klappte dann. Über eine betriebliche Ausbildung bekam ich keine Information.“

„Meine Arbeitserprobung im BFW fand sechs Wochen nach Antrag statt. Ich hatte den Wunsch Immobilienkaufmann zu werden – diese Ausbildung gab es in dem Haus nicht. Mein Reha-Berater meinte, ich solle Bürokaufmann lernen, andernfalls würde ich keine Unterstützung erhalten. Ich lerne nun Bürokaufmann.“

„Ich hatte das Gefühl die bekommen Provision damit der Kurs voll wird.“

Die Leistungsberechtigten wünschen sich, dass während der Qualifizierungsmaßnahme auftretende Probleme, auch das soziale Umfeld betreffend, wahrgenommen werden und Ansprechpartner für deren Lösung zur Verfügung stehen. Wichtig ist auch, dass Entscheidungen seitens der Kostenträger und der Rehaeinrichtungen transparent gemacht, kommuniziert und erklärt werden, damit Demotivation vermieden wird.

5.2.4 Mehr Mitbestimmung bei der Teilhabeplanung und Umsetzung der Rehabilitation

Als Voraussetzung für Mitbestimmung, sollten Betroffene im Vorfeld ihrer Entscheidung für eine Maßnahme Informationen über die verschiedenen Reha-Konzepte und Rehabilitationseinrichtungen und auch über alternative Umschulungsmöglichkeiten erhalten. Nur eine echte Wahlmöglichkeit sichert eine selbstbestimmte Entscheidung über den weiteren beruflichen Lebensweg und fördert die Motivation des Rehabilitanden. Dazu gehört auch die freie Wahl der Bildungseinrichtung. Dies ist eher möglich, wenn nach der individuellen Reha-Bedarfsfeststellung die Arbeitserprobung zur Berufsfindung unabhängig von der späteren Bildungseinrichtung erfolgt.

Die Mitbestimmung der Teilnehmervvertretungen in den Rehabilitationseinrichtungen ist ein wichtiger Teil der Förderung von Selbstbestimmung. Sie sollten daher vonseiten der Einrichtungen und Rehabilitationsträger in ihrer Funktion gestärkt und unterstützt werden. Hier stellte sich für die Teilnehmer insbesondere die Frage, ob und wie sie stärker in die

Sicherung der Ausbildungsqualität mit einbezogen werden könnten, z.B. durch Beteiligung an Bewertungsprozessen.

Eine Feedback-Kultur in den Einrichtungen sollte selbstverständlich sein, um Erfahrungen und Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer und ihrer Vertretungen systematisch zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Bildungsmaßnahmen zu nutzen.

Auch selbstorganisiertes Lernen als Teil der Qualifizierung kann die Motivation des Einzelnen fördern. Es muss aber methodisch gut eingeführt und begleitet werden und darf nicht als „Lückenfüller“ für personelle Engpässe dienen.

Die Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit muss schon zu Beginn der beruflichen Rehabilitation stets im Blick behalten werden und mit dem Rehabilitanden in Form eines effektiven Integrationsmanagements umgesetzt werden.

5.2.5 Individuelle Förderung konsequenter umsetzen

Entsprechend des konkreten Förderbedarfs des Rehabilitanden muss eine individuelle Förderplanung stattfinden, die sich an der Vorbildung, sozialen Einbindung und Motivation des Einzelnen orientiert und flexibel angepasst werden kann. Dabei sollten belastende Lebenslagen (z.B. Alleinerziehende) besonders berücksichtigt werden. Insbesondere können zeitlich, inhaltliche und methodisch flexible Ausbildungsmodule und IT-unterstützte Lehrmethoden (z.B. virtuelle Klassenräume) zur Umsetzung der individuellen Förderplanung beitragen. Die Qualität solcher Lernmethoden muss jedoch gesichert sein.

Im Verlaufe der Diskussionen hoben die Leitungsberechtigten deutlich hervor, dass Möglichkeiten, Entscheidungen selbstbestimmt treffen zu können, und Mitbestimmung im Rehabilitationsprozess die Motivation und den Erfolg der Rehabilitation ganz wesentlich fördern.

5.3 Forderungen der Leistungsberechtigten für die Umsetzungsphase von RehaFUTUR

Die am RehaFUTUR-Entwicklungsprozess mitwirkenden Rehabilitanden haben großes Interesse an der Umsetzung der entwickelten Vorschläge und Empfehlungen bekundet und sind bereit, an Umsetzungsprozessen mitzuwirken. Da viele von Ihnen ihre Rehabilitationsmaßnahme inzwischen abgeschlossen haben und in den beruflichen Einrichtungen neue Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in Teilnehmervertretungen mitwirken, war es folgerichtig, sich in einer Interessenvertretung zusammenzuschließen und den Austausch zwischen aktiven und ehemaligen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zu organisieren. Über die Gründung der Interessenvertretung berufliche Rehabilitation (IbR) berichteten die Leistungsberechtigten bei ihrem Abschlusstreffen im Januar 2012 in Frankfurt und sie erläuterten die Ziele und Aufgaben der IbR.

Die IbR ist ein offener Zusammenschluss für Personen mit eigener beruflicher Rehabilitationserfahrung. Sie will Informationen und Erfahrungswissen über die berufliche Rehabilitation für Ratsuchende weitergeben und Rehabilitanden bzw. angehende Rehabilitanden beraten (Peer-Beratung). Die IbR will an Umsetzungsprojekten mitwirken und stellt sich als Ansprechpartner zur Verfügung, um die Beteiligung von Betroffenen an solchen Projekten zu organisieren. An zwei regionalen Projekten zum Reha-Pilot ist die IbR derzeit beteiligt. Ein wichtiges Anliegen ist es, insbesondere die Teilnehmervertretungen in den beruflichen Rehabilitationseinrichtungen zu vernetzen. Die IbR-Mitglieder wiesen aber darauf hin, dass sie auf Unterstützung der anderen Akteure der beruflichen Rehabilitation angewiesen sind, da sie über keine Ressourcen für eigene Projekte verfügen.

Im Rahmen des Abschlusstreffens stellte die Interessenvertretung ihre Forderungen und Wünsche für den Umsetzungsprozess der RehaFUTUR-Ergebnisse vor:

1. Leistungsberechtigte sind zur Mitwirkung an Umsetzungsprojekten bereit. Die IbR steht als Ansprechpartner zur Verfügung.
2. Die Mitarbeit der Leistungsberechtigten an Projekten braucht Unterstützung. Aufgaben und Strukturen für die Mitwirkung sind von allen Reha-Akteuren zu entwickeln.
3. Über den weiteren Entwicklungsprozess in der beruflichen Rehabilitation ist Transparenz herzustellen.
4. Ein Projekt „Praxisvorschläge für die Förderung der Selbstbestimmung im Rehabilitationsprozess“ soll initiiert werden, in dem folgende Fragen geklärt werden sollen:
 - Welche Strukturen zur Förderung der Selbstbestimmung sind erforderlich (in der Beratung, in den Einrichtungen, während der Maßnahme)?
 - Wo gibt es gute Beispiele?
 - Wie kann die IbR unterstützt werden?
 - Wie kann ein jährliches Treffen der Rehabilitanden-Sprecher wiederbelebt werden?

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Mitwirkung der Leistungsberechtigten für den RehaFutur-Entwicklungsprozess sehr wertvoll und zielführend war. Sie haben mit Diskussionsbeiträgen und Vorschlägen wesentlich dazu beigetragen, die Zielrichtung der notwendigen Veränderungen im Blick zu behalten: Nicht einzelne Systembausteine sollen optimiert werden, sondern alle Menschen mit beruflichem Rehabilitationsbedarf sollen die notwendigen Hilfen erhalten und aktiv mitgestalten können, die ihnen eine erfolgreiche Eingliederung in das Arbeitsleben und die Gesellschaft ermöglichen.

Leistungsberechtigte wollen als Experten in die zukünftig anlaufenden Umsetzungsprojekte im Rahmen der Initiative RehaFutur weiterhin einbezogen werden und brauchen dafür die Unterstützung der anderen Akteure der beruflichen Rehabilitation.

An einzelnen regionalen Projekten zum „Reha-Pilot“, die durch die DRV in Zusammenarbeit mit BFWs und der FAW begonnen wurden, sind Leistungsberechtigte als Partner beteiligt. Auch die DVfR und der SoVD werden Leistungsberechtigte bei Vorhaben unterstützen, eigene Umsetzungsprojekte durchzuführen und ihre Erfahrungen in den Umsetzungsprozess einzubringen.

6 Berichterstattung Workshop „RehaFutur – Auf dem Weg“

6.1 Hintergrund und Zielsetzung

Der Workshop „RehaFutur – Auf dem Weg“ diente der Präsentation und der Diskussion der Ergebnisse der Arbeitsgruppen aus dem Entwicklungsprojekt von RehaFutur. Hier wurden nach einem Jahr Arbeit die Ergebnisse der Arbeitsgruppen für einen breiteren Personenkreis aus dem Feld der beruflichen Reha geöffnet und zur kritischen Prüfung und Absicherung gestellt. Zusätzlich zur Bearbeitung der Ergebnisse sollte der Workshop Raum und Gelegenheit für Kooperationen bieten sowie die Verbindlichkeit der Vorhaben unterstreichen und stärken. Darüber hinaus wurden die nächsten Schritte der Initiative RehaFutur erläutert und somit der verbindliche Rahmen der folgenden Aktivitäten gesteckt.

Die kritische Auseinandersetzung mit den Vorschlägen und Empfehlungen hat sich als sehr fruchtbar und konstruktiv erwiesen und die Ergebnisse des Projektes zusätzlich gestärkt und bereichert. Auf dem Workshop wurde daher beschlossen, die Arbeitsgruppen noch einmal tagen zu lassen, um die Workshop-Ergebnisse in ihre Empfehlungen zu integrieren. Auch die Gelegenheit für Zusammenschlüsse und die Planung gemeinsamer Aktivitäten konnte erfolgreich genutzt werden, teilweise wurden für Vorhaben Kooperationen vereinbart.

Nach dem Workshop ist geplant, dass die Akteure der beruflichen Rehabilitation den RehaFutur-Prozess selbstständig fortführen. Für das Ziel, die berufliche Rehabilitation zukunftsfähig zu gestalten, muss nun der praktische Grundstein gelegt werden. Im Zeitraum der folgenden Jahre sollen sich die Akteure aktiv engagieren, indem sie die Umsetzungsvorhaben konsequent und interdisziplinär in konkrete Umsetzungsaktivitäten überführen. Dafür werden themenspezifische Treffen empfohlen, die die Zusammenarbeit und den Austausch der Akteure fördern. Im Frühjahr 2013 soll erneut ein Workshop stattfinden. Dieser dient insbesondere der Bekanntmachung und Diskussion bereits laufender Projekte und Ergebnisse, kann aber auch zur Korrektur von Fehlentwicklungen genutzt werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird den Fortgang der nun folgenden Aktivitäten beobachten, was Frau Lampersbach in ihrer Abschlussrede mit den folgenden Worten verdeutlichte: „Damit entlassen wir die Rehabilitation nicht aus der Aufmerksamkeit des Ministeriums, damit überlassen wir die Rehabilitation nicht sich selbst, aber wir übergeben sie mit einem guten wissenschaftlichen Fundament und dem wertvollen Wissen der Praktiker in die Hände der verantwortlichen Akteure. [...] Die Zeit des Diskutierens ist jetzt vorbei. Praktische Umsetzungsschritte vor Ort müssen sein und sollten dann [...] wieder gemeinsam vorgestellt und überprüft werden.“

6.2 Teilnehmer und Teilnehmerinnen

Auf dem Workshop vertreten waren 130 Personen aus Politik, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen und Sozialverbänden sowie Vertreter der Leistungsberechtigten, der Leistungsträger und Leistungserbringer. Eine Liste der teilnehmenden Personen findet sich im Anhang.

6.3 Ablauf der Veranstaltung

Der Workshop erstreckte sich über zwei Tage. Der Erste galt der Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen. Am zweiten Tag wurden die Diskussionsergebnisse präsentiert und sowohl im Plenum besprochen als auch in einer folgenden Podiumsdiskussion erörtert. Zudem gab es auf der Veranstaltung eine Posterausstellung, auf der eine beträchtliche Anzahl von Aktivitäten gezeigt wurde, die dem Rahmen der Initiative RehaFutur bereits zugerechnet werden können. Die Poster konnten in den Pausen betrachtet werden.

Am ersten Tag des Workshops wurden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen präsentiert. Anschließend gab es Gelegenheit, diese Ergebnisse zu diskutieren. Das geschah in Gruppen, die den Themen der Arbeitsgruppen zugeordnet waren.

Um die Gelegenheit zur Mitsprache möglichst vielfältig zu gestalten, wurde jede Arbeitsgruppe zweimal zur Diskussion gestellt. Dadurch sollte eine differenzierte Palette an Diskussionsbeiträgen von unterschiedlichen Personen und in verschiedenen Kombinationen gewährleistet sein. Zudem sollte hier bereits die Gelegenheit für Kooperationsabsprachen gegeben werden.

Durch die Möglichkeit, sich an verschiedenen Themenfeldern zu beteiligen, sollten auch die Akteure vermischt werden und die Vorhabensplanung innovativ und vielseitig gestaltbar sein. Wie geplant, wurde angeregt diskutiert. Es gab wertvolle Hinweise und Bestätigungen bezüglich der bearbeiteten Themen und Schwerpunkte. Auch die Gelegenheit zur Fusionierung wurde genutzt. Bereits während der ersten Gruppendiskussionen meldeten verschiedene Akteure gemeinsame Übernahme von Vorhaben an.

Programmablauf des ersten Tages, Dienstag, den 21.6.2011

10.00	Anmeldung	
10.30	Einführung	RehaFutur–Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales Andreas Storm, Staatssekretär im BMAS Informationen zum Entwicklungsprojekt RehaFutur Prof. Dr. Peter Riedel, Projektleitung / DAR
11.30	Präsentation	Ergebnispräsentation Arbeitsgruppe 1: Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung Arbeitsgruppe 2: Steuerung des Eingliederungsprozesses
12.30	Mittagspause	POSTER-Präsentation
13.30	Präsentation	Ergebnispräsentation Arbeitsgruppe 3: Beruf und Arbeitswelt Arbeitsgruppe 4: Forschung
14.30	Kaffeepause	POSTER-Präsentation
15.00	Diskussion	Diskussionsgruppen (DG) (Teil I): DG 1 „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ DG 2 „Steuerung des Eingliederungsprozesses“ DG 3 „Beruf und Arbeitswelt“ DG 4 „Forschung“
16.30 (bis 18 Uhr)	Diskussion	Diskussionsgruppen (Teil II): DG 1 „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ DG 2 „Steuerung des Eingliederungsprozesses“ DG 3 „Beruf und Arbeitswelt“ DG 4 „Forschung“
18.30		Gemeinsamer Abend (mit Buffet) POSTER-Präsentation

Der zweite Tag begann mit der Vorstellung der Ergebnisse der Diskussionsgruppen des Vortages. Im Plenum wurden diese nochmals durch das breite Publikum begutachtet und erneut um Anmerkungen bereichert. Auch hier zeigte sich der große Vorteil der Beteiligung aller relevanten Akteure. Nicht zuletzt durch Beiträge der

Leistungsberechtigten konnten die Ergebnisse gründlich auf ihre Akzeptanz und Durchführbarkeit geprüft werden.

Eine zusätzliche Vertiefung und Absicherung der Umsetzungsmöglichkeiten stellte die anschließende Podiumsdiskussion dar, in der Sozialverbände, Sozialpartner und Leistungsträger Stellung bezogen.

Nach einer Verabschiedung von Projektleiter Herrn Prof. Dr. Riedel bildete das Schlusswort des BMAS das Ende der Veranstaltung. Frau Lampersbach betonte die Bezüge von RehaFutur zum Nationalen Aktionsplan und ihre weitere Rolle als Wegbegleiter. Sie beschrieb die Empfehlungen und Vorschläge der Arbeitsgruppen als „nicht nur substanzielle Grundlagen, sondern auch wesentliche Impulsgeber für die weitere Arbeit in unserem Haus“ und sie lud ein, die entstandenen Erkenntnisse „...zu nutzen, zu hinterfragen, fortzuentwickeln und sich damit in unseren Prozess einzuklinken.“

Programmablauf des zweiten Tages, Mittwoch, den 22.6.2011

8.30 Plenum	Zusammenfassung der Ergebnisse der Diskussionsgruppen
9.00	Diskussion der Ergebnisse im Plenum (Vernetzung aller mit Fish-Bowl-Methode) Moderation: Reinhold Jost
10.30 Pause	POSTER-Präsentation
11.00	Podiumsdiskussion Sicherung der Zukunftsfähigkeit der beruflichen Rehabilitation – Wie können die Vorschläge umgesetzt werden? Gespräch mit: Brigitte Gross, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin Dr. Andreas Kranig, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin Uwe Minta, Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg Ingo Nürnberger, Deutscher Gewerkschaftsbund, Berlin Claudia Tietz, Sozialverband Deutschland, Berlin Dr. Anna Robra, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände, Berlin Moderation: Reinhold Jost
12.30 Plenum	Ausblick Gitta Lampersbach, Ministerialdirektorin, Leiterin der Abteilung V im BMAS
13.00	Ende der Veranstaltung Mittagsbüffet

6.4 Einführung

Rede von Herrn Staatssekretär Andreas Storm

21.06.2011, RehaFutur Workshop Berlin

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihre Einladung zu diesem Workshop. Ich bin ihr sehr gerne gefolgt. Gerne erinnere ich mich auch an die 1. Lenkungsgruppensitzung im letzten Jahr.

Ich möchte Ihnen zunächst allen die herzlichsten Grüße von unserer Bundesministerin, Frau Dr. Ursula von der Leyen überbringen.

Auch Herr Fuchtel, der mit dem RehaFutur-Workshop im vergangenen Jahr eine weitere Etappe in der Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation maßgeblich eingeleitet hatte, hat mich gebeten, die besten Wünsche für ein gutes Gelingen des Workshops zu übermitteln.

Das Motto der heutigen Veranstaltung „RehaFutur - Auf dem Weg!“ zeigt, auf welchem Stand wir uns mit der RehaFutur-Initiative befinden und, dass wir mit diesem Prozess nicht am Ende angekommen sind.

Auch deshalb freue ich mich sehr, heute Gelegenheit zu haben, viele Akteure unseres Systems der beruflichen Rehabilitation zu treffen.

Die Bundesregierung begreift die berufliche Rehabilitation als sozialpolitische Zukunftsaufgabe und verfolgt mit ihrer Behindertenpolitik die Verwirklichung eines menschenwürdigen und selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen in einer inklusiven Gesellschaft.

Meine Damen und Herren,

das Bundeskabinett hat am Mittwoch vergangener Woche den Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen („Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“) beschlossen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2006 will sicherstellen, dass Menschen mit Behinderungen den gleichen menschenrechtlichen Schutz erhalten wie Menschen ohne Behinderungen. Die Konvention konkretisiert die universellen Menschenrechte für die speziellen Bedürfnisse und Lebenslagen behinderter Menschen.

Nach der Ratifizierung vor zwei Jahren schafft die Bundesregierung mit dem Nationalen Aktionsplan ein Instrument, mit dem sie die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in den nächsten zehn Jahren systematisch vorantreiben will. Sie will damit einen Prozess anstoßen, der nicht nur das Leben von Menschen mit Behinderungen maßgeblich beeinflussen wird, sondern das aller Menschen in Deutschland.

Zentraler Leitgedanke der UN-Behindertenrechtskonvention ist die Idee der Inklusion. Das heißt: Menschen mit Behinderungen und ihre Belange werden von Anfang an mit einbezogen. Es geht um ihre gleichberechtigte Teilhabe am politischen, gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben.

Der Aktionsplan ist ein Maßnahmenpaket, kein Gesetzespaket. Es geht darum, bestehende Lücken zwischen Gesetzeslage und Praxis zu schließen. Die über 200 Vorhaben, Projekte und Aktionen zeigen, dass Inklusion ein Prozess ist, der alle Lebensbereiche umfasst.

Die Maßnahmen reichen von einer Initiative zu mehr Inklusion auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt („Initiative Inklusion“) über die Beseitigung von Umsetzungsproblemen bei Hilfen für Kinder, Jugendliche und Eltern mit Behinderungen bis hin zu einem Konzept für barrierefreie Arztpraxen oder erleichterte Förderbedingungen für schwerbehinderte Menschen.

Dazu gehört auch eine breit angelegte Öffentlichkeitskampagne für eine inklusive Gesellschaft. Zudem wird der Behindertenbericht der Bundesregierung neu konzipiert. Er wird indikatoren gestützt von unabhängigen Sachverständigen verfasst werden. Der Bericht soll künftig ein solides Datenfundament sein, das die tatsächliche Situation von Menschen mit Behinderungen darstellt und eine gute Grundlage zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention bietet.

Auch der Reha-Deckel wird geprüft. Ein Thema, was in diesem Jahr noch zu einer Lösung geführt werden soll.

Inklusion kann nur gemeinsam verwirklicht werden. Deshalb hat die Bundesregierung insbesondere Menschen mit Behinderungen bei der Erstellung des Nationalen Aktionsplans von Anfang an mit einbezogen. Viele ihrer Visionen und Vorschläge, Forderungen und Anregungen für Veränderungen wurden darin aufgenommen.

Der Nationale Aktionsplan ist deshalb als Initialzündung für eine breite Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention zu sehen. Deshalb versteht er sich nicht als abgeschlossenes Dokument: Der Nationale Aktionsplan wird in den nächsten Jahren auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden.

Die UN-Behindertenrechtskonvention richtet sich an alle staatlichen Stellen und verpflichtet sie zur Umsetzung. Die Verwirklichung der UN-Behindertenrechtskonvention erfordert weitere staatliche, aber auch private Initiativen, weil sie alle Bereiche des politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Lebens anspricht und betrifft. Deshalb werben wir für weitere Initiativen und Aktionspläne bei den Ländern, Kommunen, Sozialpartnern, Verbänden und Einrichtungen. Nur so kann eine inklusive Gesellschaft Schritt für Schritt erreicht werden.

An diesem Prozess des Dialogs und der Zusammenarbeit wird die Bundesregierung auch in Zukunft festhalten. Institutionalisiert ist die Beteiligung darüber hinaus auch durch den Ausschuss zum Nationalen Aktionsplan beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der aus Vertreterinnen und Vertretern der Behinderten-, Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie der Sozialpartner und der Wissenschaft besteht. Ferner durch den beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen eingerichteten Inklusionsbeirat.

Meine Damen und Herren,

Die UN-Behindertenkonvention und die Arbeiten am Nationalen Aktionsplan haben die Inklusionsdebatte insgesamt wieder etwas mehr in die gesellschaftliche Wahrnehmung gebracht. Aber es wäre wagemutig zu behaupten, dass die Zielsetzung der dauerhaften Sicherung der Teilhabe auch am Arbeitsleben behinderter und schwerbehinderter Menschen im Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit nachhaltig angekommen wäre.

Wir werden noch viel Arbeit leisten müssen, um die Idee der Inklusion in der Bevölkerung zu verankern – auch hier sind wir nur „auf dem Weg“ und nicht am Ziel.

Gerade das System der beruflichen Rehabilitation kann zeigen, worauf es ankommt.

Ich sage ganz klar: Wir haben ein hervorragendes System, um das wir im Ausland beneidet werden - selbst in Skandinavien stößt unser System auf großes Interesse.

Auch wenn das aktuelle Projekt kurz als „Entwicklungsprojekt RehaFutur“ bezeichnet wird - unsere vorhandenen Systeme entsprechen nicht denen eines Entwicklungslandes, sie sind ein Gefüge auf sehr hohem Niveau mit exzellenten und engagierten Akteuren.

Deutschland gehört mit vier weiteren, hoch entwickelten Staaten zu den Ländern mit den - am Bruttoinlandsprodukt gemessen - höchsten Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik und berufliche Rehabilitation.

Ich bin immer wieder beeindruckt, mit welcher Professionalität und mit wie viel Herz und menschlichem Mitgefühl, am Prozess der beruflichen Reha beteiligte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen, den Betroffenen ein passgenaues Programm zum beruflichen Neustart zu kreieren - für Menschen, die in einer schwierigen Ausgangslage sind.

Berufliche Rehabilitation ist eine komplexe Aufgabe mit häufig komplizierten Verfahren.

In der beruflichen Reha gibt es keine Fälle von der Stange, jedes Schicksal ist einzigartig.

Für jede Situation muss eine geeignete Lösung erarbeitet, neue Chancen ermöglicht werden.

Mit viel Fantasie, mit Mitgefühl und vor allem großem Engagement begleiten Sie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in einer für diese nicht einfachen, oft unüberschaubaren, bisweilen auch ausweglos erscheinenden Lebenssituation.

Ich weiß, es ist eine schöne und erfüllende Aufgabe, Menschen dabei zu helfen, sich selbst eine berufliche Perspektive zu erarbeiten.

Es ist aber auch eine anspruchsvolle und oft auch belastende Aufgabe, der hier nachgegangen wird.

Deshalb danke ich Ihnen allen für Ihr wichtiges Engagement. Mein besonderer Dank gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Leistungserbringer und der Leistungsträger. Vor allem Sie sind mit Ihrem tagtäglichen Engagement für das Gelingen des Systems Rehabilitation verantwortlich.

Sie sorgen dafür, Teilhabe von Menschen mit Behinderungen über Rehabilitation und Beruf sicher zu stellen.

Eine gute und am Arbeitsmarkt nachgefragte berufliche Qualifikation ist mehr denn je Grundvoraussetzung für eine dauerhafte Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das gilt in besonderem Maße für Menschen, die Wettbewerbsnachteile aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen eben nur durch besondere berufliche Fähigkeiten und Qualifikationen ausgleichen können.

Vor diesem Hintergrund gibt es für Menschen mit Behinderungen keine Alternative zu einer guten beruflichen Qualifizierung. Denn nur diese bietet die besten Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche Eingliederung.

Für die Bundesregierung ist es daher wichtig, vorhandene Leistungsangebote so weiterzuentwickeln, dass alle Akteure in diesem Bereich wirksam zusammenarbeiten, damit Reha nachhaltig zum Erfolg wird.

Was verstehen wir als Erfolg?

Vor allem drei Elemente stehen dafür:

- die Stärkung aller Fähigkeiten zum selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Handeln,
- individuelle Teilhabeleistungen sowie
- frühzeitige Orientierung auf eine Integration in den Arbeitsmarkt.

Ein erfolgreiches System zeichnet sich auch dadurch aus, dass es den Anforderungen der Zukunft entspricht, sich stets in einem Lernprozess begreift und flexibel auf Veränderungen eingestellt ist.

Thomas Edison hat einmal gesagt:

Wenn es einen Weg gibt, etwas besser zu machen, finde ihn.

Meine Damen und Herren,

mit der Initiative RehaFutur sind wir alle gemeinsam „auf dem Weg“ Dinge besser zu machen.

Die Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur, die Entwicklung und Umsetzung des Neuen Reha-Modells und weitere aktuelle Weiterentwicklungsprojekte zeigen, dass das System der beruflichen Reha enorm Fahrt aufgenommen hat und, dass wir uns auf einem guten Weg befinden.

Stets sind alle Akteure eingeladen worden, „uns gemeinsam auf die Reise in die Reha-Zukunft zu begeben.“

RehaFutur steht für das Ziel, Ideen, Konzepte und Aktivitäten zu bündeln, die eine zukunftsorientierte, innovative berufliche Rehabilitation gewährleisten.

Es ist ein Gemeinschaftswerk, das auf vielfältige Impulse und Ideen angewiesen ist und bleibt.

Eine afrikanische Weisheit empfiehlt:

Wenn du schnell gehen willst, geh allein. Wenn du weit gehen willst, geh mit anderen.

Wir haben aus naheliegenden Gründen die zweite Alternative gewählt, weil wir den weiten Weg gemeinsam mit Ihnen gehen wollten und wollen.

An dieser Stelle geht mein besonderer Dank auch an die ehemaligen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für die Bereitschaft, die ihre ganz persönlichen Erfahrungen in den Prozess RehaFutur eingebracht haben.

Ich denke, gerade Ihre Erfahrungen, die Sicht derjenigen die im Mittelpunkt aller Prozesse stehen, ist eine wesentliche Voraussetzung, entscheidend um die Richtung im weiteren Verlauf der Diskussionen bestimmen zu können.

Meine Damen und Herren,

viele Erwartungen und Hoffnungen sind seit der Bildung der Wissenschaftlichen Fachgruppe bei der Deutschen Akademie für Rehabilitation verknüpft worden.

In Ihrem Abschlussbericht haben sie die grobe Zielrichtung vorgegeben und auf einer übergeordneten Ebene ein Leitbild bestimmt.

Ihre Anregungen und Ideen schufen eine vielversprechende Grundlage für eine dauerhafte und systematische Weiterentwicklung der beruflichen Reha sowie für die dazu notwendigen Diskussions- und Entwicklungsprozesse.

Damit hat die Wissenschaftliche Fachgruppe RehaFutur maßgebliche Starthilfe geleistet und viel Rüstzeug mit auf den Weg gegeben.

Ganz nach dem Motto: Nur wer sein Ziel kennt, findet den Weg.

Den konkreten Weg aber sollten die Wissenschaftler auch nicht vorgeben - sie können es auch nicht. Ein Kompass gibt uns die Richtung vor - zeigt aber nicht, ob wir die Autobahn, die Bundesstraße oder doch die Landstraße nutzen sollten. Er gibt auch keine Auskunft darüber, wo wir Halt machen sollten, um zurückzublicken, neue Energie zu tanken und neue Richtungen einzuschlagen.

Auf dieser Ebene sind wir mit dem Workshop im vergangenen Jahr angekommen.

Alle Beteiligten aus den Reihen der Leistungsträger, Leistungserbringer, Verbände, Sozialpartner, Wissenschaft und Politik waren sich einig, dass die die Zukunftsfähigkeit des Reha-Systems mittel- und langfristig durch eine konsequente und umfassende Weiterentwicklung sichergestellt werden soll.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur und des Workshops wurden Ende vergangenen Jahres vier Arbeitsgruppen zu den Kernthemen

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

gebildet.

Mehr als 90 Praktiker und Betroffene haben interdisziplinär und nicht selten mit hohem persönlichen Zeiteinsatz an konkreten Vorschlägen für eine Weiterentwicklung des Systems gearbeitet.

Ihnen, die in dieser Form ganz wesentlich mitgewirkt haben, danke ich von ganzem Herzen!

Dafür, dass wir einen Rahmen stellen konnten, Koordination und da, wo notwendig auch Hilfe für die Arbeitsgruppen gegeben war, danke ich auch Herrn Prof. Riedel, stellvertretend für die Deutsche Akademie für Rehabilitation und Deutsche Vereinigung für Rehabilitation.

Sie sind als erfahrener und fachkundiger Begleiter ein ganz wichtiges Bindeglied der Ebene der Wissenschaft hin zu der mittleren Ebene der Umsetzungskonzeption, also von der groben Richtungsbestimmung auf dem Weg zu der Skizzierung von Maßnahmen, die beherzt angepackt und umgesetzt werden dürfen.

Heute werden diese Ergebnisse gegenübergestellt und aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert.

Was konnten Sie aus den Ergebnissen der Wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur präzisieren?

Was ist vorrangig, welche Skizzen müssen noch weiter mit Leben erfüllt werden?

Welche Wege sollten gegangen werden, um Verbesserungen herbeizuführen?

Meine Damen und Herren,

Sie sehen, unsere Erwartungen und Hoffnungen sind nicht kleiner geworden - im Gegenteil!

Es ist genau jetzt der Augenblick, um Halt zu machen, zu sammeln, und die weitere Richtung zu bestimmen. Jetzt allerdings nicht mehr mit einem Kompass. Es ist an der Zeit, sich teamweise Gedanken über den genauen Routenverlauf zu machen.

Die Bundesregierung stellt in schwierigen Zeiten Haushaltsmittel für die Prozesse um RehaFutur zur Verfügung und erwartet selbstverständlich auch Ergebnisse. Wir müssen immer nach einem effizienten Weg suchen. Wie kann weiter optimiert werden?

Meine Damen und Herren,

dieser Workshop bietet die Chance, Wege für die konkrete Umsetzung von neuen, innovativen Ideen aufzuzeigen und damit eine neue Etappe einzuleiten.

Jetzt muss der nächste Schritt erfolgen. Von der Ebene der Beschreibung von Entwicklungsmöglichkeiten müssen Impulse ausgehen an diejenigen, die diese Wege dann gehen sollen.

Jetzt sind Sie, die Praktiker, die in den Arbeitsgruppen und hier im Workshop Ihre Ideen und Vorschläge entwickelt und gebündelt haben, diejenigen, die als Multiplikatoren die Brücke zu der operativen, konkreten Arbeit im System der beruflichen Reha schlagen.

Meine Damen und Herren,

das Gelingen und der Erfolg, werden am Ende daran gemessen werden, ob und welche Wege tatsächlich von den Beteiligten zurückgelegt worden sind.

Klar ist: Je mehr Impulse Sie geben, je mehr sie zum Transport bereit sind, desto leichter wird die operative Umsetzung und die tatsächliche Weiterentwicklung vor Ort.

Ich finde, dass dabei die operativen Akteure nicht blind und kopflos nach einem strikten Muster vorgehen können.

Dabei passt der Spruch von Vincent van Gogh sehr gut: Und gerade dadurch, dass man sich irrt, findet man manchmal den Weg.

Meine Damen und Herren,

es ist wichtig, dass wir Wege finden und, dass diese gegangen werden.

Vor allem sind es nun die Leistungsträger und Leistungserbringer, die im Vordergrund stehen, diese Aufgabe zu übernehmen und sich auf den Weg zu machen.

Das „RehaFutur-Weiterentwicklungsschiff“ ist ausgelaufen und hat ordentlich Fahrt aufgenommen. Ob und wie schnell sie allerdings am Ziel ankommt, wird auch maßgeblich von der Besatzung abhängen. Das Schiff ist nur dann intakt, wenn gemeinsam gerudert wird.

Es wird ganz entscheidend darauf ankommen, wie Sie die Vorarbeiten aufgreifen, neue Wege konzipieren und tatsächliche Veränderungen herbeiführen werden - oder aber auch Gutes und Funktionierendes besser herausstellen.

Das ist der Weg, der über das Gelingen und den Erfolg der RehaFutur-Initiative entscheiden wird.

Auf diesem Weg wünsche ich Ihnen viel Erfolg und Ausdauer!

Ich bin mir sicher, dass Sie diese Chance der Mitgestaltung ergreifen, sich rege austauschen und ich hoffe, dass alle Beteiligten auch dazu bereit sind, ihren Beitrag für die weitere Umsetzung zu leisten.

Das BMAS wird sich selbstverständlich weiterhin maßgeblich am RehaFutur-Prozess beteiligen.

Wir haben ein hohes Interesse an der Fortsetzung der in Gang gebrachten Veränderungen und werden selbst nach einem geeigneten Weg suchen, diese auch weiterhin voranzutreiben.

Ich wünsche Ihnen allen weiterhin ein erfolgreiches Wirken im Sinne der Menschen, für die wir verantwortlich sind.

Dieser Veranstaltung wünsche ich einen erfolgreichen Verlauf und konstruktive Ergebnisse.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

6.5 Kernaussagen der vier Arbeitsgruppen nach den Diskussionsrunden

Das Thema „Beratung“ wurde in den Diskussionen aller Arbeitsgruppen (AG 1- 4) als sehr wichtig identifiziert und bestätigt. Jeweils aus den verschiedenen Blickwinkeln der Arbeitsgruppen stellte sich hier deutlicher Entwicklungsbedarf heraus. In diesem Zusammenhang wurde in AG 1, 2 und 3 das Thema Gemeinsame Servicestellen intensiv diskutiert. Die Arbeitsgruppen beleuchteten diese zwar aus unterschiedlichen Blickwinkeln; aber ein Bedarf an Weiterentwicklung der vorhandenen Strukturen wurde übergreifend deutlich. Und auch für die Problematik mangelnder Bekanntheit von beruflicher Rehabilitation sind in allen diesen AGs Umsetzungsvorschläge generiert und bekräftigt worden. Zusätzlich bereichert wurden die Vorschläge und Empfehlungen der Arbeitsgruppen durch weitere Projektideen und konstruktive Verbesserungsvorschläge bezüglich bisher gewählter Formulierungen.

6.5.1 AG 1: Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

Entsprechend ihrem Auftrag, Umsetzungsvorschläge für die Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu machen, stellte die AG 1 zunächst den Bedarf an Information über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation heraus. Hier waren sich auch die Teilnehmer des Workshops einig: nur wer über Möglichkeiten informiert ist, kann diese auch wahrnehmen, besonders betont wurde der Bedarf an vielfältigen, niederschweligen Beratungsangeboten. Somit bedarf es auch dringend mehr Öffentlichkeitsarbeit, um den Bekanntheitsgrad der beruflichen Reha zu erhöhen. Das Internet sollte für diese Zwecke verstärkt genutzt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Einbindung von ‚Social Media‘ in Erwägung zu ziehen.

Zudem sollten Projekte und Projektergebnisse vermehrt publik gemacht und genutzt werden. Damit die berufliche Reha möglichst nah am Bedarf des individuellen Menschen und vor allem von diesem selbstbestimmt geplant und durchgeführt werden kann, betont die Arbeitsgruppe Individualisierung als Merkmal von Prozessqualität in allen Phasen des Reha-Prozesses, hier war den Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern ein ausdrücklicher Dialog mit den Leistungsberechtigten von Beginn an besonders wichtig. Ein Bestandteil sollte auch die aktive Umsetzung des Persönlichen Budgets in der beruflichen Reha sein.

Auch das Konzept des Empowerments sollte nach Meinung der AG 1 unbedingt in allen Phasen des Reha-Prozesses umgesetzt werden; eine fundierte und individuell ausgerichtete Beratung auf Augenhöhe ist hier ein wichtiger Bestandteil. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops stieß auch das auf breite Zustimmung. Als Handwerkszeug für die Berater wurden hier Checklisten vorgeschlagen, die die Themen Selbstbestimmung und Empowerment skizzieren. Außerdem sei es notwendig, weitere Stolpersteine für Selbstbestimmung zu identifizieren und ein Konzept zum Thema

„Qualifizierung der Berater zum Thema Förderung von Selbstbestimmung“ sowie ein Projekt zum Thema „Strukturiertes und standardisiertes Beratungsgespräch“ zu entwickeln und zu erproben. Um die Qualität der Beratung weiterhin zu sichern, wurde die Entwicklung von Standards und Zielen für die Beratung durch die Diskussionen auf dem Workshop als Empfehlung bestärkt. Neben der Qualität der Beratung, die sich auch auf die individuelle Prozessplanung erstrecken muss, wurden sowohl die Unabhängigkeit bzw. Neutralität von Beratung als auch die Notwendigkeit von trägerübergreifenden Standards diskutiert. Die meisten Workshopteilnehmer befürworteten die Weiterentwicklung der Beratung, sprachen sich jedoch gegen die Unabhängigkeit aus. Auch die Möglichkeit von steuerfinanzierten Servicestellen wurde von den Workshopteilnehmern abgelehnt, bedeutsam erschien ihnen die Umbenennung in „Servicestellen für Rehabilitation“.

Das Thema Peer Beratung als wichtige Bereicherung in den Beratungsstrukturen wurde allgemein wohlwollend aufgenommen. Spontan konnten diesbezüglich bereits Kooperationen vereinbart werden. Gewünscht wurde außerdem ein Forschungsprojekt zur Konzeption und Erprobung von selbstbestimmtem Lernen.

6.5.2 AG 2: Steuerung des Gesamtprozesses

Die AG 2 empfahl, Beratung zudem bei Personen und Institutionen anzusiedeln, die im Alltag von Menschen im Allgemeinen präsent bzw. leicht verfügbar sind, so z.B. Hausärzte oder Sozialberatungsstellen. Entsprechend ist das Thema berufliche Rehabilitation stärker in die medizinische bzw. therapeutische Ausbildung zu integrieren. Beide Vorschläge trafen beim Workshop-Publikum auf Zustimmung. Zudem wurden Anreize für Mediziner hinsichtlich der Information von Patientinnen und Patienten und journalistische Unterstützung bei der Verfassung von Informations-Broschüren angeregt, um Verständnis und Motivation optimal zu gewährleisten. In Bezug auf die Empfehlungen der AG 2, betriebliche Prävention flächendeckend zu implementieren, bestand Einigkeit. Der Zugang zum System der beruflichen Reha sollte nach Meinung der Workshop-Teilnehmer zudem für Berufstätige durch intensiveren Ausbau des Betrieblichen Eingliederungsmanagements gestärkt werden.

Um die Identifizierung von Reha-Bedarf zu erhöhen, wurde auf dem Workshop zusätzlich der Vorschlag gemacht, jedem Menschen der länger als sechs Wochen arbeitsunfähig ist, eine Einladung zu einem Informationsgespräch mit einer neutralen Person zukommen zu lassen. Zudem müsse die Feststellung des Reha-Bedarfs transparenter gestaltet, ggf. durch zeitbezogene Dokumentationsstandards unterstützt werden.

In Bezug auf den Bekanntheitsgrad von beruflicher Rehabilitation wurde auch in den Diskussionsgruppen der AG 2 das Thema Internet und seine Nutzung ausgiebig besprochen und befürwortet. Schwierigkeiten beim Zugang wurden auch und insbesondere in Bereichen des SGB II identifiziert. Hier wurde erhöhte Beratungskompetenz vor allem für die Kommunen gefordert. Die Workshopteilnehmer waren sich zudem zu großen Teilen darüber einig, dass hier außerdem Aktivitäten zu bemühen sind, die über die Möglichkeiten der RehaFutur-Arbeitsgruppen hinaus gehen: Für Veränderungen auf diesem Gebiet müssten gesetzliche Vorgaben und deren Einhaltung überprüft werden; die pauschale Mittelvergabe pro Klient sollte in diesem Zuge ebenfalls überdacht werden.

Weiteres Schwerpunktthema der AG 2 ist die nicht optimal funktionierende Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Hier wurde auf dem Workshop die Beratung in den Kliniken ebenfalls als unzureichend identifiziert. Eine Verstärkung von Projekten im Rahmen der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (mboR) bzw. des medizinisch beruflichen Integrationsmanagements (mbI) wurde von allen Beteiligten der AG 2 Diskussionsgruppen vertreten.

Um Individualisierung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) besser zu gewährleisten, schlugen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops vor,

ausnahmslos jeder Bildungsleistung ein Assessment vorzuschalten. Weiterhin wurde angeregt, betriebliche Ausbildungsmöglichkeiten immer genau zu prüfen und vorrangig zu behandeln. Und wirtschaftliche Argumente sollten nach Meinung der Workshopteilnehmer bei der Vergabe von LTA ebenfalls grundsätzlich geprüft, betriebliche Möglichkeiten der Eingliederung stets geklärt werden.

Im Hinblick auf den AG 2 Schwerpunkt Qualitätssicherung wurde vorgeschlagen, ein trägerübergreifendes Konzept für den Gesamtprozess zu erstellen. Bezüglich der Beratung wurde auf dem Workshop eine Dokumentationspraxis ähnlich den Vorgaben für Standards der Bankenberatung angeregt.

Hinsichtlich der Einführung des integrativen Schulsystems regten die Workshopteilnehmer eine Sensibilisierung von Eltern und Betreuern von unabhängiger Seite an.

6.5.3 AG 3: Beruf und Arbeitswelt

In den Diskussionsgruppen zu den Themen der Arbeitsgruppe 3 gab es sehr kontroverse Ansichten in Bezug auf die Empfehlung eines „Beschäftigungsfähigkeitschecks“, die sich insbesondere auf die Begrifflichkeit bezogen. Die unbedingte Freiwilligkeit dieser Beratungsmöglichkeit wird durch den Begriff nicht ausreichend betont, stattdessen wurden Risiken, wie die Möglichkeit der Ausgliederung durch „nicht bestehen“ des Checks, suggeriert und negativ assoziiert. Notwendig ist hier zudem die unmittelbare Verknüpfung mit weitergehender Beratung und mit Interventionsangeboten. Wichtig ist nach Meinung der Workshopteilnehmer bei der Einschätzung von Beschäftigungsfähigkeit außerdem, nicht nur die Person in Betracht zu nehmen, sondern auch den Betrieb. Dieser muss selbst ein großes Interesse haben den Arbeitnehmer gezielt und gesund einzusetzen und entscheidenden dazu Beitrag leisten.

Das Thema Vernetzung wurde in den verschiedenen Diskussionsgruppen der AG 3 unterschiedlich kontrovers diskutiert. Einigkeit bestand überall hinsichtlich der Nutzung von bestehenden Netzwerken anstatt neue aufzubauen. In einer Gruppe divergierte das Verständnis von Netzwerken. Wichtig ist die Definition über persönliche Kontakte hinaus hin zu verbindlichen Kooperationsformen, bei der alle Beteiligten einander ergänzen und voneinander lernen und profitieren können; es wird dazu auf die Definition der AG 3 verwiesen.

Im Hinblick auf den Lernort Betrieb bestand Einigkeit bezüglich der Ausweitung betrieblicher Anteile in der beruflichen Rehabilitation. Hier wurde außerdem über individualisiertes Vorgehen gesprochen. In diesem Zuge wurde auf Parallelen zum „Supported Employment“ verwiesen. Fragen nach der Einbindung der Betriebe und notwendiger Unterstützung könnten damit konkretisiert bzw. beantwortet werden. Gleiches gilt für das Thema Fortbildungsberufe. Auch hier lassen sich bereits praktizierte Programme der horizontalen Weiterbildung als Beispiele nutzen. Wichtig ist auch die Unterscheidung nach Unternehmensgröße. Kleine und mittlere Betriebe haben häufig nicht die notwendigen Kenntnisse und Strukturen, um Rehabilitation betrieblich zu gestalten oder präventiv zu vermeiden. Sowohl Vorsorge als auch der Übergang lassen sich damit schwieriger gestalten. Umso wichtiger ist hier die Beratung für Arbeitgeber. Sowohl die Idee des „roten Telefons“ als auch die einer internetbasierten Kommunikationsplattform, auf der Betriebe sich informieren und Kontakte knüpfen können, trafen bei den Workshopteilnehmern auf gänzliche Zustimmung.

Betont wurde durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops das Thema Inklusion: Dies sollte in den Empfehlungen stärker herausgestellt und propagiert werden.

6.5.4 AG 4: Forschung

Sämtliche Teilnehmer der AG 4–Diskussionsgruppen waren sich über die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von Forschung einig. Sowohl den vorgeschlagenen Forschungsfeldern sowie den Empfehlungen zu Forschungsstrukturen wurde einheitlich zugestimmt.

Bei Forschungsstrukturen wurde eine übergeordnete Koordinierung betont, die alle Forschungsprojekte im Blick behält, auch die die abseits der postulierten Schwerpunkte statt finden, da diese sonst drohen nicht bemerkt und daher nicht nutzbar zu werden. Einig waren sich die Workshopteilnehmer auch darüber, dass die Grundlage hierfür eine Inventarisierung und Bestandsaufnahme der bisherigen Forschungsprojekte und – tätigkeiten sein muss und darüber, dass in diesem Zuge vorhandene Potentiale und Defizite in Deutschland ermittelt werden können.

Angemerkt wurde, dass eine Forschung in der beruflichen Rehabilitation sich sowohl auf die Wiedereingliederung als auch auf die Ersteingliederung beziehen sollte. Überdies waren die Workshopteilnehmer der Ansicht, das sowohl Grundlagen- als auch Anwendungsforschung betrieben werden muss und dass deshalb beides in Forschungsschwerpunkten und –verbänden aufgegriffen werden sollte.

Überdies formulierten die Teilnehmer des Workshops einen Appell an die Politik: Der Nutzen von Rehabilitation im Sinne von Gemeinwohlorientierung sollte gleichberechtigt neben Finanz- und Kostengesichtspunkten untersucht werden.

6.6 Kernaussagen der Fish-bowl-Runde

Nachdem am ersten Tag die Ergebnisse der Arbeitsgruppen aus dem Entwicklungsprojekt vorgestellt und in Kleingruppen diskutiert wurden, gab es am zweiten Tag die Vorstellung der Ergebnisse dieser Kleingruppendiskussionen, die im vorherigen Abschnitt zusammengefasst wurden.

Anschließend wurden diese dann im Rahmen einer Plenumsdiskussion noch einmal dem breiten Publikum zur Diskussion gestellt. Keiner der Empfehlungen aus den Diskussionsgruppen gegenüber wurde hier eine Absage erteilt. Die Diskussion ging tatsächlich darüber hinaus.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops beurteilten die Veranstaltung insgesamt betont positiv. Es wurden der ungewöhnlich offene und heterogene Diskurs in den verschiedenen Arbeitsgruppen und auch in der Plenumsdiskussion gelobt. Alle Akteure der beruflichen Rehabilitation begaben sich gemeinsam und in konstruktiver Haltung in die Diskussion und zeigten sich offen für Veränderung und Weiterentwicklung. Die Zusammenarbeiten wurden als zielgerichtet und sehr anspruchsvoll, die Ergebnisse größtenteils als gut umsetzbar und pragmatisch wahrgenommen. Kritische Anmerkungen waren erwünscht, wurden nutzbringend aufgenommen und häufig lebhaft bearbeitet sowie integriert.

Es wurde überdies positiv bemerkt, dass es weithin gelang, verschiedene Perspektiven einzunehmen und unterschiedliche Blickwinkel zu betrachten. So wurden nicht nur die positiven Auswirkungen von Veränderungen ins Auge gefasst, sondern gleichzeitig auch mögliche negative in Betracht gezogen. Auch Bedenken und Sorgen, beispielsweise hinsichtlich der Schnelligkeit von Produktentwicklungen gegenüber schwindenden Personalressourcen, fanden ihren Platz in der Diskussionsrunde. Neben der Betrachtung aus variierenden Blickwinkeln konnte die Frage gestellt werden, ob gegebenenfalls versehentlich auch vorteilhafte Strukturen in Veränderungsprozessen abgeschafft würden. Es wurde stark dafür plädiert, dieses vielschichtige und weitsichtige Vorgehen im voranschreitenden RehaFutur-Prozess beizubehalten. Bei RehaFutur gelte es schließlich nicht nur strukturelle Veränderungen zu bedenken, sondern auch unter dem Aspekt der Funktionalität zu arbeiten und dabei Aufgaben und Entwicklungen von Aufgaben zu fokussieren.

Von einigen Beteiligten wurde überdies der Wunsch geäußert, die RehaFutur-Arbeitsgruppen über das RehaFutur-Entwicklungsprojekt hinaus aufrecht zu erhalten.

Besonders gelobt wurde die aktive und fachliche Teilnahme der Leistungsberechtigten, die sich ihrerseits sehr positiv äußerten. Wir haben mit RehaFutur eine „Plattform bekommen, wo wir unsere Wünsche, unsere Sorgen und auch unsere Hoffnungen

artikulieren können“, so der Vertreter der Leistungsberechtigten in der Plenumsdiskussion. Der für die Selbstbestimmung so notwendige Diskurs „auf Augenhöhe“, also mit gegenseitigem Respekt auch gegenüber den unterschiedlichen Kompetenzen, wurde nach Ansicht der Leistungsberechtigten im RehaFutur Entwicklungsprojekt sehr gut umgesetzt. Bei Beratungsprozessen sei das Gefühl, als Individuum wahrgenommen und behandelt zu werden ebenfalls von besonderer Wichtigkeit. Eine flexiblere Umsetzung der Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation ermöglicht das individuelle Zuschneiden von Maßnahmen und erhöht damit sowohl die Motivation als auch das Gefühl, und somit die Voraussetzung, von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

Im Zusammenhang mit dem Thema Beratung wurde auch von derzeit laufenden Pilotprojekten des Nationalen Forums Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung (nfb) berichtet. Im Rahmen des Koordinierungsprozesses Qualitätsentwicklung in der Beratung für Bildung, Beruf und Beschäftigung wäre es möglich, rehabilitationsspezifische Arbeitsgruppen zu bilden und auch diesbezügliche Pilotprojekte zu installieren.

Innerhalb der Diskussionen wurde abermals deutlich, dass es weniger an Ideen und Konzepten, sondern vielmehr an deren Umsetzung fehlt und auch am Austausch von Ergebnissen. Ergebnisse der AG Forschung fanden sich also auch hier bestätigt. Weiterhin sollen wesentlich mehr Inhalte an die Öffentlichkeit transportiert werden, und auch dabei ist eine kundenfreundliche Sprache ein unumgängliches Thema. Das betrifft den Kontext Betrieb ebenso wie die Leistungsberechtigten. Diesbezüglich wurde auch nochmals angeregt, die Gemeinsamen Servicestellen umzubenennen, in „Servicestellen für Rehabilitation“.

Ebenfalls Thema in der Plenumsdiskussion war der "Reha-Deckel". Dieser würde als „Totschlagargument“ für Veränderung missbraucht, insbesondere in der Zugangssteuerung. Die Ankündigung von Herrn Staatssekretär Storm, den Reha-Deckel zu prüfen und eine Lösung zu suchen, erhielt daher auch in dieser Runde starke Bekräftigung.

Von der Politik wurden ferner konkrete Aussagen hinsichtlich ihrer Unterstützung gewünscht. Die Bedeutung für die Bewegung der Reha-Szene sei hier nicht zu unterschätzen.

Außerdem wurde in der Runde dafür plädiert, das System der beruflichen Rehabilitation als Arbeitsfeld attraktiver zu gestalten. Auch aufgrund des dort gerade stattfindenden Generationenwechsels sei es von großer Wichtigkeit, für die anstehenden Veränderungsprozesse besonders fähiges Personal zu erhalten und zu behalten.

Als weiteres wichtiges Thema, das in diesem Rahmen allerdings nicht zu klären war, bleibt die Frage nach mehr betrieblichen Anteilen in §35-Einrichtungen. Das AG 3 Thema, die betrieblichen Anteile zu erhöhen, wurde vom Plenum einig mitgetragen. Die genaue Umsetzung in Bezug auf den §35 indes muss weiter ausgearbeitet werden.

6.7 Kernaussagen der Podiumsdiskussion

Frau Gross von der Deutschen Rentenversicherung (DRV Bund) äußerte sich über den gesamten Verlauf der Diskussionen auf dem Workshop ebenfalls sehr positiv. Sie habe diese als „sehr befruchtend“ erlebt und sei erfreut darüber, wie sehr die Akteure sich in diesem Prozess tatsächlich aufeinander zu bewegt haben; besonders im Hinblick auf den Anfang des Projektes. Sie betonte überdies, wie wichtig es sei nun auch ins Handeln zu kommen, die Umsetzungsvorschläge nun also auch anzupacken und plädierte dafür, hier erste Schritte konkret zu beschließen. Hinsichtlich des Themas Beratung sprach sie sich vor allem für inhaltliche Verbesserungen aus und auch für Beratungsstandards, im Sinne der AG 1-Empfehlungen. Auch sei die Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen der Schaffung einer neuen Struktur vorzuziehen und in Zusammenarbeit der Akteure zu gestalten. Weiterhin hob sie die Wichtigkeit von Informationen hervor, die sowohl in leichterer Sprache als auch durch einen erweiterten Personenkreis wie z.B.

Ärzte im Sinne der Empfehlung der AG 2 erfolgen sollte. Hier müsse die berufliche Rehabilitation zudem stärker in der Ausbildung verankert werden.

Auch Herr Nürnberger vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) zeigte sich sehr zufrieden mit den Diskussionen. Er beschrieb sowohl die Arbeit der AG 2, deren Mitglied er im letzten Jahr im Entwicklungsprojekt gewesen war, als auch die der Diskussionsgruppen auf dem Workshop als „sehr spannend“. Er mahnte allerdings auch über die Rahmenbedingungen, wie Politik und Finanzen, zu sprechen, da die Motivation für die inhaltlichen Themen und Konzepte natürlich auch von ihrer Machbarkeit abhängt. In diesem Zusammenhang regte er eine Diskussion über die hohe Anzahl der Gemeinsamen Servicestellen an und sprach sich für eine geringere Anzahl von Schwerpunktkompetenzzentren aus, die stark auf trägerübergreifende vernetzte Beratung rekurrieren. Zudem betonte er die Weiterentwicklung von Assessment, auch um die Schnittstelle der beruflichen zur medizinischen Reha zu verbessern und den Prozess der begleitenden sowie den der unabhängigen Beratung. Die gemeinsame Planung von Rehaverläufen durch alle beteiligten Akteure sei ein weiteres wichtiges Thema, so Herr Nürnberger, hier kündigte er ausdrückliche Bereitschaft der Gewerkschaften an.

Dass die politischen Rahmenbedingungen von Wichtigkeit sind, betonte auch Frau Tietz vom Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD). Auch wenn diese nicht im RehaFutur-Prozess selbst gelöst werden können, sei es doch wichtig diese im Blick zu behalten. Sie sprach sich ebenso für konkrete Änderungs-Schritte aus und zielte dabei insbesondere auf das Thema Beratung für Arbeitgeber und Leistungsberechtigte ab. Für Letztere betonte sie die AG 1-Empfehlungen zu den Themen Empowerment und Peer-Counseling. Als wichtiges Potential für die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der beruflichen Rehabilitation betonte sie die Unternehmen, die sich vor allem im Zuge von demographischem Wandel und Fachkräftemangel umstellen müssen und für diesen Prozess sensibilisiert und unterstützt werden sollten.

Herr Minta von der Bundesagentur für Arbeit (BA) zeigte sich ebenfalls sehr zuversichtlich hinsichtlich der Ergebnisse des RehaFutur-Prozesses bislang und meldete großes Interesse der BA dafür an, den „Prozess auch weiterhin aktiv und zukunftsorientiert zu begleiten“. Ihm war dabei wichtig, trägerübergreifend zu arbeiten und die Belange aller Leistungserbringer zu berücksichtigen. Viele der Ergebnisse seien auch direkt auf die Ersteingliederung übertragbar. Hinsichtlich des Themas Information hob er das Potential des Internets hervor. Er bestätigte zudem die Wichtigkeit der Weiterentwicklung der Gemeinsamen Servicestellen und der Beratung und erwähnte in Bezug auf die Arbeitgeber-Beratung bereits vorliegende Vorschläge der BA, die u.a. Potentiale hinsichtlich des Fachkräftemangels enthalten bei denen auch Rehabilitanden eine wichtige Rolle spielen können, wenn sie dafür die richtige Unterstützung erhalten. Diese Unterstützung müsse von allen Akteuren gemeinsam in Angriff genommen werden. Herr Minta wünschte sich zudem Erleichterung durch gesetzliche Vorgaben, vor allem im Bereich des SGB II und plädierte für den Fokus auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Aus Sicht der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) war es ebenfalls erfreulich, dass Arbeitgeber besser eingebunden und beraten werden sollen. Frau Dr. Robra begrüßte besonders die diesbezüglich empfohlene Weiterentwicklung der Servicestellen und deren trägerübergreifende Umsetzungsplanung im Rahmen der BAR. Außerdem unterstützte auch sie die Empfehlung der AG 2, den Kreis der Informationsgeber zu erweitern, so beispielsweise um Betriebsärzte. Forschung betonte sie als weiteres wichtiges Thema, wobei insbesondere die Wirkungsforschung für die BDA interessant sei.

Herr Dr. Kranig von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zeigte sich besonders beeindruckt durch die „umfassende und sehr wirkungsvolle Beteiligung“ der Leistungsberechtigten und sprach sich auch für eine stärkere Beteiligung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber aus. Die gemeinsame Zusammenarbeit mit Arbeitnehmerinnen und -nehmern und Arbeitgeberinnen und -gebern sei wichtig für Themen wie Beschäftigungsfähigkeit oder Lernen im Lebenslauf. Er betonte in diesem

Zusammenhang die Wichtigkeit von Konzepten und verwies auf bereits laufende Projekte der DGUV, die ausgebaut werden müssten. Eine stärkere Beteiligung der Leistungsberechtigten hierbei kündigte er an. Überdies wies er auf die Bedeutung von niederschweligen Informations-Angeboten hin und unterstrich die Anreiz-gestützte Einbindung von Ärzten, auch in deren Ausbildung. Hier regte er trägerübergreifendes Agieren an. Zudem schlug er vor, Informations-Angebote an bestimmten Lebenslagen auszurichten. Das könne dann die Nachfrage bei den Gemeinsamen Servicestellen erhöhen und damit deren Weiterentwicklung umfassend gestalten sowie entlasten. Unterstützung durch die Politik forderte er in diesem Zuge für die Forschung, hier müssten Lehrstühle geschaffen und erhalten und erweitert werden. Zudem sprach Herr Dr. Kranig sich für gemeinsame Qualitätsstandards aus.

6.8 Ausblick

Rede von Frau Ministerialdirektorin Gitta Lampersbach

22.06.2011, RehaFutur Workshop in Berlin

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

lassen Sie mich zuerst mein Bedauern darüber ausdrücken, dass es mir nicht gelungen ist an diesem von mir selbst mit initiierten Workshop teilzunehmen.

Die Einführung durch Staatssekretär des BMAS und Ausblick durch mich war zwar von Anfang an vorgesehen, aber es war auch vorgesehen, dass meine Kollegen und ich uns an den Arbeitsgruppen aktiv begleiten wollten.

Insbesondere auch die nicht minder wichtigen Randgespräche beim Abendessen und die Diskussionen heute im Plenum und mit dem Podium waren mir außerordentlich wichtig.

Insbesondere auch die nicht minder guten Randgespräche beim Abendessen und die Diskussionen heute im Plenum und mit dem Podium hätte ich gerne genossen.

Leider hat uns das aktuelle Geschehen, das den politischen Alltag hier in Berlin nur all zu häufig bestimmt einen Strich durch diese Überlegungen gemacht.

Zum Glück habe ich ja noch einige Sorgen, Forderungen und Wünsche direkt aus der Podiumsdiskussion mitnehmen können.

Ich werde jetzt auch keine Zusammenfassung aus den zwei Tagen Veranstaltung vortragen, sondern werde in meinem Ausblick auf das eingehen, was wir aus Erkenntnissen aus den vorangegangenen Arbeitsgruppen und aus Gesprächen mit vielen von Ihnen in den letzten Wochen zusammengetragen haben.

Hier waren die Empfehlungen und Vorschläge der Arbeitsgruppen nicht nur substantielle Grundlagen, sondern auch wesentliche Impulsgeber für die weitere Arbeit in unserem Haus.

Meine Damen und Herren,

mit den meisten von Ihnen sind wir seit dem RehaFUTUR-Prozess - teilweise auch schon deutlich vorher, spätestens aber seit den intensiven Diskussionen zu dem Nationalen Aktionsplan - in einem außerordentlich fruchtbaren Austausch. Und ich sage mit großer Dankbarkeit, dass wir sowohl den RehaFUTUR-Prozess wie auch die Arbeit am Nationalen Aktionsplan auch Dank dieser kritischen, konstruktiven, kreativen und fordernden Begleitung bewerkstelligen konnten.

Und das ist der erste Ausblick:

Das RehaFUTUR-Weiterentwicklungsprojekt ist jetzt abgeschlossen.

Es wird eine Dokumentation, die die Zusammenfassung der Ergebnisse enthalten wird, zur Verfügung gestellt. Damit ist, wie Staatssekretär Storm gestern schon sagte, eine weitere Ebene dieses Prozess abgeschlossen. Aber der Prozess des Austausches, des Erkenntnisgewinns, des Ausprobierens, der muss und wird weitergehen.

Ganz aktuell mit der hier auch geforderten Übertragung der Workshopergebnisse in die Arbeitsgruppen und damit in den Abschlussbericht.

Zweiter Ausblick:

Damit entlassen wir die Rehabilitation nicht aus der Aufmerksamkeit des Ministeriums, damit überlassen wir die Rehabilitation nicht sich selbst, aber wir übergeben sie mit einem guten wissenschaftlichen Fundament und dem wertvollen Wissen der Praktiker in die Hände der verantwortlichen Akteure.

Hier möchte ich Herrn Prof. Riedel zitieren, der von dem langen Weg gesprochen hat, der Zeit braucht, auch um veränderte Wege zu gehen. Das sehen wir und wir werden weiter Wegbegleiter sein. Im Übrigen meine Damen und Herren, hat meine Ministerin das Bild des Weges und der Reise auch für die Gestaltung unserer zukünftigen inklusiven Gesellschaft gewählt. Wir sind gemeinsam auf dem Weg!

Der dritte Ausblick:

beginnt wieder mit Herrn Prof. Riedel. Dem ich aber widersprechen möchte. Wir wollen es nicht so machen wie der Dakota-Indianer. Wir wissen nämlich man muss rechtzeitig von dem Pferd absteigen und ihm eine Rehabilitationsphase geben. Wir wollen schon beim Aufsatteln an präventive Maßnahmen denken. Denn nur dann hat das Pferd Gelegenheit den Weg mitzugehen. Ein totes Pferd nutzt nur noch dem Abdecker.

Also: Die Zeit des Diskutierens ist jetzt vorbei. Praktische Umsetzungsschritte vor Ort müssen sein und sollten dann - und das ist der dritte Ausblick - wieder gemeinsam vorgestellt und überprüft werden.

Zum Beispiel in einem Folgeworkshop in 1 oder 1 ½ Jahren abhängig auch davon wie der Umsetzungsprozess von Ihnen gestaltet wird, in die Fläche geht und in der Praxis Früchte trägt.

Meine Damen und Herren,

wir haben hier die logische Verknüpfung zwischen der RehaFUTUR-Initiative und dem NAP. In diesem hat das Thema Reha einen gewichtigen Anteil. Auch wenn die BFW sich bei mir beklagt haben, ihre Rolle im Reha-Prozess sei im NAP nicht angemessen dargestellt

worden, so mag das zwar rein aus der Zahl der Zeilen ablesbar sein. Der Geist des NAP sagt etwas anderes, denn gerade Rehabilitation ist unverzichtbarer Bestandteil von erfolgreicher Inklusion. Und gerade die mit uns seit Jahren eng zusammenarbeitenden Verantwortlichen aus den BFWs und anderen Einrichtungen beruflicher Reha sollten wissen, wie sehr das BMAS und insbesondere meine Abteilung Sie und Ihre Arbeit schätzt.

Sie genauso wie die anderen guten Leistungserbinger gehören nicht zu denen, die gemahnt werden müssen, aber der NAP soll mahnen und zur Mitarbeit aufrufen. Da habe ich bei Ihnen keine Sorge.

Vierter Ausblick:

Staatssekretär Storm hat die Begriffe Effizienz und Bezahlbarkeit in seiner Rede genannt. Sie alle wissen, dass die Zeiten üppiger Ausstattungen in vielen Politikbereichen vorbei sind. Das kann man beklagen, aber sie alle wissen auch, dass wir in den letzten zwanzig Jahren nicht nur viel aufgebaut haben - einer meiner Kollegen sagt immer wir haben in Steine investiert - sondern, dass auch unzählige Modellprojekte, Forschungsaufträge und Initiativen finanziert worden sind. Hier ist eine Straffung, eine Bündelung, ein Herauskräftigen des Sinnvollen, Machbaren, Nutzbringenden von Nöten. Wenn ich allein die umfangreiche Forschungslandschaft der DRV betrachte, hier gilt es noch herauszufiltern, bevor wir neue Projekte in die Welt setzen. Hier gehört natürlich auch der Blick auf die Wirksamkeit der Reha-Maßnahmen hin, der nicht nur von den Arbeitgebern angemahnt wurde. Das heißt nicht, damit wir uns richtig verstehen, dass nicht weiter geforscht, nicht weiter entwickelt und weiter optimiert werden soll. Allein schon der Blick auf die erstaunlich breite Poster-Präsentation zeigt, wie viel Innovationspotential in der Reha-Landschaft steckt und genutzt werden sollte. Ich bitte nur darum, dass wir alle auch das Machbare und - damit ist auch das Finanzierbare gemeint - auch mit im Blick haben.

Die Erwähnung des Reha-Deckels durch Herrn Sts Storm hat Ihnen gezeigt, dass das Ministerium durchaus auch hier nachdenkt.

Fünfter Ausblick:

Neben all diesen, mehr pragmatischen Überlegungen möchte ich als fünften Ausblick aber das gemeinsame, zentrale Anliegen, das auch für das Arbeitsministerium die Richtschnur für weiteres Handeln im Bereich der Rehabilitation sein wird, nennen. Es geht um die Voraussetzungen für eine inklusive Gesellschaft und es geht darum, alle Menschen, ich betone alle Menschen dazu zu befähigen, selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben, d. h. für den Bereich der beruflichen Reha am Arbeitsleben teilzunehmen. Wir haben es durch den NAP-Prozess geschafft, das Thema Behindertenpolitik aus der sozialpolitischen Nische zu holen und in das Zentrum aller Politikbereiche zu stellen. Es ist uns gelungen alle Ressorts der Bundesregierung in den Prozess einzubinden und das lasse ich mir auch von keiner Kritik am NAP schlecht reden, wir sind deutlich weiter als vor einigen Jahren! Denn wir haben diesen Gedanken, dass über und mit dem Thema Behindertenpolitik auch andere Politikbereiche erfasst werden, deutlich breiter in die Bevölkerung getragen - immer noch nicht ausreichend, immer noch zu wenig. Aber wir sind uns ja einig darin, dass der gemeinsame Weg noch lang aber zu bewältigen ist.

Hier hat der RehaFutur-Prozess eine gute Grundlage gelegt auch für die Diskussionen im Bereich der UN-BRK. So wie wir beim RehaFutur-Prozess auch andere Akteure und neue Akteure gewonnen haben, so haben wir auch bei der Umsetzung der BRK vielen Menschen mit in unseren Reisekonvoi aufgenommen, die sich bisher nicht mit diesem

Thema befasst haben. Nicht nur Verbandsvertreter, sondern Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Selbstständige, Freiberufler, Wissenschaftler und insbesondere selbst Betroffene, die sich nicht über Verbände definieren lassen wollen. Denn die wertvolle Arbeit der Verbände, die uns Vieles zuliefert, ersetzt nicht das breite Spektrum der persönlichen Erfahrungen, das der Politik und der Verwaltung unbedingt vermittelt werden muss. Meine Ministerin, Frau Dr. von der Leyen, hat auch gerade in Gesprächen mit Wohlfahrts- und Sozialverbänden immer wieder betont, wie wichtig ihr dieser breite Teilhabeprozess ist.

Für uns im Arbeitsministerium ist damit der Weg vorgezeichnet:

- aus den Erkenntnissen des RehaFutur-Prozesses im Bereich der Rehabilitation und
- aus den Erkenntnissen des NAP-Prozesses für den gesamten Bereich der Behindertenpolitik

wird die Struktur für unsere Arbeit in dieser Legislaturperiode und darüber hinaus erwachsen.

Ich lade Sie ein, diese (veröffentlichten oder noch zu veröffentlichenden) Erkenntnisse auch in Ihren Bereichen zu nutzen, zu hinterfragen, fortzuentwickeln und sich damit in unseren Prozess einzuklinken.

Mein herzlicher Dank geht an alle Akteure für die unglaublich intensive Arbeit der letzten eineinhalb Jahre, ein großer Dank an die Arbeitsgruppenteilnehmer und natürlich den Verantwortlichen für diesen Workshop.

Lassen sie mich stellvertretend für alle

Ihnen Frau Dr. Reinsberg und

Ihnen, Herr Prof. Riedel herzlichen Dank sagen.

Meine Kolleginnen, Kollegen und ich freuen uns auf weitere Begegnungen zu diesen und anderen Themen und ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

7 Fazit

7.1 Arbeitsweise im Projekt

Einleitend soll noch einmal grundsätzlich auf den methodischen Ansatz des Entwicklungsprojektes eingegangen werden. Aus systemtheoretischer Sicht ergaben sich die folgenden Fragen:

Wie sind „Interventionen und darauf aufbauende Verständigung, Abstimmung, Koordination oder gar Steuerung zwischen komplexen, selbstreferentiellen Systemen möglich, wenn deren Identität gerade auf der Differenz zueinander, auf unterschiedlichen Semantiken, Rationalitäten, Operationsregeln, Kontingenzzräumen, Entwicklungsdynamiken etc. beruht und diese Differenziertheit nicht bloßes Ärgernis ist, sondern die konstituierende Eigenart solcher Systeme“ (Wilke 2005, S.233)? Wie muss somit der Kontext eines Projektes gestaltet sein, so dass sich die beteiligten Akteure auf einen perspektivenerweiternden Kommunikationsprozess einlassen, der die „Eigenlogik“ der Herkunftssysteme zu transzendieren vermag? Allzu restriktive Vorgaben und Einschränkungen, die die Autonomie wünsche und Eigenlogiken der beteiligten Akteure nicht berücksichtigen, sind somit kontraproduktiv. Für die Projektkoordination war vor diesem Hintergrund der Ansatz der sogenannten „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) eine hilfreiche Orientierung.

Bei dieser Methode handelt es sich um ein Steuerungskonzept, das innerhalb der Europäischen Union genutzt wird, um strategische Ziele und deren Umsetzung in einzelnen Politikfeldern zwischen den Nationalstaaten abzustimmen. Zwar hat die EU-Kommission eine federführende Rolle im Koordinierungsprozess, doch kann diese keinen „Zwang“ auf die einzelnen Mitgliedsstaaten ausüben, sondern ist auf die freiwillige Kooperation der nationalstaatlichen Akteure angewiesen. Das Weißbuch Europäisches Regieren der EU-Kommission (KOM 428 endgültig, 2001) definiert die OMK wie folgt: „Die offene Koordinierungsmethode wird fallweise angewandt. Sie fördert die Zusammenarbeit, den Austausch, bewährte Verfahren sowie die Vereinbarung gemeinsamer Ziele und Leitlinien von Mitgliedstaaten, die manchmal wie im Falle der Beschäftigung und der sozialen Ausgrenzung durch Aktionspläne von Mitgliedstaaten unterstützt werden. Diese Methode beruht auf einer regelmäßigen Überwachung der bei der Verwirklichung dieser Ziele erreichten Fortschritte und bietet den Mitgliedstaaten die Möglichkeit, ihre Anstrengungen zu vergleichen und aus den Erfahrungen der anderen zu lernen“ (ebenda, S. 28).

Unabhängig von den unterschiedlichen Größenordnungen kann man dieses Steuerungskonzept auf die Verhältnisse im Entwicklungsprojekt übertragen. Ähnlich wie in der EU die Nationalstaaten besitzen die Akteure der beruflichen Rehabilitation in ihren gesetzlich vorgegebenen Handlungsfeldern ein hohes Maß an Gestaltungsautonomie. Hinzu kommt, dass aufgrund der über 100jährigen Geschichte des deutschen Sozialversicherungssystems sowie der Einbindung der Sozialpartner in die Aufsicht der Rehabilitationsträger diese ein hohes Maß an „Eigenlogik“ besitzen. Der RehaFUTUR-Prozess ist deshalb von Beginn an als kollaborativer Entwicklungsprozess heterogener Akteure angelegt worden. Autonomie wünsche und Eigenlogik der Akteure galt es in diesem Prozess zu respektieren. Die Heterogenität der Akteure war ein Garant für die Generierung von unterschiedlichen Perspektiven auf das System der beruflichen Rehabilitation.

In der Tab. 2 sind die Parallelitäten der Koordinierungsphasen zwischen der OMK und dem RehaFUTUR-Prozess dargestellt.

Tab. 2: Parallelen OMK und RehaFutur-Prozess

Offene Methode der Koordinierung (OMK)	RehaFutur-Prozess
Analyse des Politikfeldes	Interdisziplinäre Analyse der wissenschaftlichen Fachgruppe
Festlegung strategisch bedeutsamer Interventionsfelder	Entwicklung eines Leitbildes und Beschreibung der strategisch bedeutsamen Handlungsfelder
Einigung über qualitative und quantitative Zielindikatoren	Zielpunkte bzw. Entwicklungsrichtungen der Handlungsfelder
Entwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne	Entwicklung von Umsetzungsvorschlägen und Implementierung der Vorhaben in Verantwortung der einzelnen Akteure
Monitoring der Umsetzung, Vergleich der nationalen Handlungsansätze auf Basis von Länderberichten	Akteure berichten über ihre Erfahrung und Fortschritte im Rahmen öffentlicher Veranstaltungen bzw. Workshops
Rückschlüsse für die nächste Programmphase	Vereinbarung weiterer Aktivitäten (z. B. Mainstreaming der Modell-Vorhaben, Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis)

Vor einem Fazit zu den Ergebnissen aus dem Entwicklungsprojekt soll auf die Wirkungen im Zusammenhang mit den beschriebenen Steuerungskonzepten im Verlauf des Projektes eingegangen werden. Vorausschicken muss man dabei, dass eine Vielzahl sehr kompetenter, praxiserfahrener Experten aller relevanten Disziplinen in den Arbeitsgruppen zusammengekommen waren. Nach der erforderlichen Einarbeitungsphase wurde über den ganzen Projektzeitraum bemerkenswert ergebnisoffen und objektiv, sehr engagiert und diszipliniert diskutiert und sehr sachorientiert sowie vor allem ergebnisorientiert gearbeitet. Es war in der ganzen Zeit die Bereitschaft vorhanden, interdisziplinär in gegenseitiger Wertschätzung zusammenzuarbeiten und voneinander zu lernen. Dazu gehörte auch die erforderliche Bereitschaft, bisherige Handlungsweisen zu überprüfen und in Frage zu stellen. Die Diskussionen waren alles in allem nicht ausgerichtet an den zu erwartenden Problemen bei der Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge in neue Vorgehensweisen. Man näherte sich gemeinsam den praktischen Anforderungen an ein System für die Zukunft der beruflichen Rehabilitation. Es war jederzeit das engagierte Bestreben zu spüren, den theoretischen Ansatz der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems in einen praxisorientierten Einstieg in eine Systemveränderung zu überführen.

7.2 Projektergebnisse

Ein Fazit zu den Ergebnissen ist nicht ganz einfach. Die Vorschläge und Empfehlungen waren insgesamt sehr umfassend und erfreulich. Trotz unterschiedlicher Sichtweisen und daraus resultierender sachorientierter Auseinandersetzungen erfolgte der größte Teil der Vorschläge und Empfehlungen im Konsens. Eine hervorzuhebende Ausnahme war das Thema Beratung. Dass hier erheblicher Handlungsbedarf besteht, war auch Konsens. Nur darüber, wie die Beratung der Leistungsberechtigten zu verbessern ist, gab es unterschiedliche Vorstellungen, die u. a. natürlich auch durch unterschiedliche institutionelle Interessenlagen zu erklären waren.

Viel wesentlicher war jedoch, dass alle Beteiligten gemeinsam dem Gebiet Information und Beratung oberste Priorität eingeräumt haben, und dass die gemeinsame Auffassung in den Arbeitsgruppen genauso wie in den Diskussionen während des Workshops war, dass großer Handlungsbedarf im Allgemeinen und bei Information und Beratung der Leistungsberechtigten im Besonderen unabdingbar ist. Ebenfalls wichtig war die Erkenntnis, dass die Umsetzung des Anspruchs im SGB IX bezüglich Selbstbestimmung

und aktiver, selbstverantwortlicher Beteiligung der Leistungsberechtigten nicht ohne die aktive Einbeziehung der Betroffenen möglich ist. Damit ist gemeint, dass die Leistungsberechtigten aktiv im Entwicklungsprozess beteiligt werden müssen. Im gesamten RehaFUTUR-Prozess hat sich dies durch die sehr guten Erfahrungen in den Arbeitsgruppen und Workshops bestätigt. Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt des Projektes war die übereinstimmende Einschätzung, dass die Kooperation mit Betrieben in allen Bereichen von Prävention und Rehabilitation ausgebaut und systematisiert und darüber die Gestaltung des Übergangs in Arbeit bzw. des Verbleibs in der Beschäftigung viel direkter angegangen werden muss. Das bedeutet u. a. auch, dass die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit sich nicht mehr orientieren darf an vorhandenen Instrumenten und Strukturen, sondern flexibel und variabel dem Bedarf des Individuums folgt. Dazu gehört in Bezug auf Qualifizierung z.B. auch, dass das Prinzip "erst platzieren, dann trainieren" stärker entwickelt werden muss. Last but not least wurde in allen Arbeitsgruppen aus unterschiedlicher Perspektive betont, dass eine konsequente und wirksame Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems ohne gesteuerte Begleitforschung nicht machbar ist.

Zum Abschluss des Projekts wurden Leistungsträger, -erbringer und -berechtigte sowie Sozialverbände befragt, welche Prioritäten sie bei der Umsetzung der Vorschläge und Empfehlungen sehen und wer zu welchen Umsetzungsprojekten die Federführung übernehmen wird, soweit dies nicht schon in der Lenkungsgruppe festgelegt wurde. Die vorläufigen Rückmeldungen werden auf www.rehafutur.de veröffentlicht und fortlaufend ergänzt. Auch hier erkennt man grundsätzlich ähnliche Vorstellungen für zukünftige Entwicklungsarbeiten. Bezeichnenderweise treten jedoch zwei Themenfelder, wenn man konkret nach Prioritäten fragt, in den Hintergrund. Durch diese Abfrage zeigt sich indirekt, dass eher vage geblieben ist, dass Selbstbestimmung nicht nur ein Zugeständnis an eine "politisch korrekte" Vorgehensweise bedeutet, sondern relevanter Potenzialfaktor für mehr Effektivität und Effizienz des Systems darstellt. Dies ist durchaus verständlich, denn zur Implementierung selbstverantwortlicher Handlungen der Leistungsberechtigten in allen Teilen des Rehabilitationssystems gibt es keine Erfahrungen, wie man dies auf der operativen Ebene gestalten muss. Auch die Bedeutung der Forschung tritt bei der Prioritätenabfrage etwas in den Hintergrund. Hier mangelt es ebenfalls bei vielen Akteuren an Erfahrung und vielleicht an Einsicht, dass Forschung grundsätzlich die Basis für systematische Entwicklung ist.

Allgemein muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass erfahrungsgemäß immer, wenn es um die Veränderung der persönlichen Einstellung und des Selbstverständnisses im eigenen Handeln geht, dem erst einmal große Vorbehalte als Hindernisse entgegenstehen. Allen Beteiligten muss der Weg in die Veränderungen durch Orientierung und Führung erleichtert werden. Die Ergebnisse von RehaFUTUR können auf Dauer nur zum Erfolg führen, wenn alle Entscheidungsträger zu einem Paradigmenwechsel auf der operativen Ebene bzw. einem Durchbruch bei der Abwehr von alten Gewohnheiten bereit sind. Von entscheidender Bedeutung ist daher, dass man die Leistungsberechtigten zukünftig als gleichberechtigte Gesprächs-, Verhandlungs- und "Geschäftspartner" wahrnimmt.

7.3 Ausblick

Auf Basis der Vorschläge und Empfehlungen müssen nun Umsetzungsprojekte auf der operativen Ebene entsprechend der Prioritätensetzung in Angriff genommen werden. Alle Akteure müssen nun die Initiative ergreifen und dies gemeinsam in Angriff nehmen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales wird den Innovationsprozess weiterhin genau beobachten und ggf. fördern. Zur Unterstützung der Akteure wird das BMAS im Frühjahr 2013 alle Verantwortlichen erneut zu einem Workshop einladen, in dem die Zwischenergebnisse der begonnenen Veränderungsanstrengungen diskutiert werden können. Es ist allen Beteiligten klar, dass der Umsetzungsprozess nicht innerhalb kurzer Zeit erfolgen kann. Er ist auf eine Entwicklung innerhalb der nächsten 5 - 10 Jahre

angelegt, bei der alle bisherigen Prozesse überprüft und auf Dauer grundlegend verändert werden müssen. Aber der große Zeitbedarf macht es auch notwendig, umgehend zu beginnen. Die Veränderungen müssen flexibel den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden und vor allem kontinuierlich betrieben werden.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass bezüglich der Umsetzung der Ergebnisse des Entwicklungsprojekts auch die verschiedenen Entwicklungsstränge der beruflichen Rehabilitation in ihrer gesamten Breite bedacht werden müssen. Dabei sind derzeit fünf unterschiedliche Entwicklungskontexte zu beobachten, die nachfolgend kurz charakterisiert werden:

1. RehaFutur-Prozess: Der Prozess ist träger- und leistungserbringerübergreifend angelegt. Betroffene sind als Experten in eigener Sache integriert. Die interdisziplinäre und konzeptionelle Diskussion steht im Vordergrund.
2. Forschung: Forschung erfolgt insgesamt nicht systematisch. Sie wird sehr stark bestimmt durch in sich systematische Aktivitäten der Rentenversicherung und arbeitsmarktorientierte Wirkungsforschung. Theorien und methodische Positionen führender Disziplinen (Medizin, Psychologie, Soziologie) stehen im Vordergrund.
3. Behindertenrechtskonvention (BRK): Inklusionsdebatte, Aktionspläne (im Bund u. in den Ländern), Indikatoren gestützte Behindertenberichterstattung, an der Vision der BRK orientierter Diskurs.
4. Positionierungsaktivitäten der Leistungsträger: Im Mittelpunkt stehen die Bewegungsspielräume der verschiedenen Leistungsträger vor dem Hintergrund der Verschuldungssituation der öffentlichen Haushalte und anderer Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung sozialstaatlicher Leistungen. Die Steuerungslogik der Finanzströme und die sozialrechtlich definierten Leistungslogiken dominieren diesen Strang.
5. Eigentümerstrukturen und Geschäftsmodelle der Leistungserbringer: Ökonomische Konsequenzen, bedingt durch verändertes Nachfrageverhalten der Leistungsträger, prägen die Aktivitäten dieser Ebenen. Die Optionen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung und daraus resultierende kurzfristig notwendige Veränderungen der Prozesse und Strukturen stehen dabei im Vordergrund.

Ausschlaggebend für den Erfolg des Ganzen wird sein, wie man das "Nebeneinanderher" dieser Handlungsstränge zur Sicherung einer gemeinsamen Entwicklung überwinden kann. Der Diskussionsprozess war bisher sehr fruchtbar, da in einer gemeinsamen Kraftanstrengung ein zukunftsorientierter, strategisch durchdachter Entwicklungskorridor erarbeitet werden konnte. Die Komplexität der Gesamtsituation ist jedoch so strukturiert, dass die Ergebnisse der bisherigen Diskussionen sich nur dann erfolgreich auf die Praxis der beruflichen Rehabilitation auswirken können, wenn auch in den anderen vier Entwicklungssträngen der strategische Ansatz des RehaFutur-Prozesses konstruktiv aufgenommen wird.

8 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2009): Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. Bonn: BMAS Forschungsbericht 393.

Europäische Kommission (2001): Europäisches Regieren. Ein Weissbuch. KOM 428 endgültig. Brüssel.

Riedel, H.-P. et al. (2009): Die Zukunft der beruflichen Rehabilitation Erwachsener gestalten: Acht Handlungsfelder als Ausgangspunkt für einen akteursübergreifenden Innovationsprozess. In: Die Rehabilitation; 48: 375–382.

Wilke, H. (2005): Systemtheorie II: Interventionstheorie. Einführung in die Theorie der Intervention in komplexe Sozialsysteme. Stuttgart: UTB.

9 Anhang

Zusammenstellung aller Arbeitsmaterialien, die für die Diskussionen der Arbeitsgruppen erarbeitet bzw. zur Verfügung gestellt wurden.

Die Inhalte der Anlagen sind in einem gesonderten Dokument mit dem Titel „Zusammenfassung der Arbeitsmaterialien der Arbeitsgruppen 1 - 4“ zusammengefasst.

9.1 Arbeitsgruppe 1

- Anlage 1 BA (2010): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation.
- Anlage 2 BA (2010): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha).
- Anlage 3 BA (2010): Zum Arbeitsauftrag aus der 1. Sitzung der AG 1 des RehaFutur-Entwicklungsprojekts am 17.11.2010.
- Anlage 4 BA 2011: Bedeutung von Selbstbestimmung im Prozess der beruflichen Rehabilitation. (U. Peuker)
- Anlage 5 BA (2011): KontaktPlus - Teilprojekt 2 - Neue Anwendungen. Einführung in Social Media.
- Anlage 6 BA NRW (2010): BA interne Qualifizierung. Diskussion zur Umsetzung der RehaFutur- Handlungsfelder.
- Anlage 7 BAG RPK (2011): Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung am Beispiel der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen.
- Anlage 8 BAK BFW (2011): Aktuelle Bedeutung von Selbstbestimmung. Stellungnahme des Bundesarbeitskreises Berufsförderungswerke BAK BFW.
- Anlage 9 BAR 2004: Gemeinsame Empfehlung gem. §13 Abs.2 Nr.2 SGB IX zur frühzeitigen Erkennung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe (Gemeinsame Empfehlung „Frühzeitige Bedarfserkennung“) vom 16. Dezember 2004.
- Anlage 10 BAR 2010: Rahmenvereinbarung Gemeinsame Servicestellen vom 1.7.2010.
- Anlage 11 Becker (2010): Förderung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung am Beispiel der Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen.
- Anlage 12 BG RCI (2011): Aktuelle Bedeutung von Selbstbestimmung in der Gesetzlichen Unfallversicherung – ein Vermerk.
- Anlage 13 DGUV (2010): Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Handlungsfäden.
- Anlage 14 DGUV (2010): Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Anlage 15 DRV Braunschweig-Hannover (2010): Statements zur Aufgabenstellung der AG 1 des RehaFutur-Entwicklungsprojekts.
- Anlage 16 DRV Braunschweig-Hannover (2010): Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover für den Fachberatungsdienst Rehabilitation (Auszüge).

- Anlage 17 DRV Bund (2010): Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation. Abschlussbericht des Projekts in Berlin und Brandenburg. Eine Präsentation.
- Anlage 18 DRV Bund (2010): Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation im Dialog. Abschluss-Bericht. Fortentwicklung der Arbeit in den Gemeinsamen Servicestellen in Berlin und Brandenburg. 1. Januar 2008 bis 31. Dezember 2008. Berlin.
- Anlage 19 DVfR (2011): Welche Fragen leiten sich aus der BRK (insbes. Art. 26 und 27) ab? (B. Reinsberg)
- Anlage 20 DVfR (2011): Zusammenfassung „Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung“ beim RehaFutur-Workshop am 21.-22.06.2011 in Berlin
- Anlage 21 Effenberger-Peters (2010): Eine Zusammenfassung verschiedener Statements der BAK BFW Mitglieder.
- Anlage 22 Frevert (2011): Habilitation und Rehabilitation. Hilfsmittelversorgung und Assistenz im Bereich der Bildung, der Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Präsentation.
- Anlage 23 Heine (2010): Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland. Fachtagung am 14. und 15.01.2010 in Berlin. Fachforum A.2: Selbstbestimmung und Rehabilitation (Art. 19) Wunsch- und Wahlrecht. Statement.
- Anlage 24 Krems (2009): Fallmanagement/Case - Management. <http://www.olev.de/c/case-management.htm> am 10.05.2011.
- Anlage 25 Lachwitz (2010): Die Wirkung der Behindertenrechtskonvention auf die Rehabilitation in Deutschland. Impulse und Perspektiven. Eine Präsentation.
- Anlage 26 Leutloff (2011): 7. Werkstattgespräch der Deutschen Rentenversicherung Bund „Selbstbestimmung und Partizipation in der Rehabilitation“ am 30. März 2011 in Berlin. Wünsche und Forderungen der betroffenen Menschen. Referat Hans-Jürgen Leutloff.
- Anlage 27 nfb 2011: Beratungsqualität in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Berlin/Heidelberg.
- Anlage 28 Nfb (2009): Eckpunkte für ein zeitgemäßes und zukunftsfähiges Beratungsangebot in Deutschland. Ein Plädoyer für notwendige Reformen der Struktur und des Umfangs von Beratungsangeboten für Bildung, Beruf und Beschäftigung und zur Verbesserung des Zugangs und der Transparenz. Berlin.
- Anlage 29 Niehaus/Saupe-Heide (2011): Präsentation zu Selbstbestimmung und Empowerment.
- Anlage 30 RehaFutur AG 1 (2011): Selbstbestimmung; was Leistungsberechtigte erwarten.
- Anlage 31 Rübner (2009): Berufsberatung weiter stärken. Zielsetzungen und Perspektiven der Bundesagentur für Arbeit. BIBB. BWP 4/2009. S. 17-18.
- Anlage 32 Schmidt-Ohlemann (2010): Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Statement. Eine Präsentation.
- Anlage 33 Seyd (2010): Thesen zur Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Teilnehmer/innen in der beruflichen Rehabilitation.

- Anlage 34 Seyd (2011): Thesen zur Selbstbestimmung.
- Anlage 35 Seyd (2011): Beteiligung.
- Anlage 36 Seyd (2011): Prozessqualität und Selbstbestimmung/-verantwortung in der beruflichen Rehabilitation.
- Anlage 37 SoVD 2010: Schreiben an die BAR zu den gemeinsamen Empfehlungen „Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ nach § 35 SGB IX (Entwurfsstand: 11. Oktober 2010).
- Anlage 38 Verhorst (2011): Betrachtungen zum Spannungsfeld zwischen Verantwortung des Trägers im Gesamtprozess und objektiver Beratung – insbesondere durch Gemeinsame Servicestellen.
- Anlage 39 Welti (2010): Habilitation und Rehabilitation (Art. 26) – Hilfsmittelversorgung und Assistenz im Bereich der Bildung, der Rehabilitation und der Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Präsentation.
- Anlage 40 Wittwer (2011): Gemeinsame Servicestellen. Das Fundament für Information und Beratung.
- Anlage 41 Wittwer (2011): Zwischenfazit der AG 1 zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung.

9.2 Arbeitsgruppe 2

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

- Anlage 11 Vortrag „Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation“
Autor: Herr Dr. Streibelt
- Anlage 12 Vortrag „Absolventenmanagement der BA“
Autor: Herr Hansen
- Anlage 13 Vortrag zur ICF
Autor: Herr Prof. Spijkers
- Anlage 14 Leitlinien für Soziale Unternehmen der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V.

9.3 Arbeitsgruppe 3

- Anlage 1 Vortrag Frau Schlör (BA): Beschäftigungsfähigkeit - drei Perspektiven
- Anlage 2 Vortrag Herr Schumacher: Gesundheit mit System (GMS) - ein Dienstleistungsangebot der VBG
- Anlage 3 Vortrag Herr Dr. Joachim Basler: BEM als Baustein mitarbeiter- und demografieorientierter Arbeitsplatzkultur bei GELSENWASSER
- Anlage 4 Ausgewählte Literatur zu den AG 3 Themen

9.4 Arbeitsgruppe 4

- Anlage 1 Spezifizierung der Schwerpunkte von Forschungsbedarfen in der beruflichen Rehabilitation
- Anlage 2 Eckpunkte zu Forschungsstrukturen in der beruflichen Reha
- Anlage 3 Überblick über bisherige Forschungsaktivitäten im Bereich „berufliche Rehabilitation“
- Anlage 4 Literatur

9.5 Leistungsberechtigte

- Anlage 1 Erwartungen der Leistungsberechtigten

9.6 Workshop „RehaFutur auf dem Weg“

Die auf dem Workshop ausgestellten Poster sind auf der Website www.rehafutur.de erhältlich, unter <http://www.rehafutur.de/index.php?id=59>. Nachfolgend sind die Themen / Projekte aufgelistet, die die Poster darstellen.

- Anlage 1 Bundesagentur für Arbeit (BA)
Selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Handeln – Kern der BA-Beratungskonzeption
- Anlage 2 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung
- Anlage 3 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
DGUVjob - Service für Arbeitsvermittlung der DGUV
- Anlage 4 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Mit MBO zurück an den Arbeitsplatz
- Anlage 5 Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

- Der Arbeitgeberservice der DRV Bund
- Anlage 6 Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
MBOR und ihre Entwicklung durch die Deutsche Rentenversicherung
- Anlage 7 Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)
Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation: Erfolgsfaktoren und Fortentwicklung
- Anlage 8 DRV Rheinland-Pfalz
Projekte zum Thema „Betriebliches Eingliederungsmanagement“
- Anlage 9 DRV Westfalen
RehaFutur – REAL
- Anlage 10 Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE BFW)
Auf direktem Kurs in Arbeit - Das Neue Reha-Modell der Deutschen Berufsförderungswerke
- Anlage 11 BFW Nürnberg
PlusPunkte – Ein Angebot des BFWs Nürnberg zur Förderung der Handlungs- und Integrationskompetenz
- Anlage 12 Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW)
Reha-Pilot
- Anlage 13 Leistungsberechtigte
Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten fördern
- Anlage 14 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)
Optimierung von Effektivität und Effizienz in der Rehabilitation
- Anlage 15 Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht
- Anlage 16 Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Das interdisziplinäre Forum für Rehabilitation
- Anlage 17 Verband der Ersatzkassen (vdek)
Personalentwicklung für Berufe mit begrenzter Tätigkeitsdauer
- Anlage 18 Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr)
Selbstmanagement & Gesundheitskompetenz
- Anlage 19 Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr)
Anforderungsorientierung in der beruflichen Reha

- Anlage 20 Deutsche Sporthochschule Köln / iqpr
Master Rehabilitation und Gesundheitsmanagement
- Anlage 21 Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen
Prozessprofiling und -monitoring: Ein Instrument zur Steuerung und
Organisation individueller beruflicher Rehabilitationsverläufe
- Anlage 22 Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen
Leistungen im RehaAssessment – Welche Faktoren beeinflussen den
Maßnahmeerfolg
- Anlage 23 Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen
RehaAssessment 2000 und 2009
- Anlage 24 Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH) Aachen
Versicherten-Fragebogen (VFS-LTA) zur Unterstützung des Reha-
Managements
- Anlage 25 Universität zu Köln
Themen- und Forschungsfelder des Lehrstuhls für Arbeit und Berufliche
Rehabilitation
- Anlage 26 Universität zu Köln
Rehabilitationswissenschaften – Master of Arts

9.7 Beteiligte Personen und Institutionen

- Anlage 1 Beteiligte Personen und Institutionen