

PRVE - Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung

Schian, Hans-Martin; Gagel, Alexander; Landau, Kurt; Laschet, Ulrich

Abschlussbericht / final report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schian, H.-M., Gagel, A., Landau, K., & Laschet, U. (2004). *PRVE - Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, F321). Köln: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (IQPR) GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-328875>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



PRVE

Prävention und **R**ehabilitation zur
Verhinderung von **E**rwerbsminderung

Impressum

Der vorliegende Text resultiert aus dem Forschungsvorhaben „*Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE)*“, das durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bzw., nach der Neuordnung der ministeriellen Ressorts, durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe gefördert wurde.

Projektleitung PRVE:

Dr. Hans-Martin Schian (IQPR)

Dr. Alexander Gagel (IQPR; Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht a.D.)

Prof. Dr. Kurt Landau (Institut für Arbeitswissenschaft, Technische Universität Darmstadt)

Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)

Autorenteam:

Torsten Alles, Matthias Czarny, Sabine Dalitz, Thorsten Flach, Prof. Dr. Ingo Froböse, Dr. Alexander Gagel, Andreas Glatz, Dr. Jörn Greve, Christian Hetzel, Prof. Dr. Kurt-Alfons Jochheim, Harald Kaiser, Manuela Kersting, Prof. Dr. Kurt Landau, Matthias Mozdzanowski, Dr. Gisela Nellessen, Annette Röhrig, Dr. Karlheinz Schaub, Dr. Hans-Martin Schian, Christof Schmidt, Prof. Dr. Klaus Schüle, Andrea Sinn-Behrendt, Dr. Margit Weißert-Horn, Holger Wellmann, Gabriele Winter

Inhaltsverzeichnis

Seite

Inhaltsverzeichnis Materialsammlung

1	Einleitung und Zusammenfassung	1
1.1	Zielsetzung und Akteure	1
1.2	Ausgangslage und Ansätze für eine verbesserte Praxis	3
1.3	Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis	6
1.4	Praxisebene Unternehmen – das Betriebliche Gesundheitsmanagement	10
1.5	Die Praxisebene Sozialversicherungen und Dienstleister - das Vermeiden von Rentenverfahren bei Erwerbsminderung.....	11
1.6	Die Gliederung - Kurze Kapitelübersicht.....	13
2	Erwerbsminderung	15
2.1	Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse	16
2.1.1	Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit.....	16
2.1.2	Erwerbsminderung als Phänomen	17
2.1.3	Prozesse der Erwerbsminderung.....	18
2.1.4	Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung.....	20
2.2	Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung.....	23
2.2.1	Antragszugänge, Finanzvolumen, Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten.....	23
2.2.2	Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten.....	25
2.2.3	Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘	27
3	Prinzipien und Instrumente der Prozessgestaltung	31
3.1	Prinzipien	32
3.1.1	Frühzeitigkeit.....	32
3.1.2	Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit.....	32
3.1.3	Personenorientierung und Ganzheitlichkeit	32
3.1.4	Selbstbestimmung und Dialogorientierung	32
3.1.5	Ressourcenorientierung.....	33
3.2	Instrumente	34
3.2.1	Managementkonzepte in Prävention und Rehabilitation.....	36
3.2.2	Beratung.....	45
3.2.3	Assessment.....	51
3.2.4	Vernetzung.....	60
3.2.5	Qualitätssicherung	64

4	Prävention und Rehabilitation.....	67
4.1	Betriebliches Gesundheitsmanagement	69
4.1.1	Betriebliches Eingliederungsmanagement.....	73
4.1.2	Disability Management.....	99
4.2	Frühwarnsystem	115
4.2.1	Begriffsbestimmung und Begriffsabgrenzung im Kontext präventiver Interventionsentscheidungen.....	117
4.2.2	Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs unter Berücksichtigung institutioneller variabler und grundsätzlicher Rahmenbedingungen	118
4.2.3	Wirkungskettenmodell und Prognosemodell als theoretisch-konzeptionelle Basis von Frühwarnsystemen.....	121
4.2.4	Charakteristische Mechanismen und Merkmale eines Frühwarnsystems	123
4.2.5	Resümee – „Frühwarnsystem“	127
4.3	Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation	129
4.3.1	Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen	131
4.3.2	Arbeitgeberberatung in Fragen des betrieblichen Gesundheits-managements	143
4.3.3	Beratungspflichten der Ärzte	151
4.3.4	Resümee – „Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation“	153
4.4	Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben	157
4.4.1	Anforderungen an die Begutachtung	161
4.4.2	Konzepte der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit	170
4.4.3	Krankheitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik in der Begutachtung	183
4.4.4	Einschätzung von Chancen und Risiken der Teilhabe am Arbeitsleben des Betroffenen in der Begutachtung	189
4.4.5	Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung bei der beruflichen Rehabilitation	195
4.4.6	Diskussionen spezifischer Aspekte der Begutachtung	203
4.4.7	Resümee – „Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	213
4.5	Assessmentinstrumente.....	215
4.5.1	Online-Datenbank Assessmentinstrumente.....	218
4.5.2	Design Check und FWS Design Check	225
4.5.3	Ergonomisches Frühwarnsystem (Ergo-FWS).....	230
4.5.4	Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben	251
4.5.5	Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit	257
4.5.6	FCE-Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten	261
4.5.7	IMBA-Verfahren und Reflexion der Anwendung	268
4.5.8	Resümee – „Assessmentinstrumente“	271
4.6	Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	273
4.6.1	Einzelne QS-Ansätze im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	274
4.6.2	Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ansätze zur Qualitätssicherung ...	282
4.6.3	Allgemeine Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	285
4.6.4	Resümee – „Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“	287

5	Rechtliche Aspekte der Erwerbsminderung	289
5.1	Zu den Begriffen	290
5.1.1	Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)	290
5.1.2	Erwerbsminderung im Rentenrecht.....	292
5.1.3	Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit	296
5.2	Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX	298
5.2.1	Der Begriff der Erwerbsminderung.....	298
5.2.2	Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben	298
5.2.3	Das Leistungskonzept.....	300
5.2.4	Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze	300
5.2.5	Grad der Behinderung.....	301
5.3	Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes.....	302
6	Erwerbsminderung im Rentenverfahren	305
6.1	Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten) ..	306
6.1.1	Zusammenfassung.....	306
6.1.2	Auftrag des SGB IX.....	308
6.1.3	Akteure und Aufgaben	319
6.1.4	Ablauf des Verfahrens.....	333
6.1.5	Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger	338
6.2	Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe	340

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Inhaltsverzeichnis Materialsammlung

Materialien zu Kapitel 4.1

- I FILM – „Teilhabe am Arbeitsleben – Chancen für Menschen mit erworbenen Behinderungen“ - Projektbeschreibung für die HVBG Rehapreis-Ausschreibung
- II Das Arbeitsassistenten-Modell als sozial-politischer Imperativ für Partizipation
- III Flexible Arbeitszeit und Teilzeitarbeit
- IV Interventionen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Praxisbeispiele

Materialien zu Kapitel 4.2

- V Bausteine eines Frühwarnsystems
- VI Charakteristische Mechanismen und Merkmale eines Frühwarnsystems

Materialien zu Kapitel 4.4

- VII Rahmenbedingungen der sozialmedizinischen Begutachtung nach SGB IX
- VIII Stellungnahme der BAR zur trägerübergreifenden Begutachtung

Materialien zu Kapitel 4.4.5

- IX Entwurf einer Gesundheitsdokumentation zur Prävention/Rehabilitation/Nachsorge/Partizipation
- X Lebenskalender
- XI Screeningverfahren

Materialien zu Kapitel 4.5.1

- XII Fragebogen zur Beschreibung von Assessmentinstrumenten für die Online-Datenbank Assessmentinstrumente

1 Einleitung und Zusammenfassung

1.1 Zielsetzung und Akteure

Der Paradigmenwechsel im SGB IX dient einer umfassenden selbstbestimmten Partizipation der betroffenen Menschen¹. Dieser entwickelt sich vor dem Hintergrund erheblicher sozialökonomischer Veränderungen, Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung, der Schichtung der Arbeitslosen sowie der Qualifikationsanforderungen in Folge technologischer Entwicklungen.

Wegen seines Teilhabekonzeptes (Partizipation) hat das SGB IX herausfordernden Charakter. Dies betrifft die Umgestaltung der beruflichen Rehabilitation, eine organisatorische Umstrukturierung des Sozialsystems sowie eine Veränderung des Selbstverständnisses und der inneren Grundhaltung aller beteiligten Institutionen, vor allem der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in ihnen oder für sie tätig sind und für die Bürgerinnen und Bürger, die konkreten Rat und gezielte Hilfe erwarten.

Das SGB IX ist gleichsam ein Aktionsprogramm für den Erhalt und die Wiederherstellung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Es dient dem gezielten Einsatz der Ressourcen des Sozialsystems, insbesondere der Verhinderung vorzeitiger Verrentung. Der Kontext des SGB IX umfasst alle Menschen, die von Behinderung betroffen oder bedroht sind, insbesondere Menschen mit Schwerbehinderung.

Das SGB IX fordert ein Umdenken in der Beratung und im Handeln im komplexen Spannungsfeld zwischen dem ausgrenzenden Druck des Arbeitsmarktes und dem Recht auf Selbstbestimmung für die Teilhabe sowohl am Arbeitsleben wie am gesellschaftlichen Gemeinschaftsleben. Die folgende Abbildung macht dieses Spannungsfeld anschaulich.

¹ Vergleiche auf den Ansatz der ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health der World Health Organisation (WHO).

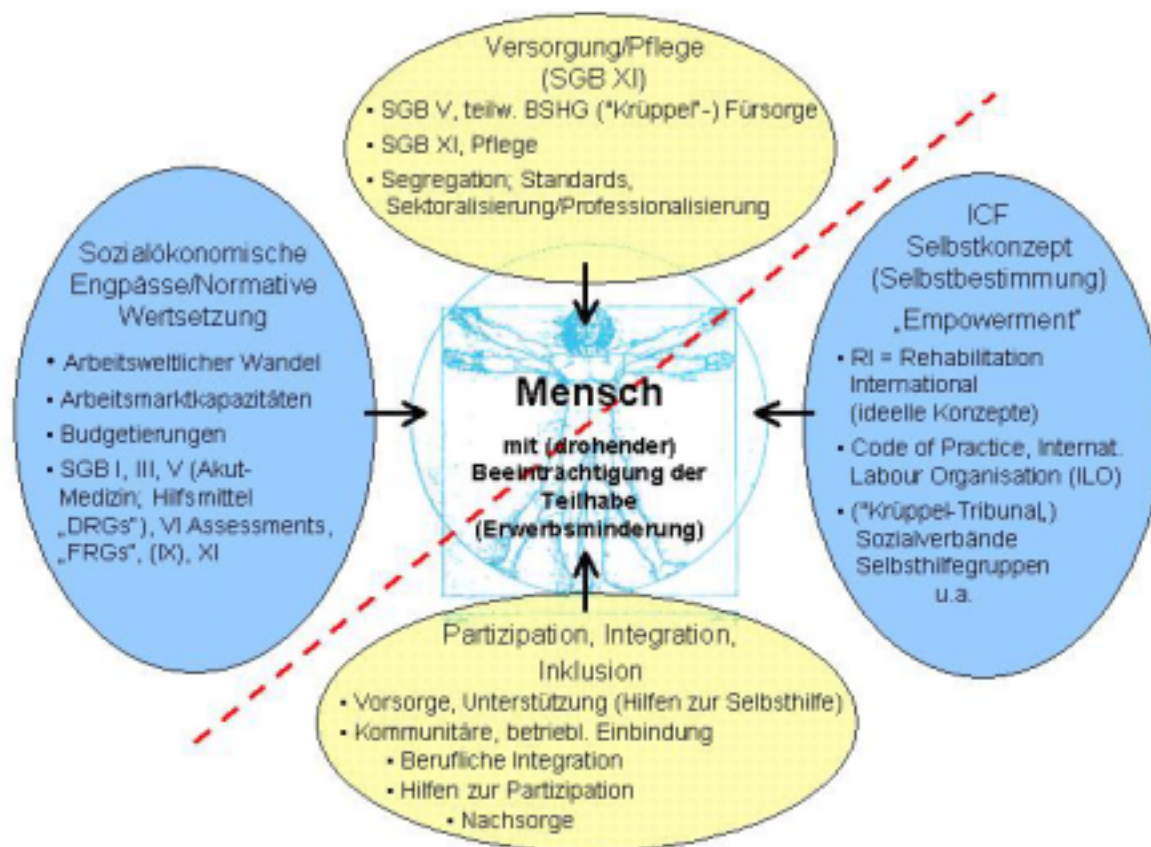


Abb. 1.1-1: Spannungsfelder des Sozialsystems/Hilfen zur Partizipation

Das Schaubild stellt den Menschen, der von einer Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Arbeitsleben bedroht oder betroffen ist, in den Mittelpunkt eines Dialoggefüges. Damit wird der **Wandel von einer „passiven Fürsorge von oben herab“ hin zu einer aktiven Selbstbestimmung und Teilhabe verdeutlicht**. Das gesellschaftliche System sichert einerseits die notwendige Versorgung nach wie vor ab. Es muss andererseits das Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung verwirklichen und der „alten“ Fürsorgementalität gegenüberstellen. Zusätzlich geht es darum, die Initiativen der Betroffenen und der Behindertenverbände konstruktiv umzusetzen, und Selbstbestimmtheit zu realisieren. Teilhabe soll in Zukunft unter aktiver Mitarbeit des Betroffenen im Sinne einer Inklusion geschehen und nicht durch eine eher passive Integration (oberer und unterer Pol des Schaubildes). Dieser aktive Teilhabeprozess soll die Sektoralisierung des Rehabilitationssystems mit seinen segregierenden Tendenzen überwinden.

Das im SGB IX verankerte Recht auf Selbstbestimmung im Prozess der Teilhabe-Prüfung bezieht sich sowohl auf das Verfahren wie auch auf die Leistungen. Es verlangt die Entwicklung eines persönlichen Konzepts zur Überwindung von Schwierigkeiten in einem Dialog zwischen dem „Profi“ im institutionellen Sozialsystem und dem Betroffenen als „Experte in eigener Sache“. Dieses dialogische Prinzip gilt für alle Sektoren und ist damit Bestandteil nachhaltiger Qualitätssicherung.

Das Projekt PRVE liefert einen Beitrag zur Umsetzung der Ziele des SGB IX. Dabei stehen die Handlungsfelder Betrieb und Erwerbsminderungs-Rentenverfahren im Vordergrund. Ziel ist die Verbesserung der Praxis sowohl auf der Seite des Erkennens (Assessment, Begutachtung, Frühwarnsystem), als auch auf der Seite der Intervention (Beratung,

Management, Vernetzung, Qualitätssicherung). Diese Ausarbeitung richtet sich an alle Akteure, die sich mit erwerbsgeminderten Menschen bzw. dem Thema Erwerbsminderung beschäftigen. Dazu gehören unter anderem als Institutionen die Rehabilitationsträger, einschließlich Integrationsämter, Reha-Einrichtungen, Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretungen und Behindertenverbände. Zu den Personen gehören Sozialarbeiter, die mit erwerbsgeminderten Menschen und mit Partizipationsverlust zu tun haben, entsprechenden Personen bei den Sozialleistungsträgern - Sachbearbeiter, Reha-Fachberater und Entscheider (z.B. Dezernenten), ebenso alle einschlägigen Gutachter, Ärzte im medizinischen Dienst, Betriebsärzte und Hausärzte, aber auch Wissenschaftler und Sozialrechtler und nicht zuletzt die sozial-politisch Verantwortlichen.

1.2 Ausgangslage und Ansätze für eine verbesserte Praxis

Eine Analyse des derzeitigen „Sachstandes“ ergibt Ansätze für Veränderungen und Empfehlungen

Im Jahr 2001 haben ca. 53 % der EM-Renten-Empfänger in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung gar keine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen, und sogar 97 % keine Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Nur noch 37 % der 55- bis 65-jährigen sind erwerbstätig. Und bereits rund 60% aller Betriebe in Deutschland beschäftigen keine Mitarbeiter über 50 Jahre mehr. Bei den Rentenanträgen wegen Erwerbsminderung (ca. 25 % aller Rentenanträge im Jahre 2001) ist das Zugangsalter ebenfalls gesunken und zwar bei den Männern seit 1980 von einem Durchschnittsalter von 54,4 auf 51,1 Jahre in 2002, bei Frauen im gleichen Zeitraum von 57,7 auf 49,5 Jahre. Diese nüchterne Bilanz verdeutlicht die Aufgaben und Herausforderungen, die das SGB IX darstellt.

Im Gegensatz zu diesem Trend zur frühzeitigen Erwerbsminderung wird für die Zukunft ein höherer Bedarf an älteren Arbeitnehmern prognostiziert.

Die demografische Entwicklung ist bekannt. Sie wird dazu führen, dass wieder mehr ältere Mitarbeiter in den Betrieben tätig sein werden. Deshalb müssen auch die Unternehmen Interesse an einem effektiven Gesundheitsvorsorge- und Teilhabesystem haben. Insbesondere der KMU-Sektor (Klein- und Mittelbetriebe) wird sich darum bemühen müssen, ältere und eingeschränkt arbeitsfähige Mitarbeiter zu halten.

Zu einem nicht unbeträchtlichen Maß unnötiger EM-Renten tragen Mängel bei, die dem bisherigen System innewohnen. Jeder Tag einer längeren Arbeitsunfähigkeit (AU) bestätigt dem Betroffenen das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Fähigkeiten. Jeder Tag stellt eine Situation dar, in der sich die arbeitsunfähig geschriebene Person im alltäglichen Leben damit arrangiert, nicht (und gar nicht mehr) arbeiten zu gehen. Diese Situation wird sowohl von Arbeitgebern wie Sozialleistungsträgern anfänglich bedauert, dann „toleriert“, letztlich „ignoriert“. **Das vorherrschende „Laissez faire“ ist sowohl aus volkswirtschaftlichen, wie auch aus Gründen der Menschenwürde nicht länger vertretbar.**

- **Die Organisation der Sozialleistungsträger und ihrer Kooperation entsprechen vielfach noch nicht den neuen Anforderungen.** Sie bedürfen der Umorganisation bis hin zur Anreicherung und Erweiterung der Berufsrollen im Verwaltungsablauf. Die Veränderungen des professionellen Anforderungsprofils bei den Trägern ergibt sich aus den teilweise umfangreicheren Beratungen und Steuerungsaufgaben, für die in der bisherigen Aufgabenverteilung kein Platz ist.
- **Der Bereich der trägerübergreifenden Fallsteuerung muss weiter deutlich verbessert werden. Positive Ansätze sind zu fördern und zu verbreiten.**

- **Die Vernetzung von Leistungen gehört immer noch zu den Aufgaben, die am schwierigsten durchzusetzen sind.**
- **Ebenso gehört die Vernetzung von Gesundheitsdaten - als datengeschützte Sachbezüge zur Vermittlung von Leistungen – immer noch zu den Aufgaben, die ausstehen bzw. kaum begonnen wurden.** Die „Sektoralisierung“ wird somit fortgeschrieben und Nahtlosigkeit ist meist nicht gewährleistet. Auch zur Lösung dieser Fragen werden in dieser Ausarbeitung praktische methodische Ansätze erarbeitet, z.B. im Zusammenhang mit der sozialmedizinischen Begutachtung.
- Gesundheitsdaten sind auch Grundlage für **Frühwarnsysteme**. Diese wiederum **sind auf der betrieblichen Ebene noch unzureichend etabliert.**
- **In der aktuellen Praxis der Gutachten für die berufliche Rehabilitation klafft trotz qualitätssichernder Maßnahmen noch immer eine breite Qualitätslücke.** Die Einschätzung der „arbeits-“, bzw. „erwerbsbezogenen“ Leistungsfähigkeit wird zwar häufig verwendet, bleibt aber als Begriff abstrakt, weil er bisher nicht exakt bestimmt und vielfach auch noch nicht operationalisiert worden ist.
- **Die Begutachtung beschränkt sich zu oft noch auf die einseitigen defizitorientierten Funktions-Beschreibungen.** Förderfaktoren hingegen, die sich auf das Partizipationspotenzial beziehen, werden erst neuerlich, z.B. in der BAR-Gutachten-Empfehlung, überhaupt erwähnt. In dieser Ausarbeitung werden sie zu einem wesentlichen Bestandteil des Prozesses erhoben (s. z.B. „screenings“ bei der sozialmedizinischen Begutachtung).
- **Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben werden oft nicht mit in die Begutachtung einbezogen,** obwohl sie nachgewiesenermaßen nachhaltige Effekte auf die Salutogenese haben. Salutogenese ist ein Prozess der Heilung oder Gesunderhaltung, bei dem die Eigenkräfte und der Eigenwille des betroffenen Menschen eine entscheidende Rolle spielen.
- Im Bereich Beratung fehlt ein trägerübergreifendes und flächendeckendes Beratungsangebot für Arbeitgeber existiert.
- Trotz Servicestellen sind im System Möglichkeiten der trägerübergreifenden und personenzentrierten Beratung für Betroffene, damit diese sich zu ihrem eigenen „Case Manager“ entwickeln können, kaum vorhanden.
- Im Bereich Qualitätssicherung ist zu bedauern, dass angesichts des jährlichen Kostenvolumens für Leistungen zur Teilhabe von über 6,5 Mrd. Euro (beispielsweise im Jahr 2002) eine wissenschaftliche Evaluation und Begleitung der Qualitätssicherung gemäß den „Domänen“ der ICF bisher nicht geleistet wurde. Es gibt also noch keine implementierten „inter-institutionellen“ Qualitätsvergleiche.
- In sozialrechtlicher Hinsicht birgt das Verhältnis des Behinderungsbegriffes im SGB IX zum SGB VI noch ein Problem. Hier ist eine Anspruchslücke offen. Diese Diskrepanz müsste beseitigt werden. Durch eine Arbeitsgruppe beim BMGS ist das Problem aufgegriffen worden.

Erwerbsminderung verhindern heißt zu allererst:

- Beschäftigungsfähigkeit fördern
- Gesundheit stärken
- Leistungsfähigkeit erhalten
- Erwerbsfähig bleiben trotz Behinderung
- Teilhabe am Arbeitsleben sichern
- sowie möglichst Arbeitslosigkeit vermeiden.

Bezogen auf den individuell Betroffenen stellen sich dabei folgende zentrale Fragen:

- Sind präventive Leistungen erforderlich, genügend erarbeitet und umgesetzt worden?
- Kann der Versicherte – unter welchen Bedingungen und wie - auf den Arbeitsmarkt zurückgeführt werden?
- Wenn ja, welche Hilfestellungen sind in welchen Bereichen besonders vonnöten?
- Welche Probleme stellen sich bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft?
- Wie ist die alternative Unterstützung zur Teilhabe auszubauen und welche Bedeutung kann dabei z.B. dem Arbeits-Assistenz-Modell zugewiesen werden?

Ziel ist: Weg von der Erwerbsminderung, hin zur Teilhabe!

Ein Weg dahin ist, **Unternehmen in die Verantwortung** zu ziehen und für sie Anreize und Unterstützungsmaßnahmen zur Teilhabe vorzuhalten, um Menschen mit Behinderungen nachhaltig in den Betrieb zu integrieren, sich um „problematische Fälle“ selbst zu kümmern, anstatt sie dem passiven sozialversicherungsrechtlichen Hilfe- und Solidarsystem zu überlassen. Dafür muss ein Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement aufgebaut werden, das präventives und rehabilitatives Knowhow vernetzt und integriert. Erst wenn auf betrieblicher Ebene ein solches Gesundheitsmanagement implementiert ist, lassen sich alle Handlungsmöglichkeiten zur frühzeitigen Verhinderung von Erwerbsminderung ausschöpfen.

Instrumente und Handlungsmöglichkeiten dafür werden beschrieben (Kapitel 4).

Der andere Weg ist, Partizipationspotenzial zu stärken, um solche **Antragsteller von EM-Rentenverfahren auszuschließen, die noch für eine bedingte Teilhabe am Arbeitsleben geeignet sind**. Dies muss an praktischen Fällen entwickelt und deutlich gemacht werden. Dafür werden hier Verfahrensvorschläge entwickelt. (Kapitel 6)

Das Verfahren bei Anträgen auf Erwerbsminderungsrente ist zu optimieren. Die Qualität der Begutachtung ist durch standardisierte und trägerübergreifende Vorgehensweisen, Assessmentinstrumente und Fortbildung der sachverständigen Gutachter zu optimieren und zu sichern. Dabei steht die Umsetzung des Prinzips „Reha vor Rente“ und die im SGB IX geforderte umfassende Prüfung von Leistungen zur Teilhabe im Vordergrund.

Der Verlust der Erwerbsfähigkeit, inklusive der eigenen Überzeugung erwerbsunfähig zu sein, ist nicht nur in der Regel ein schleichender Prozess bei Langzeitarbeitslosigkeit, sondern bedeutet im Akutfall einen erheblichen Verlust an Lebensqualität. Dem muss mit Interventionsmaßnahmen entgegengewirkt werden. Hierzu verstärkt das SGB IX den präventiven Ansatz (§§ 3, 83, 84 SGB IX).

Frühzeitige Interventionen erfordern Methoden der frühzeitigen Erkennung, d.h. es müssen prädiktive Faktoren eruiert und erfasst werden. Alle Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation in einem Unternehmen erfordern die Einbindung in ein sinnvolles Handlungskonzept und eine Unternehmensstrategie. Dazu werden im Unternehmen Prozesse etabliert, die angesichts der bedrängenden sozialökonomischen Engpässe ein gezielteres Herangehen ermöglichen, zwecks Erhaltung von Arbeitsplatzkapazitäten, ohne dabei in eine „Standortdiskussion“ zu geraten.

Diese beiden Wege – Verstärkung der Unternehmensverantwortung einerseits, Veränderung des Erwerbsminderungsrentenverfahrens andererseits, bedürfen allerdings genauer sozialer und arbeitsrechtlicher Begleitung (siehe Kapitel 5).

Es geht nicht nur um Neuregelungen, sondern um die Einbindung des Sozialrechts in die **Auseinandersetzung, zu der die ICF herausfordert** und die das SGB IX mit dem Stichwort Teilhabe aufgreift. Das aber bedeutet angesichts der bedrängenden sozialökonomischen Engpässe ein gezielteres Herangehen, die Arbeitsplatzkapazitäten innerbetrieblich möglichst zu erhalten ohne deshalb zugleich den „Standort“ zu gefährden.

1.3 Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis

Erwerbsminderung wird nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF, auf dem das PRVE-Projekt aufbaut, **nicht mehr wie früher als eine reine „Personeneigenschaft“ betrachtet, sondern wird durch den gesamten Lebenshintergrund der Person (Kontextfaktoren) mitbestimmt.**

Eine zentrale These dieses Buches ist: Der Prozess der Prävention und Rehabilitation für die Teilhabe am Arbeitsleben kann im Sinne des SGB IX nur dann positiv beeinflusst werden, wenn – vor dem Hintergrund der ICF – die allgemeinen Reha-Prinzipien eingehalten werden. **Diese allgemeinen Prinzipien sind:**

- **Frühzeitigkeit**
- **Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit**
- **Personenorientierung und Ganzheitlichkeit**
- **Selbstbestimmung**
- **Dialogorientierung und**
- **Ressourcenorientierung.**

Der Prozess der Prüfung zur Teilhabe am Arbeitsleben und für entsprechende Maßnahmen muss nahtlos über alle Sektoren des tradierten Rehabilitations- und Gesundheitswesens hinweg in engmaschigen Kooperationsnetzen erfolgen. Dazu gehören:

- **Umfassende Beratung**
- **Verpflichtung zu einrichtungs- und maßnahmeübergreifendem Handeln**
- **Schnelle Klärung des Bedarfs und Einleitung von Maßnahmen**
- **Zielgerichtete und qualitativ angemessene Leistungserbringung**
- **Systematische Qualitätssicherung**

Wesentlich ist in allen Fällen ein **Bewusstsein für Kooperation und Vernetzung, aber vor allem das Umsetzen dieser Voraussetzungen.** Es geht vor allem darum, der Verpflichtung zur trägerübergreifenden Bearbeitung Rechnung zu tragen und dabei dem Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen sowie dem Datenschutz einen hohen Stellenwert beizumessen.

Bisher ist die Fallbearbeitung stärker auf die Belange des jeweiligen Trägers focussiert. Das SGB IX verlangt eine **übergreifende Prüfung. Diese muss sich jeder Träger, der es mit einem Leistungsantrag zu tun hat, als seine zentrale Aufgabe zu eigen machen.**

Das grundlegende Prinzip ist auf jeder Ebene des Verfahrens der Dialog der „Profis“ des gesellschaftlichen Sozialsystems mit dem Menschen mit Behinderung oder dem, der von Behinderung bedroht ist. Dazu muss der Bearbeiter bzw. der Gutachter auch Fühlung mit dem Arbeitgeber und dem Betriebsarzt, aber neuerlich vor allem auch mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen, weil auch dieser den Reha-Zugang mitgestalten wird (s. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Kraft getreten am 01.04.2004)). Der Betroffene seinerseits bringt seine Erfahrungen aus dem letzten Arbeitsplatz und seinen vorherigen Interventionserfahrungen mit ein. Nur so kann eine Dialogorientierung erfüllt werden.

Allgemeine Qualitätsanforderungen zur Absicherung eines Qualitätssicherungs-Managements gelten für alle Reha-Träger. Diese sind:

- Überprüfung von Leistungen zur Teilhabe in allen Verfahren einschließlich möglicher trägerübergreifender Perspektiven
- Dialogführung, evtl. unter Mithilfe von Selbsthilfegruppen
- Umfangreiche Gesundheitsinformationseinholung vor einer Sachentscheidung
- Transparente Entscheidungsfindung insbesondere bezogen auf die nachvollziehbaren Gutachtensinhalte

Die Rentenversicherung ist das letzte Glied in der Kette, wenn die Bemühungen zum Erhalt der Partizipation scheitern. Sie hat möglicherweise Versäumnisse, die unter Umständen in vorherigen Verfahren gemacht wurden, nachzuholen. Es ist daher zu erwägen, ob ihr dadurch entstehende Kosten durch Reha-Träger, die ihren Verpflichtungen nicht nachgekommen sind, dort in Rechnung zu stellen sind.

Die Instrumente und Optionen

Alle Teilhabe-Prüfungen haben das Ziel, dass Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen bis zum gesetzlichen Renteneintritt produktiv im Erwerbsleben tätig sein und bleiben können. Für diese Prüfungen müssen die Instrumente wie **Management, Beratung, Assessments, Begutachtung, Vernetzung und Qualitätssicherung** genutzt werden.

Bei der einzelnen Person, als **Mikro-Ebene des Systems der Rehabilitation**, geht es um die Stärkung der beruflichen Identität sowie der Beschäftigungsmöglichkeiten und die Förderung des Empowerments. Instrumente dafür sind u.a. **Case Management und Disease Management** (bei chronischen Erkrankungen).

Hier kommt es insbesondere auf die Vernetzung an. Vernetzung zielt auf Reduktion von Kosten, aber auch auf stärkere Orientierung an der Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt. **Hier wird die Notwendigkeit der Vernetzung von Gesundheitsdaten besonders deutlich, wenn es um gezielte Beratung und ein nachfolgendes Case-Management geht.**

Das betriebliche Geschehen ist als Meso-Ebene zu betrachten. Es geht um die Einführung und Anwendung der Instrumente wie ein allgemeines Gesundheitsmanagement, Disability Management und Eingliederungsmanagement als Partizipationskonzepte.

Auf der Makro-Ebene der Träger und Leistungserbringer fordert das SGB IX eine trägerübergreifende Kooperation bezüglich der Leistungen sowie eine Kooperation und Vernetzung der Akteure und Leistungen untereinander. Hier geht es darum, dass die

partizipationsfördernde Vernetzung der Sparten Gesundheit/Reha – berufliche Bildung – Arbeitsmarkt im Auge behalten werden muss.

Wichtige Orte der Beratung sollen die **gemeinsamen Servicestellen** sein, die diese Funktion mit Selbsthilfegruppen und Verbänden der Behindertenvertreter wahrnehmen sollten, um Selbstbestimmung vor Ort zu verwirklichen. Die bisherige Inanspruchnahme dieser Servicestellen steht in keinem Verhältnis zum Stellenwert nach dem SGB IX. Die Ziele einer intensiveren Bürgernähe und der Effizienzsteigerung im Verwaltungsverfahren sind folglich noch nicht erreicht. In Testseminaren ist zum Beispiel der Bedarf an Beratungstechniken und der klientenzentrierten Beratung hervorgehoben worden, um Servicestellenmitarbeiter von einer ausgeprägten Kundenorientierung zu überzeugen. Zudem erhebt sich die Frage, inwieweit neben Ärzten andere Personengruppen (z.B. Lehrer, Sozialarbeiter) sich ihrer Aufgabe bewusst sind, ihre Klienten an eine Servicestelle weiter zu vermitteln oder sie von deren Existenz zu informieren.

Es gibt eine Pflicht zur Beratung auch ohne ausdrückliches Anspruchsbegehren. Berater und Bearbeiter sind damit konfrontiert, dass der Versicherte in der Regel zu wenig informiert ist. Die Verwaltung muss jedoch von sich aus, von Amts wegen, auf den Bürger zugehen und ihn in Stand setzen, mit ihr gemeinsam herauszufinden, welche Leistungen in Betracht kommen. Der angesprochene Träger hat von sich aus eine umfangreiche Prüfung des Bedarfs an Leistungen anzubieten und deren Bedeutung offen und vorurteilsfrei mit dem Betroffenen zu erörtern. Für weitere Verfahrensschritte ist das Einverständnis des Menschen mit Behinderung erforderlich.

Voraussetzung für einen produktiven Dialog ist, dass der ratsuchende Mensch mit Behinderung oder einer drohenden Behinderung ein hohes Maß von Informiertheit, Klarheit in Bezug auf die eigenen Ziele und ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein gegenüber den professionellen Akteuren hat oder dass ihm mögliche Hilfestellung erwiesen wird. Die professionellen Akteure müssen sich die Zeit nehmen und auch bekommen, dem betroffenen Laien und seinen Helfern als **beratende Gesprächspartner** zur Verfügung zu stehen. Erst wenn der Betroffene mit seiner Sicht der Dinge und seinen Fragen von den Profis ernst genommen wird, wird es gelingen, ihn als Partner „auf gleicher Augenhöhe“ zu gewinnen.

Vernetzte und integrierte PRVE-Strukturen müssen so flexibel sein, dass sie sich den Bedürfnissen des Patienten anpassen lassen. Eine Grundlage dafür wäre die juristisch-verwaltungstechnische Vereinheitlichung der Begriffe Gesundheit – Krankheit – Behinderung auch in den verschiedenen Ausführungen des SGB (SGB V, VI, IX, XI). Das Problem bleibt die gutachterliche bzw. verwaltungstechnische Bemessung von Leistungsfähigkeit nach Stunden. Ziel muss es sein, zur Erwerbsminderung ein Raster für die Beurteilung möglicher Leistungsbefähigung unter Berücksichtigung von Hilfen und Leistungen zur Teilhabe zu entwickeln. Es geht darum, das Partizipationspotenzial mit ergänzenden Hilfen und Hilfsmitteln möglichst auszuschöpfen (s. auch das Kap. über sozialmedizinische Begutachtung und das Arbeitsassistenten-Modell in der Materialsammlung - II).

Auf der Ebene des Betriebs ist eine interne Managementstruktur, die auch extern gut vernetzt ist, ein in sozialpolitischer wie auch in ökonomischer Hinsicht erfolgreiches Modell. Disability Management z.B. kann gerade für kleinere und mittlere Unternehmen (KMU-Sektor) eine positive Kosten-Nutzen-Bilanz zeigen und ist damit grundsätzlich finanzierbar.

Bei der Begutachtung muss an die Stelle der bislang zu oft einseitigen leistungs- und defizitorientierten Beschreibung **eine positive Krankheits- und Gesundheitsdiagnostik** treten, bei der das Einschätzen von Chancen und Risiken im Vordergrund steht. Diese Begutachtung sollte in eine umfassende Gesundheitsakte bzw. in einen „**Reha-Gesamtplan**“ münden, in die vor allem die möglichen Förderaspekte und die positiven Seiten des Partizipationspotenzials eingehen sollten.

Gemäß dem Selbstbestimmungs-Paradigma der WHO geht in die Gutachter-Patienten-Beziehung die **Selbsteinschätzung und die Berücksichtigung subjektiver Faktoren** ein. Die Begutachtung erhält auch deswegen Beratungscharakter. Die Möglichkeiten einer **Verzahnung von Beratung und Begutachtung in einem dialogisch umkehrbaren Rollengefüge** sollte zukünftig weiter erörtert werden.

Das Anliegen umfassender personenorientierter Begutachtung scheint im Widerspruch zu stehen zu der Forderung, dass die Gutachten auf die trägerspezifische Fragestellung ausgerichtet sein müssen. Dies ist jedoch kein Widerspruch. Vielmehr muss dem Gutachter die Vermittlerfunktion beider Anforderungen deutlich sein. Es gilt zum einen, zunächst ein umfassendes Bild über den Betroffenen zu erstellen und zu dokumentieren, das auch trägerübergreifend verwendet werden kann. Zum anderen muss im Anschluss daran die trägerspezifische Frage auf der Basis dieses Bildes (so zu sagen die trägerspezifische Brille) betrachtet werden.

Zudem sind **alle Reha-Träger verpflichtet, trägerübergreifend die Frage der Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe zu überprüfen.** Ein Gutachten hat so immer einen trägerspezifischen und einen trägerunspezifischen Teil. Dies gilt auch für Erwerbsminderungsrentengutachten.

Es besteht der Bedarf, **Verfahren und -instrumente** zu entwickeln oder auszuwählen, **die für eine trägerübergreifende einheitliche Dokumentation geeignet sind**, z.B. eine EDV-kompatible Vernetzung und Dateninformation zur problemspezifischen Information gestatten. Die gemeinsamen Empfehlungen der Träger reichen bislang nur soweit, dass sich die Dokumentation an der überaus umfangreichen und bisher wenig praktikablen ICF-Nomenklatur orientieren soll. Eine Festlegung auf konkrete Merkmalsebenen hat noch nicht stattgefunden.

Nur eine interdisziplinäre Betrachtungsweise wird den Prinzipien und Domänen der ICF gerecht. Zwar ist im deutschen Sozialversicherungssystem der Arzt der federführende Gutachter, aber andere Fachbereiche werden bereits teils konsultierend angesprochen. Die Durchführung von Assessments erfordert aber teilweise vertiefende Kenntnis zum Beispiel in der Einschätzung arbeitsbezogener Leistungsfähigkeit. Auf lange Sicht ist ein Reha-Consulting einzufordern, wie es z.B. in den Niederlanden üblich ist.

Die Teilhabe-Prüfung bzw. **die Ermittlung des Partizipationspotenzials mittels Assessments und Gutachten ist eine gemeinsame Aufgabe der Sozialleistungsträger** unter Einbeziehung eines interdisziplinären Teams verschiedener Experten, die sich mit der menschlichen Leistungsfähigkeit, insbesondere der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, auseinandersetzen (unter anderem Arbeitswissenschaftler, Arbeits- und Leistungsphysiologen, Mediziner, (Arbeits-) Psychologen, Sportwissenschaftler).

Bei Hilfen zur Teilhabe geht es nicht mehr nur um medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Erleichterung im Arbeitsleben, sondern auch um unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**. Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben werden oft nicht mit in die Prüfung einbezogen, obwohl die Eingliederung in die Gesellschaft und soziale Hilfen zu den Allgemeinen Vorschriften gehört (SGB I, § 1,1).

Im SGB IX fordert der Gesetzgeber **vergleichende Qualitätsanalysen** als Grundlage für das Qualitätsmanagement der Leistungsträger. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist man zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch sehr weit von einer Implementierung entsprechender Analysen entfernt. Eine wissenschaftliche Evaluation und Begleitung der Qualitätssicherung ist von vergleichbaren Standards bei den Erhebungen abhängig. Nicht einmal den Ansatz hat man bisher für nötig befunden. Es wird deshalb vorgeschlagen, einen Minimal-Konsens über ein Screening-Modell zu erarbeiten.

1.4 Praxisebene Unternehmen – das Betriebliche Gesundheitsmanagement

Sozialmedizinisch gilt es, den Präventionsgedanken, wie er im SGB IX enthalten ist, zu einem umfassenden „Leitgedanken“ im Unternehmen weiter zu entwickeln und dabei die Umsetzung von Präventionsansätzen im Sinne der Nachhaltigkeit dauerhaft mit Hilfe der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), der Rentenversicherung (RV) und der Unfallversicherungen (UV) abzusichern. Dafür gibt es nicht nur sozialpolitische Gründe, sondern auch Gründe, die sich **betriebswirtschaftlich** „rechnen“, wie auch **volkswirtschaftliche Ansätze**.

Die **Bedeutung** von Qualifikation und Erfahrung auch der eingeschränkt oder „anders“ als bisher beschäftigungsfähigen Arbeitnehmer **für Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit** wird auf Grund der demografischen und technologischen Änderungen weiter von Bedeutung sein.

Neben die klassischen **Erfolgskriterien für das Marketing** tritt als Erfolgsfaktor das sozialpolitische Engagement der Unternehmen. Diversity Management, Beachtung der Bedürfnisse behinderter Kunden und Mitarbeiter, Umweltschutz werden zu zusätzlichen Kriterien für Marktakzeptanz (nachhaltige **Corporate Governance**).

Die politischen und rechtlichen Vorgaben tendieren zur **(Rück)Übertragung der Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter auf die Unternehmen** – sowohl durch negative (Verpflichtung) wie durch positive (Anreize, Förderung) Sanktionen i.S. eines Bonus-Malus-Systems. Um die Verantwortung der Unternehmen für Gesundheit zu stärken, bedarf es der fachlichen Hilfe auch extern eingebrachtes und unterstütztes Gesundheitsmanagement sowie finanzieller Anreize, die unbedingt verstärkt werden müssen. Das hat das Projekt „Förderung und Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter“ (FILM-Projekt) nachgewiesen.

Das **Spektrum des Betrieblichen Gesundheitsmanagements** reicht von der Prävention bis zur Reha, vom Gesundheitsmonitoring bis zu arbeitsplatz – bzw. personenbezogenen Maßnahmen, vom Leitbild der Unternehmensführung bis zu überprüfbaren, dokumentierten Verfahren auf der Arbeitsebene. Entsprechend müssen Frühwarnsysteme (FWS) ausgelegt

sein (s. Kap 4.2). Die betrieblichen Instrumente sind: Allgemeines Gesundheitsmanagement, Disability Management, Integrationskonzepte, Eingliederungsmanagement (s. Kap. 4.1).

Das Eingliederungsmanagement umfasst 5 Phasen:

1. Früherkennung durch das Frühwarnsystem
2. Ist eine Früherkennung erfolgt, können Risikobereiche und Gefährdungen durch Erfassung und Spezifizierung mit geeigneten Instrumenten abgeklärt werden. Die „Werkzeuge“ reichen vom Einzelgespräch über Assessments bis zu Untersuchungen von Mensch und Arbeitsplatz sowie dessen Umgebung.
3. Verarbeiten, entscheiden und Umsetzen im Integrationsteam, und zwar im Dialog mit dem Mitarbeiter
4. Einleiten und Steuern geeigneter Maßnahmen
5. Dokumentation und Evaluierung (s. Kap. 4.1.1)

Frühwarnsysteme sind bis jetzt nur punktuell etabliert. Modelle gefördert durch einzelne ges. Krankenkassen z.B. BKK, AOK sowie im Bereich des Arbeitsschutzes durch die ges. Unfallversicherungsträger. Ein großes Defizit besteht in der Unklarheit darüber, welche Daten auf welche Weise verknüpft werden können und müssen, ohne den Datenschutz zu verletzen. Frühwarnsystem heißt: Diagnostik bzw. Analyse bestehender Risiko-, bzw. Gefährdungskonstellationen sowie Diskrepanzen in der Fähigkeits-Anforderungspassung nach einem ganzheitlichen Ansatz, der auch Betriebsklima oder soziale Unterstützung einbezieht. Dafür werden hier mehrere Modelle und konkrete Ansätze vorgestellt.

Ein wesentliches Instrument ist das **Disability Management (DM)** mit einem entsprechenden **international abgestimmten Audit**. Der Ansatz des DM passt zum SGB IX. Das standardisierte DM-Audit eröffnet Möglichkeiten der Qualitätssicherung und des (auch quantifizierbaren) Benchmarkings mit anderen Unternehmen. Die Vorteile eines DM-Audits für Unternehmen liegen sowohl in der internen Prozessoptimierung als auch in der positiven externen Marktpräsentation. Anpassungen des Instruments haben begonnen.

Anregungen zum betrieblichen Umgang mit DM-basierten „return-to-work“-Prozessen können vor allem von großen Unternehmen auch heute bereits umgesetzt werden. Klein- und Mittelunternehmen (KMU) benötigen für die Implementierung externe Beratung. Ein trägerübergreifendes und flächendeckendes Beratungsangebot für Arbeitgeber – das bislang noch nicht existiert - muss jeweils in die regionale/lokale Unternehmenslandschaft eingebunden sein, die die externen Berater kennen müssen. Ihre **Beratung** kann bzw. sollte den Charakter von **Organisationsentwicklung und Managementberatung** haben.

1.5 Die Praxisebene Sozialversicherungen und Dienstleister - das Vermeiden von Rentenverfahren bei Erwerbsminderung

Der Grundsatz „Reha vor Rente“, der nahezu das gesamte Sozialgesetzbuch IX durchzieht, bedeutet u.a.: wenn der Rentenfall zu erwarten ist, ist der Träger verpflichtet, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen, soweit der Rentenfall damit vermieden, verzögert oder behoben werden kann.

Die **Prüfung**, ob anstelle der Rentengewährung **Maßnahmen zur Teilhabe** möglich sind, ist **obligatorisch** und erfolgt **trägerübergreifend**. Der zuständige Träger muss unter

Einbeziehung anderer Träger (insbesondere Arbeitsämter) und der Akteure (insbesondere Ärzte, Reha-Kliniken, Berufshelfer) eine kontinuierliche Steuerung des Prozesses mit Rückmeldungen sicherstellen, die eine Verzahnung und Konzentration garantieren. Eine trägerübergreifende Fallsteuerung ist erst in Ansätzen (Modell) sichtbar. Sogar die ges. Unfallversicherung sucht nach neuen Wegen, ihr Prinzip „alles aus einer Hand“ über den „Disability-Management-Ansatz“ zu verbessern.

Die Träger müssen also den zuständigen Bearbeitern Arbeitsleitfäden an die Hand geben, wie Dritte einzubeziehen sind und erforderlichenfalls dafür auch Mittel und Standards zur Bewilligung von Teilhabeleistungen nach Qualitätssicherungs-Kriterien vorsehen, wie sie als Mindeststandards entworfen wurden.

Das persönliche Gespräch mit dem Betroffenen ist eine Mindestvoraussetzung für Selbstbestimmung. Nur so kann die geforderte Dialogorientierung erfüllt werden und kann der Betroffene zur produktiven Zusammen- und Weiterarbeit motiviert werden.

Eine besondere Stellung nimmt der Rentensachbearbeiter ein. Früher war das Handeln des Sachbearbeiters stärker auf die Belange des eigenen Trägers fokussiert. Heute müssen diese Trägergrenzen klar durchbrochen werden. Die übergreifende Prüfung muss sich jeder Träger, der es mit einem Leistungsantrag zu tun hat, als seine zentrale Aufgabe zu eigen machen.

Zum **Aufgabenbereich des Sachbearbeiters neuen Typs** gehört die Herausfilterung der Rentenverfahren, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, die Weiterleitung dieser Verfahren an die Reha-Sachbearbeiter sowie die Steuerung und Koordination der beiden Verfahren, die häufig parallel laufen. Zu seinen Aufgaben gehört ebenfalls - im Einverständnis mit dem Versicherten - die Weiterleitung des Vorgangs oder von Anträgen an einen anderen zuständigen Träger sowie **die Organisation und Verzahnung eigener Leistungen mit den Leistungen anderer Träger.**

Der Sachbearbeiter erledigt seine Aufgaben unter der Prämisse, den behinderten Menschen stets so in den Verfahrensablauf einzubinden, dass dieser sein Recht auf Selbstbestimmung verwirklichen kann.

Der Steuerungsauftrag reißt auch während eines Rentenleistungsbezugs nicht ab. Zurzeit werden bei Leistungsbezug (Krankengeld, Arbeitslosenhilfe etc.) die Antragsteller oft zu lange in den Status belassen in dem sie sich befinden, statt auf die Wiederherstellung verlorener Erwerbsmöglichkeiten Einfluss zu nehmen.

Der Reha-Fachberater wird zum festen Bestandteil eines -Verfahrens, bei dem sich durch eine intensive Prüfung herausstellt, dass statt einer Erwerbsminderungs-Rente Leistungen zur Teilhabe möglich sind. Tragendes Prinzip ist auch hier der qualifizierte Dialog mit dem Versicherten.

Der Dezernent muss neben der Entscheidung über den Erwerbsminderungs-Antrag verstärkt entscheiden, ob Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe hinreichend berücksichtigt worden sind und das Verfahren gegebenenfalls an den Sachbearbeiter zurückgeben bzw. direkt an den Reha-Fachberater weiterleiten.

Die Gutachter: Bislang waren die Gutachten im Erwerbsminderungs-Rentenverfahren auf quantitatives Leistungsvermögen (Stunden) ausgerichtet. Neu sind die Anforderungen, die personengebundenen Kontext-, Umwelt- und Umfeldbedingungen als Unterstützungsfaktoren einzubeziehen. Beim Auftrag für das Reha-Gutachten darf die Frage der verminderten Leistungsfähigkeit nach dem Erwerbsminderungs-Recht erst die zweite Frage sein. Durch die Verschiebung auf die neue Hauptfrage nach Unterstützung der Leistungsfähigkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben wird der Blick stärker auf das erforderliche positive Leistungsprofil gerichtet, weil die Leistungsfähigkeit ja auch von der jeweiligen Anforderung abhängt. Es geht um das Partizipationspotenzial. Dennoch, die anhängigen Anforderungs- und Fähigkeitsprofile stellen den Gutachter in einen Dialog mit dem Betroffenen. Dabei klärt er auch ab, wieweit das „Selbstbild“, das der Betroffene von sich hat und das „Fremdbild“, das der Gutachter von ihm gewinnt, auseinanderdriften und wie diese Einschätzungen angeglichen werden können. Der Versicherte hat Anspruch darauf, drei Sachverständige zur Auswahl benannt zu bekommen.

Für die Hausärzte gelten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Es liegt in der Verantwortung der behandelnden Ärzte, den von einer Erwerbsminderung bedrohten Personen Alternativen zum Rentenanspruch aufzuzeigen, auch gegenüber den verantwortlichen Trägern unterstützend zu wirken und sich angesichts ihrer oft langjährigen Behandlungserfahrung an der Reha-Planung zu beteiligen. Es gibt also eine Rollenaufteilung zwischen dem Betriebsarzt und dem Hausarzt. Die betreuenden Ärzte müssen dem Menschen, der von Behinderung betroffen oder bedroht ist, aufzeigen, wo seine Gesundheitsrisiken liegen und mit ihm erwägen, welche Ziele und Maßnahmen in Bezug auf Machbarkeit, Einschränkungen, Ressourcen realistisch sind. Die Ärzte müssen nicht im Detail alle Interventionsmöglichkeiten kennen, aber Wege aufzeigen will, muss die ungefähre Strecke kennen. In diesem Fall ist die ICF auch für das Therapiespektrum hinsichtlich der Fördermöglichkeiten eine Orientierungshilfe. Hierzu fehlt den Ärzten bisher jedoch das notwendige Wissen, sodass zunächst im Rahmen von Fort- und Weiterbildung eine weitere Verbreitung von Reha-Grundkenntnissen erfolgen muss. Dazu gehört auch, dass sie ihre Dokumentation und Berichterstattung an ICF-Kriterien angleichen können.

Für die Hausärzte gilt es noch zu klären, wie die **Gebührenfrage** in Bezug auf solche neuen und zusätzlichen Diagnoseaufgaben geregelt werden kann (s. dazu Begutachtung nach den „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ in Kap. 4.4.5).

1.6 Die Gliederung - Kurze Kapitelübersicht

Die Gliederung des PRVE-Buchs enthält fünf große Themenblöcke:

Kapitel 2 beleuchtet zunächst das Phänomen der Erwerbsminderung aus verschiedenen Perspektiven. Dabei werden auch aktuelle Zahlen über Antragsstellung und Verfahrensablauf für derzeitige Erwerbsminderungs-Renten analysiert und sozialrechtliche Aspekte angesprochen.

Kapitel 3 widmet sich der zentralen Aufgabe in der gesamten präventiven, rehabilitativen sowie verwaltungstechnischen Prozessgestaltung, nämlich: Teilhabechancen einschätzen,

erkennen und fördern. Eine zentrale These ist: Der Prozess der Prävention und Rehabilitation für die Teilhabe am Arbeitsleben kann im Sinne des SGB IX nur dann positiv beeinflusst werden, wenn – vor dem Hintergrund der ICF – die allgemeinen Reha-Prinzipien eingehalten werden, nämlich Frühzeitigkeit, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit, Personenorientierung, Ganzheitlichkeit, (weitgehende) Selbstbestimmung, Dialog- und Ressourcenorientierung. Dafür müssen entsprechende Instrumente verfügbar sein. (Kap. 3.1). Hier werden auch die Instrumente der Prozessgestaltung wie Management, Beratung, Assessment, Vernetzung und Qualitätssicherung im Überblick vorgestellt (Kap. 3.2).

Kapitel 4 erörtert die spezifischen Interventionsansätze zur Prävention und Rehabilitation von Erwerbsminderung mit dem Ziel nachhaltiger Partizipation. Im betrieblichen Bereich liegt der Schwerpunkt auf der Prävention, dem Frühwarnsystem (Kap. 4.2), dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (Kap. 4.1.1) sowie dem Disability-Management (Kap. 4.1.2). Beratungsansätze, insbesondere die Beratung in den Gemeinsamen Servicestellen und durch die Haus- und Betriebsärzte sowie die Beratung der Arbeitgeber werden thematisiert (Kap. 4.3, insbesondere 4.3.5). Weiter werden hier Grundsätze zur Begutachtung der Teilhabe am Arbeitsleben (Kap. 4.4) sowie spezifische Assessmentinstrumente (Kap. 4.5) vorgestellt. Schließlich wird die Qualitätssicherung der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben behandelt (Kap. 4.6).

Kapitel 5 befasst sich mit den vielfältigen rechtlichen Aspekten der Erwerbsminderung im Detail. Dabei geht es zum einen um Behinderung im Rentenrecht, insbesondere das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX (Kap. 5.1.1), und zum anderen um Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX (Kap. 5.2).

Kapitel 6 widmet sich dem Verfahren bei Anträgen auf Erwerbsminderung. Es werden Vorschläge zum dialogorientierten Verfahrensablauf (Kap. 6.1) und zur person- und ressourcenorientierten Begutachtung vorgestellt (Kap. 6.2; s. dazu auch Kap. 4.3.5).

2 Erwerbsminderung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
2.1	Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse..... 16
2.1.1	Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit..... 16
2.1.2	Erwerbsminderung als Phänomen 17
2.1.3	Prozesse der Erwerbsminderung..... 18
2.1.3.1	Konsequenzen einer systemanalytischen Betrachtungsweise 18
2.1.3.2	Adaptationsprozesse bei Krankheit/Behinderung 19
2.1.4	Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung.....20
2.2	Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung23
2.2.1	Antragszugänge, Finanzvolumen, Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten.....23
2.2.2	Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten.....25
2.2.3	Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘27

2.1 Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse

2.1.1 Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit

Der Begriff der Erwerbsminderung ist im SGB IX eingebettet in den Begriff der Behinderung. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit lässt sich als Grundtatbestand von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben beschreiben. Das SGB IX will diese Teilhabestörungen beseitigen oder kompensieren, indem es die Erwerbsfähigkeit verbessert.

Die Begriffe Erwerbsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit beschreiben den vielfältigen Gesamtkomplex von Fähigkeiten einer Person, eine Arbeit (am vertraglich vereinbarten Arbeitsplatz), einen Beruf oder eine Erwerbstätigkeit auszuführen. Der Unterschied zwischen den Begriffen liegt darin, dass die Fähigkeiten der Person mit Blick auf unterschiedliche Zusammenhänge (Kontexte) betrachtet werden.

Der Begriff der **Arbeitsfähigkeit** bezieht sich primär auf die Fähigkeit, den konkreten Arbeitsplatzanforderungen entsprechen zu können (Mikroebene), der Begriff der **Erwerbsfähigkeit** ist abstrakter Natur und bezieht den gesamten Arbeitsmarkt ein (Makroebene).

Der Begriff **Beschäftigungsfähigkeit** ist umfassend, da er alle Ebenen einbezieht, wie Abb. 2.1-1 zeigt. „Beschäftigungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit einer Person, auf der Grundlage ihrer fachlichen- und Handlungskompetenzen, Wertschöpfungs- und Leistungsfähigkeit ihre Arbeitskraft anbieten zu können und damit in das Erwerbsleben einzutreten, ihre Arbeitsstelle zu halten oder, wenn nötig, sich eine neue Erwerbsbeschäftigung zu suchen“².

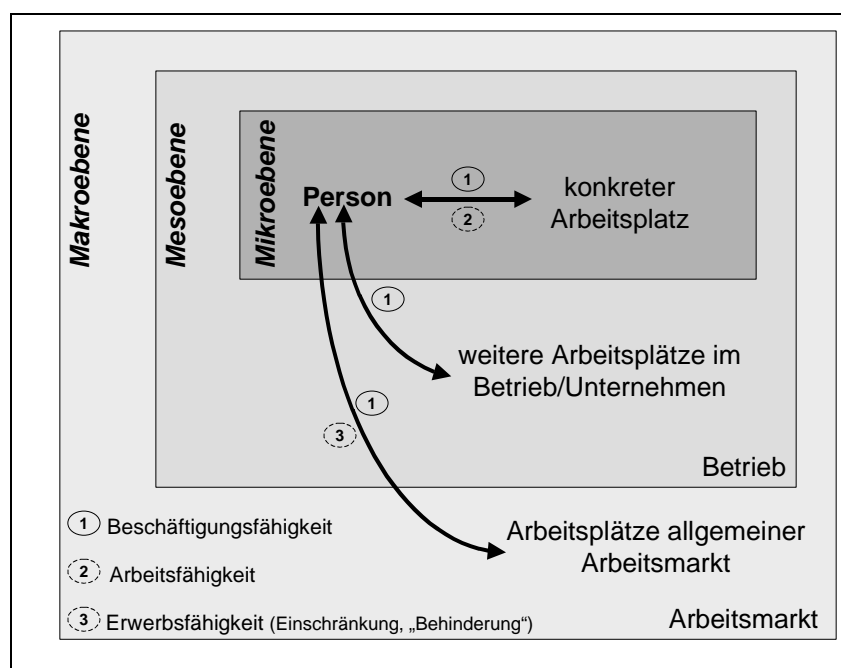


Abb. 2.1-1: Bezugspunkte für die Begriffe der Beschäftigungs-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit

² Blanke, S., Roth, C., Schmid, J. (2001). Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt – Auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft–: Eine Konzept- und Literaturstudie. Arbeitsbericht. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg S. 9.

2.1.2 Erwerbsminderung als Phänomen

Auf die politisch-historische und die sozialrechtliche Definition und Einordnung der Begriffe sowie auf noch bestehenden gesetzlichen Klärungsbedarf wird im Detail in Kap. 5 eingegangen. Hier sei nur schon angemerkt, dass das Verhältnis des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX zu § 43 SGB VI ein Problem birgt. Im SGB VI wird nicht wie im SGB IX unterschieden, ob die Beschwerden alterstypisch sind oder nicht, sodass Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX und Rentenansprüche nach dem SGB VI auseinanderfallen könnten. Die daraus resultierende Anspruchslücke ist durch die Ausweitung des Anspruchs auf Leistungen zur Teilhabe in Rentenfällen zu füllen. Im Rahmen weiterer Gesetzgebung sollte hier eine Klarstellung erfolgen, indem beim Behindertenbegriff nach § 2 SGB IX der Bezug auf das Alterstypische entfällt. Im Detail wird auf dieses Problem unter „Behinderung im Rentenrecht“ in Kap. 5.1.1 eingegangen.

Die weiteren zahlreichen Facetten des Begriffs der Erwerbsminderung im Rentenrecht sind durch gefestigte Rechtssprechung weitgehend geklärt und konnten ohne Brüche in § 43 SGB VI übernommen werden. Das Problem bleibt die gutachterliche bzw. verwaltungstechnische Bemessung von Leistungsfähigkeit nach Stunden. Diese Frage wird im Rahmen der Vorschläge zur Neugestaltung der Voraussetzungen für Renten wegen Erwerbsminderung diskutiert. Ziel muss es sein, zur Erwerbsminderung ein Raster möglicher Leistungsbefähigung unter Berücksichtigung von Hilfen und Leistungen zur Teilhabe zu entwickeln. Es geht darum, das Partizipationspotenzial mit ergänzenden Hilfen und Hilfsmitteln möglichst auszuschöpfen (s. Kapitel über sozialmedizinische Begutachtung, 4.4 und das Arbeits-Assistenz-Modell – AASM – in der Materialsammlung - II).

Für Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe ist im Rentenrecht eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit Voraussetzung (§ 10 SGB VI). Es wird damit nicht gefordert, dass die Voraussetzungen einer Rente vorliegen; es sollen lediglich Bagatellfälle ausgeschlossen werden. In § 10 SGB VI sollte der Begriff „erheblich“ entfallen oder durch eine klarere Formulierung ersetzt werden. Näheres dazu in Kap. 5.3.

Erwerbsminderung im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, Genf 2001) tritt als Partizipationsstörung auf. Sie spiegelt sich insbesondere in Aktivitätsstörungen, die die Partizipationschancen des Betroffenen in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (einschließlich arbeitsweltlichem Wandel und Arbeitsmarktkapazitäten) einschränken. Diese wiederum können sich unmittelbar als Krankheitsfolge abzeichnen, sozusagen als kausaler, logischer Schluss aus den Struktur- und Funktionsstörungen. Sie können aber auch durch die vielfältigen Wechselwirkungen bedingt werden, wie sie in der folgenden Abb. 2.1-2 dargestellt sind.

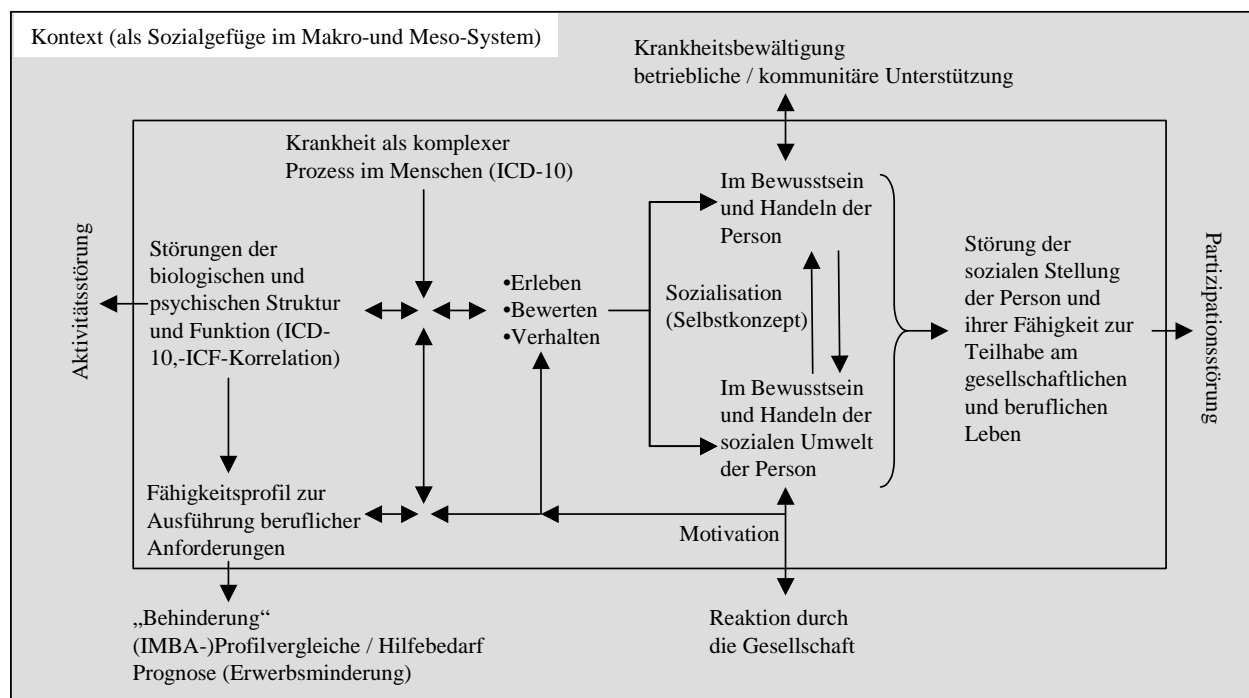


Abb. 2.1-2: EM-Ursachen und Prozesse gemäß bio-psycho-sozialem Modell der ICF (vergl. ICIDH-Einleitung, 1990)

2.1.3 Prozesse der Erwerbsminderung

2.1.3.1 Konsequenzen einer systemanalytischen Betrachtungsweise

Legt man das bio-psycho-soziale Modell der ICF wie in Abb. 2.1-2 zu Grunde, zeigt sich, in wie vielfältiger Weise die Vermeidung von Erwerbsminderung beeinflusst werden kann. Hier sind die salutogenetischen Faktoren in einem Prozessgeschehen verbunden, das seinerseits von den Kontextfaktoren moduliert wird. (Salutogenetisch heißt: dem Menschen wohnen Eigenkräfte inne, die ihn gesund machen oder gesund halten; diese gilt es so zu mobilisieren, dass er auch als medizinischer Laie eine Kompetenz gewinnt, diese Eigenkräfte von sich aus zu beeinflussen.)

Dahinter stehen also Anpassungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen (Adaptation). Die Adaptationsprozesse vollziehen sich sowohl personenintern (psychophysisch) als auch zwischen der Person und ihrer Umwelt (psycho-sozial). Die Regulationsebenen der Mensch-Umwelt-Wechselbeziehung umfassen kognitive, erlebens- und verhaltensmäßige, sowie psychologisch-endokrinologische und neuropsychimmunologische Vorgänge. Zu nennen wären hier auch Prozesse, die sich auf die Krankheitsbewältigung beziehen und wie sie in Abb. 2.1-2 aufgezeigt werden.

2.1.3.2 Adaptationsprozesse bei Krankheit/Behinderung

Anpassungsprozesse sind in der Psychologie und insbesondere Sozialpsychologie vielfach untersucht worden, insbesondere im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Krankheitsbewältigung. **Bewältigung (Coping)** wird dabei von Lazarus und Folkman (1984, 141)³ definiert als „sich ständig verändernde kognitive und verhaltensmäßige Bemühungen bzw. Anstrengungen (efforts) mit spezifischen externen und/oder internen Anforderungen, die die Ressourcen einer Person beanspruchen oder übersteigen, fertig zu werden (to manage)“.

Die Ergebnisse der Bewältigungsforschung tragen zum Verständnis des Erwerbsminderungsprozesses bei. Dabei sind folgende Zusammenhänge zu beachten:

- Krankheit/Behinderung ist ein **Einschnitt in gewohnte Lebensführung und -gestaltung** und oft verbunden mit Einschränkungen in Form von unvollständiger Befriedigung verschiedener Bedürfnisse und einhergehend mit Frustrationen sowie negativen Gefühlen wie Schmerz, Unwohlsein, Ängsten. Aber auch positive Effekte wie besondere Zuwendung, Entlastung von Pflichten können auftreten und werden als sekundärer Krankheitsgewinn bezeichnet, der aus lerntheoretischer Sicht, die Funktion eines Verstärkers haben kann, was sich in der Fixierung auf das Kranksein widerspiegeln kann.
- Handlungs- und Verhaltensweisen müssen an die **veränderte Lebenssituation** angepasst, oder sogar neu erlernt werden.
- **Psychosoziale Aspekte** sind nicht nur Folgen einer Gesundheitsstörung, sie spielen bei der Krankwerdung, beim Kranksein und bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle. Dabei ist Krankheit häufig der Endpunkt längerer psycho-sozialer Überforderung oder Belastung.
- Krankheit/Behinderung zieht **Rollenveränderungen** an, bedarf einer Anpassung/Neuorientierung der Rolle. Dabei ist Krankheit verbunden mit einem Herausfallen aus sozialen Rollenverpflichtungen (primärer Gewinn). Rolleneinbußen können aber auch mit finanziellen Sorgen, dem Verlust von Autonomie und Kontrolle einhergehen.
- Über Krankheit/Behinderung herrscht in der Gesellschaft ein negatives Bild, verbunden mit Schwäche und Normabweichung. **Soziale Stigmatisierungsprozesse** (u.a. durch Arbeitgeber und Vorgesetzte) können Gefühle der Isolation sowie Krisen und negative Veränderung des Selbstkonzeptes auslösen.

Die Folgen einer Erkrankung/Behinderung gilt es zu bewältigen insbesondere in Bezug auf das Arbeits- und Erwerbsleben. Dabei beziehen sich die Bewältigungsintentionen grundsätzlich auf vier Facetten: die **Regulation der Emotionen**, die **Regulation des zu Grunde liegenden Problems** sowie die **Regulation des Selbstwerts** und **Regulation der sozialen Interaktion**⁴. Diese Intensionsdimensionen hängen eng miteinander zusammen, betonen aber unterscheidbare inhaltliche Aspekte der Bewältigung⁵.

³ Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer; zitiert nach Schumacher, J., Reschke, K. (1994). *Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung*. In: VDR (Hrsg.). *Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein*. Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik. S. 41-73. Frankfurt a. M.: VDR.

⁴ Weber, H. (1992). *Belastungsverarbeitung*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 21, 17-27.

⁵ Schumacher, J., Reschke, K. (1994). *Theoretische Konzepte und empirische Methoden der Bewältigungsforschung*. In: VDR (Hrsg.). *Die Norm des Gesundseins – Lebensqualität und Kranksein*. Band 6: Klinische Psychologie in der Rehabilitationsklinik. S. 41-73. Frankfurt a. M.: VDR.

Folglich können auch in Anlehnung an Beutel (1988)⁶ folgende **Faktoren eine adäquate Adaptation fördern**:

- Stärkung des Selbstwertgefühls (Regulation des Selbstwertgefühls)
- Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen (Regulation der sozialen Interaktion)
- Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des psycho-sozialen Wohlbefindens (u.a. Regulation der Emotionen)
- Stärkung der Handlungskompetenzen und der eigenen Kontrollerwartungen (Regulation in Selbstverantwortung und Eigeninitiative).

Bei einer inadäquaten Adaptation scheinen diese Regulationen nicht gelungen zu sein.

Dass diese Faktoren einen positiven Einfluss nehmen, bestätigen indirekt die Studien zu Einflussfaktoren für die Wiedereingliederung in Arbeit (Return-to-work-Studien). Demnach sind z.B. Faktoren wie Ängste, Depressionen, Hoffnungslosigkeit, die gleichbedeutend sind mit einer nicht erfolgten emotionalen Regulation, ein negativer Einfluss auf die Wiedereingliederung⁷. Andererseits werden die Möglichkeiten, Arbeitsplatzmodifikationen vorzunehmen⁸ und die Verfügbarkeit des Arbeitsplatzes⁹ als positive Faktoren eingestuft. Ebenso wirkt nach Untersuchungen verschiedener Autoren¹⁰ die soziale Unterstützung positiv auf die Teilhabe am Arbeitsleben (s. auch Kap. 4.4.2 und 4.5.4, wo auf diese Studien expliziter Bezug genommen wird).

2.1.4 Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung

Im Rückschluss auf die o.g. Aspekte sind Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung ausgerichtet auf

- die Verhinderung von Krankheit/Behinderung und/oder
- im Falle von Krankheit/Behinderung: auf die Förderung eines positiven Selbstwertgefühls insbesondere im Arbeitsumfeld (Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit), die Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Beziehungen, die Erfahrung sozialer Unterstützung sowie die Förderung der eigenen Handlungskompetenz (-möglichkeiten), so dass der Betroffene selbst regulativ bei Störungen in der Person-Umwelt-Wechselbeziehung eingreifen kann.

Bedeutung der betrieblichen Aktivitäten (Mesoebene als Schnittstelle zwischen Mikro- und Makrosystemen)

Hieraus ergibt sich zwangsläufig die Bedeutung und Wertigkeit der im Betrieb ansetzenden Maßnahmen, denen sich das Kap. 4.1 widmet. Gerade **im unmittelbaren Arbeitsumfeld können bzw. müssen die o.g. Ziele umgesetzt werden**. Im Arbeitsumfeld besteht die

⁶ Beutel, M. (1988). *Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen*. Weinheim: Ed. Medizin, VCH.

⁷ Trief, P.M., Grant, W., Fredrickso, B. (2000): *A prosoective study of psychological predictors of lumbar surgery outcome*. Spine 25, 2616-2621.

Schade, V., Semmer, N., Main, C.J., Hora, J., Boss, N. (1999): *The impact of clinical, morphological, and work-related factors on the outcome of lumber discectomy*. Pain 80, 239-249.

Siegrist, K., Broer, M. (1997): *Erwerbstätigkeit nach erstem Herzinfarkt und Rehabilitation*. Sozial- und Präventivmedizin 42, 358-366.

⁸ Burnham, R.S., Warren, S.A., Saboe, L.A., Davids, L.a., Russell, G.G., Reid, D.C. (1996): *Factors predicting employment 1 year after traumatic spine fracture*. Spine 1066-1071.

⁹ Fisbain, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L., Khalil, T., Steele-Rosomoff, R. (1999): *Prediction of "intend", "discrepancy with intent", and "discrepancy with nonintent" for the patient with chronic pain to return to work after treatment at a pain facility*. Clin. J. of Pain 15, 141-150.

¹⁰ Vendrig 1999, Lancourt & Kettelhut 1992.

Gefahr, dass durch mangelnde Förderung der psycho-sozialen und physischen Faktoren die Weichen in Richtung Erwerbsminderung gestellt werden. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit der Förderung von salutogenetischen Faktoren in Form verbesserter Adaptationsprozesse, sowie durch Vermeidung von Stigmatisierung (durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte) sowie durch das Vermeiden von Spannungen zwischen Arbeitsanforderungen und Leistungskapazitäten des Betroffenen. Die Entwicklung bzw. der Erhalt eines positiven Selbstwertgefühls im Arbeitsleben wird primär im betrieblichen Umfeld stattfinden, aber ebenso auch der Verlust.

Auf der Makroebene ist z.B. festzustellen, dass es bestimmte Branchen gibt, in denen es sozusagen Voraussetzung ist, „fit zu sein“ und eine entsprechende Körperkonstitution zu haben (z.B. Montage oder Bau)¹¹. Ein Verlust des Selbstwertgefühls und Stigmatisierungsgefahren drohen hier bei Erkrankungen und Behinderungen in besonderer Weise.

Bedeutung der Weichenstellung durch lange Arbeitsunfähigkeitsdauer

Ein negativer Einfluss der Arbeitsunfähigkeit (AU) und insbesondere der langen AU-Dauer auf den Prozess der Erwerbsminderung, ergibt sich durch die Abwesenheit aus dem Arbeits- und Erwerbsleben. Jeder Tag der AU bestätigt das Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Fähigkeiten des Betroffenen. Jeder Tag an dem der Betroffene wegen AU nicht arbeitet, stellt eine Situation dar, in der sich die Person im alltäglichen Leben damit arrangiert, nicht (mehr) arbeiten zu gehen. Es kommt zur Neuorientierung der Rolle bei drohendem Verlust der Erwerbsrolle. Neue Handlungs- und Verhaltensweisen werden gelernt oder verstärkt. So werden lange AU-Zeiten sowohl von Arbeitgebern, als auch von Sozialleistungsträgern anfänglich bedauert, dann „toleriert“ und letztlich „ignoriert“. Das ist der Fall, wenn nicht während dieser Zeit durch Reha-Maßnahmen oder betriebliche Interventionen die o.g. Ziele einer Regulation des Problems für den Betroffenen sichtbar verfolgt werden. Geschieht dies nicht, steuert der Betroffene in die Erwerbsunfähigkeit. Die Mängel des Systems tragen also zur Erwerbsminderung bei. Die geringen Chancen der Rückkehr an den Arbeitsplatz bei einer AU von mehr als 6 Monaten bestätigen dies¹².

Der Faktor Zeit birgt die besondere Gefahr einer negativen Dynamik gemäß dem Prinzip: wenn nichts passiert, passiert auch nichts positives (im Sinne der o.g. positiven Regulationsziele). Wenn keine Reha-Maßnahmen stattfinden, erfolgt in der Regel eine Anpassung an die Störung in dem Sinne, dass der drohende Verlust der Erwerbsrolle hingenommen wird.

¹¹ Elkeles, T., Schulz, D., Kolleck, B., Behrens, J. (2000): *Erwerbsverläufe und gesundheitsbezogene Statuspassagen. Empirische Ergebnisse zu Determinanten begrenzter Tätigkeitsdauer*. Arbeit, Heft 4, Jg. 9: 306-320.

¹² Taylor, W., Simpson, R., Gow, D., McNaughton, H. (2001): *Rehabilitation that works – vocational outcomes following rehabilitation for occupational musculoskeletal pain*. New Zealand Med. J. 114, 185-187.

Irle, H., Klosterhuis, H., Grünbeck, P. (1998): *Sozialmedizinische Prognose nach stationärer medizinischer Rehabilitation in der Angestelltenversicherung*. Praxis – Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 42: 51-60.

Kraus, J. (1997): *The Independent Medical Examination And The Functional Capacity Evaluation*. Occup Med, 12: 525-556.

Kulick, B., Florian, L., Enge, D. (2000): *Evaluation der Rehabilitation bei Rentenantragstellern*. In: Bengel, J., Jäckel, W.H. (Hrsg.): *Zielorientierung in der Rehabilitation*.

Rehabilitationswissenschaftlicher Forschungsverbund Freiburg/Bad Säckingen. Regensburg: Roderer Verlag 85-94.

Bedeutung von Frühwarnsystemen

In diesem Zusammenhang wächst die Bedeutung früher Interventionsmaßnahmen und der so genannten Frühwarnsysteme (FWS), die in Kap. 4.2. vorgestellt werden. Diese können überbetrieblich bei den Sozialleistungsträgern, z.B. bei der Krankenkasse, aber auch innerhalb des Betriebes installiert werden.

Folglich kann die routinemäßige Erhebung von Gesundheitsdaten (Fehltage, AU-Zeiten) im Rahmen eines FWS einen erheblichen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsstörungen leisten. Ein wichtiger Faktor zur Verhinderung von Erwerbsminderung ist außerdem eine emotionale Unterstützung (z.B. in Form von Vertrauen, Empathie und Zuneigung im Arbeitsumfeld).

2.2 Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung

2.2.1 Antragszugänge, Finanzvolumen, Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten

Wie aus Tab. 2.2-1 ersichtlich, machen Anträge auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (EM-Anträge) ca. 25 % aller neu gestellten Renten-Anträge aus¹³. In etwa vergleichbar ist die Anzahl der Rentenansprüche wegen Todes. Demnach gehen ca. 50 % aller Rentenansprüche auf die verschiedenen Altersrenten zurück. Während die Anträge auf Erwerbsminderungsrente seit 1992 fast kontinuierlich zugenommen und 1996 mit über 500.000 Anträgen einen Höchststand erreicht haben, sinkt seitdem die Anzahl der EM-Anträge wieder. Die leichte Erhöhung im Jahr 2000 kann als Reaktion auf die bevorstehende Gesetzesänderung interpretiert werden, noch einen EM-Antrag zu stellen, bevor deren Bewilligung evtl. durch die Reform des § 43 SGB VI schwieriger würde.

Tab. 2.2-1: Effektive Antragszugänge insgesamt gesetzliche Rentenversicherung (VDR)

Jahr	Effektive Renten insgesamt	davon:			Antragsentwicklung bei Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in % (1992=100 %)
		Renten wegen Alters	Renten wegen Todes	Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	
1992	1.957.306	870.798	636.417	450.091	100,00
1993	1.929.155	944.706	535.337	449.112	99,78
1994	2.065.901	1.065.001	527.444	473.456	105,19
1995	1.939.623	947.519	496.391	495.713	110,14
1996	1.913.543	920.677	482.582	510.284	113,37
1997	1.908.643	943.732	470.929	493.982	109,75
1998	1.846.017	925.613	456.304	464.100	103,11
1999	1.869.057	988.258	445.900	434.899	96,62
2000	1.846.158	948.551	445.268	452.339	100,50
2001	1.754.559	923.506	440.638	390.415	86,74
2002	1.703.250	882.185	451.513	369.552	82,10

In der Tat ist seit der neuen Gesetzesregelung ein deutlicher Rückgang bei den EM-Anträgen zu verzeichnen. Allein im Jahre 2001 ging die Zahl der EM-Anträge um über 13 % auf ca. 390.000, im darauf folgenden Jahr erneut um 20.000 Anträge zurück. Im gleichen Zeitraum sind auch die Anträge auf Rente wegen Alters zurückgegangen; die Anzahl der Anträge auf Rente wegen Todes blieb in etwa konstant.

¹³ Alle statistischen Angaben des Abschnitts sind den Internetseiten des VDR entnommen (siehe unter: <http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf/index.htm?OpenPage&content=http://www.ifrr.vdr.de/>) bzw. daraus abgeleitet worden.

Die Zahl der Anträge ist ausschlaggebend dafür, welches Arbeitsvolumen auf die Selbstverwaltung der einzelnen Rentenversicherungsträger zukommt. Auch bei mittlerweile geringeren Fallzahlen bei EM-Anträgen muss von einem **Massengeschäft** gesprochen werden. Trotzdem ist jeder Antrag als ein individueller Fall und vor dem Hintergrund der neuen Anforderungen des SGB IX zu bearbeiten.

Die Dringlichkeit der Berücksichtigung der neuen Verfahrensanforderungen in finanzieller Hinsicht wird klarer, wenn die tatsächlichen Rentenbestände nach Rentenarten und die durchschnittlichen Zahlbeträge der einzelnen Rentenarten in die Betrachtung einbezogen werden. Die Relation zwischen den Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und den Regelaltersrenten hat sich in den letzten 20 Jahren stark verschoben: So gab es zu Beginn der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts ungefähr doppelt soviel Regelaltersrenten wie Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit; 1985 standen ca. 3,5 Millionen Regelaltersrenten noch 2,5 Millionen Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gegenüber. Dagegen wurden im Jahr 2003 mehr als 9 Millionen Regelaltersrenten und nur noch 1,8 Millionen Erwerbsminderungsrenten ausgezahlt.

Bei den durchschnittlichen Zahlbeträgen der einzelnen Rentenarten muss zwischen den neuen und alten Bundesländern unterschieden werden. Während bei den Männern in den alten Bundesländern der durchschnittliche Auszahlungsbetrag der Erwerbsminderungsrenten und der Regelaltersrenten in den letzten Jahren annähernd gleich war (z.B. 833 € bzw. 832 € im Jahr 2003, wobei allerdings die Altersrenten für langjährig Versicherte, für schwerbehinderte Menschen und wegen Arbeitslosigkeit/Altersteilzeitarbeit jeweils über 1150 € liegen), sind die Zahlbeträge der Erwerbsminderungsrenten in den neuen Bundesländern nicht nur niedriger als im Westen, sondern auch deutlich geringer als die dortigen durchschnittlichen Regelaltersrenten (732 € bzw. 1149 € im Jahr 2003). Bei den Frauen sind die Zahlbeträge der Erwerbsminderungsrenten insbesondere in den alten, aber auch in den neuen Bundesländern deutlich höher als die Zahlbeträge bei den Regelaltersrenten (645 € gegenüber 364 € im Westen bzw. 657 € gegenüber 602 € im Osten für das Jahr 2003).

Dies ergab im Jahr 2003 ein **monatliches** Finanzvolumen von mehr als 1,3 Milliarden € für die Auszahlung der Erwerbsminderungsrenten. Dem standen z.B. im **gesamten Jahr** 2002 Ausgaben der GRV in Höhen von 4,84 Milliarden € für Leistungen zur Teilhabe gegenüber.

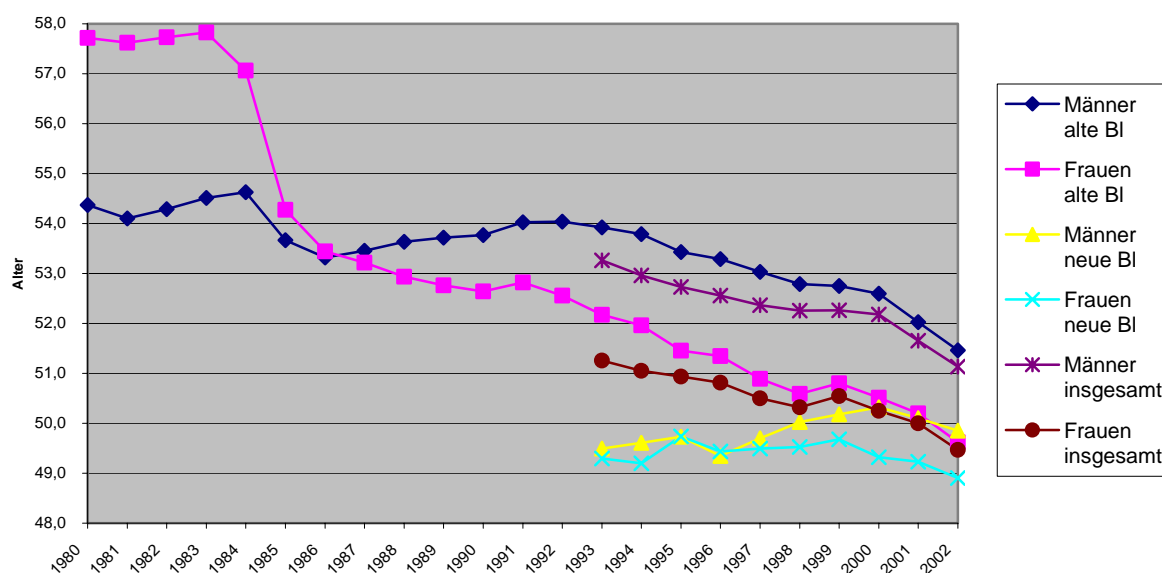


Abb. 2.2-1: Zugangsalter Erwerbsminderungsrente

Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Auszahlungsdauer einer Erwerbsminderungsrente kontinuierlich steigt (s. Abb. 2.2-1). Betrug das durchschnittliche

Zugangsalter bei Erwerbsminderungsrenten im Jahr 1980 bei Männern noch 54,4 und bei Frauen 57,7 Jahre, ist es bei den Männern im Jahr 2002 auf 51,1 Jahre abgesunken (alte und neue Bundesländer). Bei den Frauen ist der Rückgang sogar noch stärker ausgeprägt und lag im Jahr 2002 bei 49,5 Jahren (alte und neue Bundesländer). Damit hat sich dort die Bezugsdauer innerhalb von nur 22 Jahren um mehr als 8 Jahre erhöht. Hingegen hat sich das Rentenzugangsalter bei Versicherungsrenten von 1980 bis zum Jahr 2002 von 58,5 Jahre auf 60,1 Jahre bei Männern und von 59,8 Jahre auf 60,7 Jahre bei Frauen geringfügig erhöht (jeweils alte und neue Bundesländer). Eine zur Debatte stehende Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre würde die Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten außerdem noch weiter erhöhen.

2.2.2 Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten

Zu den Diagnosehauptgruppen zählen Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes, Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Stoffwechsels / der Verdauung, Neubildungen sowie psychische Erkrankungen. In den letzten 10 Jahren haben sich hier sowohl bei den absoluten Zahlen als auch bei den relativen Verhältnissen zwischen den Diagnosehauptgruppen Verschiebungen ergeben.

Bei den Männern (s. Abb. 2.2-2) ist die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten auf Grund von Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes von knapp 50.000 im Jahr 1993 auf ca. die Hälfte im Jahr 2002 zurückgegangen. Dies entspricht einem Rückgang des relativen Anteils von knapp 30 % auf unter 25 % aller Erwerbsminderungsrenten bei den Männern. Noch drastischer ist der Rückgang von Herz-Kreislaufkrankungen von über 42.000 im Jahr 1993 auf knapp 17.000 im Jahr 2002, gleichbedeutend mit einem Rückgang des relativen Anteils von ca. 25 % auf unter 17 %. Im gleichen Zeitraum ist ein lediglich leichter relativer Rückgang auf ca. 5 % bei den Erkrankungen des Stoffwechsels / der Verdauung zu verzeichnen, wenn auch die absoluten Zahlen von ca. 5.300 Fällen im Jahr 2002 um fast die Hälfte zurückgegangen sind. Absolut nur leicht zurückgegangen sind die Erwerbsminderungsrenten, die wegen Neubildungen bewilligt wurden. Die Summe von gut 13.000 Fällen im Jahr 2002 bedeutet allerdings einen Anstieg des relativen Anteils von ca. 9 % im Jahr 1993 auf knapp unter 13 % (in 2002) aller Erwerbsminderungsfälle bei den Männern. Sowohl absolut als auch relativ gestiegen ist bei ihnen der Anteil der psychischen Erkrankungen (und parallel dazu der Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen und Reha-Aufwendungen für diese Diagnosegruppen). Mit fast 24.000 Fällen stellen sie die zweithäufigste Diagnosegruppe hinter den Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes dar. Dies sind knapp ein Viertel aller Erwerbsminderungsrentenbescheide bei den Männern. Damit hat sich der relative Anteil seit dem Jahr 1993 fast verdoppelt.

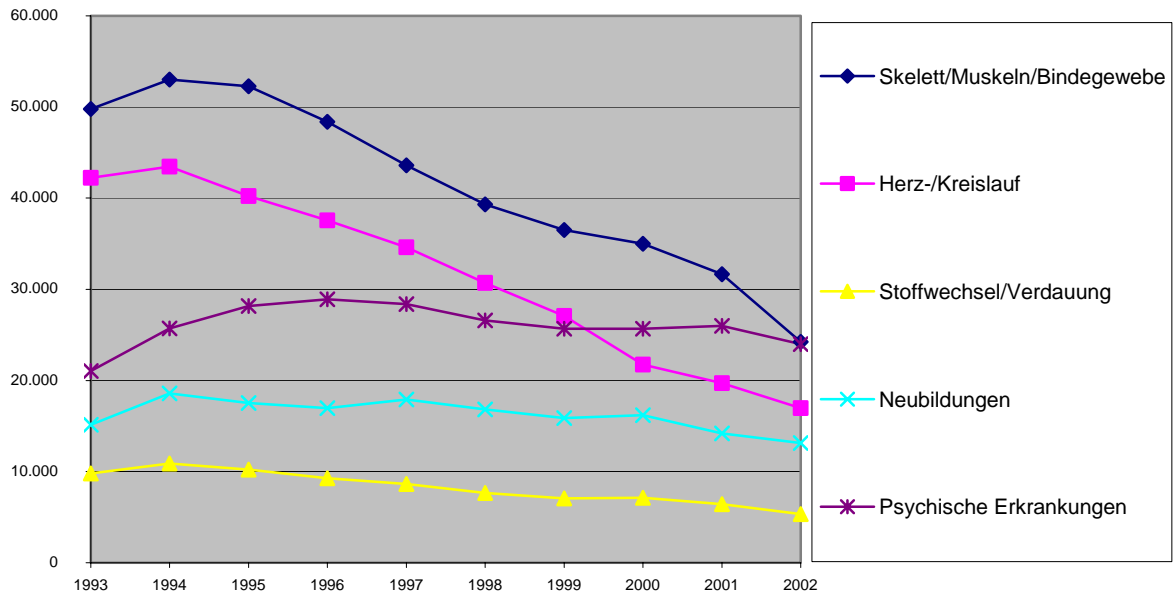


Abb. 2.2-2: Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Männer)

Noch größere Bedeutung gewinnen die psychischen Erkrankungen bei den Frauen (s. Abb. 2.2-3) – nicht zuletzt durch die Mehrfachbelastung von Beruf, Haushalt und Kindererziehung mitverursacht. Sie stellen dort die mit Abstand am häufigsten gestellte Diagnose dar, die zu einer Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente führt. Gut 26.000 Fälle im Jahr 2002 stehen für einen relativen Anteil von über 35 %, einem Anstieg von 15 % seit 1993. Im gleichen Zeitraum sind die Erwerbsminderungsfälle, die auf Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes basieren, absolut um die Hälfte rückläufig (im Jahr 2002 noch rund 15.500 Fälle). Relativ ist dies gleichbedeutend mit einem Rückgang von gut 30 % (1997) auf ca. 20 % (2002). Wie bei den Männern ist auch bei den Frauen die absolute Anzahl der Diagnosen auf Neubildungen in etwa gleich geblieben (rund 11.000 Diagnosen im Jahr 2002). Dies macht eine relative Zunahme von 11 % im Jahr 1993 auf ca. 15 % im Jahr 2002 aus. Auf 5.200 Fälle und damit um rund zwei Drittel im Vergleich zum Jahr 1993 sind die Diagnosen auf Herz-Kreislaufenerkrankungen zurückgegangen. Damit halbiert sich der relative Anteil der Erwerbsminderungsrenten bei den Frauen, die auf diese Erkrankungen zurückgehen, auf ungefähr 7 %. Schließlich ist ebenfalls die absolute Fallzahl der Erkrankungen des Stoffwechsels / der Verdauung rückläufig. Hier sind im Jahr 2002 lediglich 2.800 Fälle zu verzeichnen. Im Jahr 1993 waren es noch 5.200 Fälle. Damit reduziert sich der relative Anteil dieser Diagnosegruppe aber lediglich von ca. 5 % auf knapp 4 %.

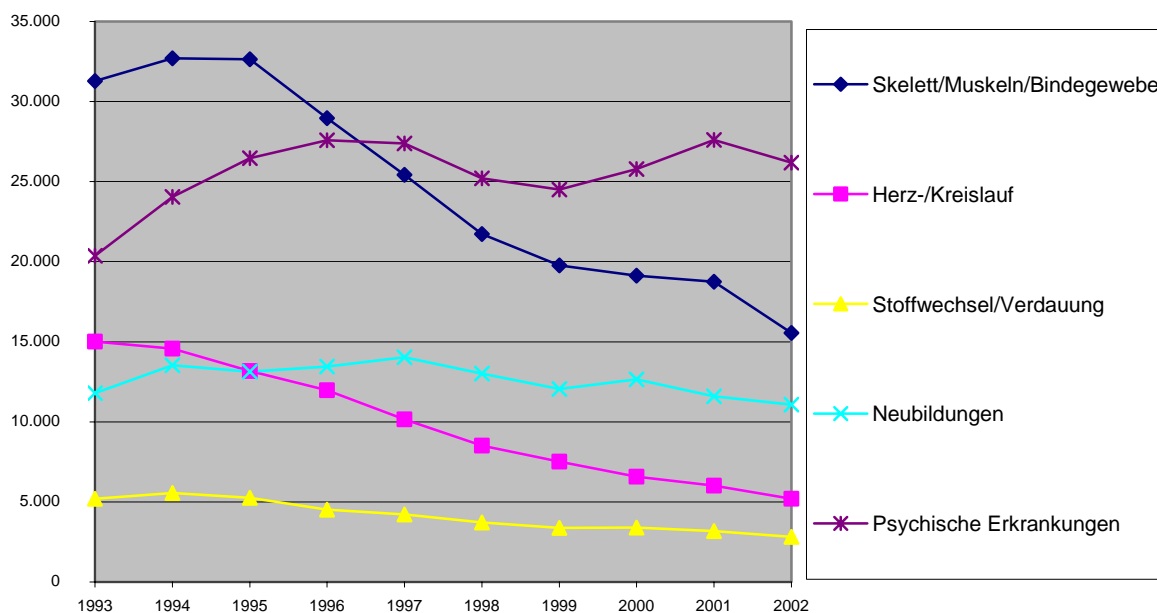


Abb. 2.2-3: Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Frauen)

Zusammenfassend stellen damit die Erkrankungen des Skeletts / der Muskeln / des Bindegewebes – wenn auch rückläufig – immer noch die häufigste Diagnosegruppe dar, die zur Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente führt. Beunruhigend ist der relative und absolute Anstieg der psychischen Erkrankungen bei beiden Geschlechtern, die zu einer Frühberentung und einer Erwerbsminderungsrente führen, ohne dass genügend Maßnahmen bis dato vorgehalten wurden. Daraus lassen sich einerseits Rückschlüsse auf die sich ändernden Anforderungen im Erwerbsleben ziehen. Stress, Termindruck und Stellenabbau bei gleichzeitig gleichbleibenden oder sogar zusätzlichen Aufgaben seien stellvertretend als bekannte Phänomene der modernen Arbeitswelt erwähnt. Wie aber sollte Inklusion oder Teilhabe erfolgen, wenn dafür keine Wege aufgezeigt wurden, wie sie jedoch im SGB IX vorgezeichnet werden? Für die konkrete Prüfung einer Erwerbsminderungsrente bedeutet dies zweitens, dass die Rentenversicherungsträger entsprechend qualifiziertes Personal vorhalten bzw. beauftragen müssen, um solche Erkrankungen diagnostizieren und im Sinne der Leistungen zur Teilhabe ggf. therapieren zu können.

2.2.3 Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘

In der Tabelle 2.2-2 ist für das Berichtsjahr 2003 aufgeführt, wie die bearbeiteten Erwerbsminderungsrentenanträge entschieden wurden und welche Gründe für die Ablehnung maßgeblich waren. Es wurden fast 42 % der Anträge abgelehnt. Nur in den allerwenigsten Fällen (knapp 6 %) war dies auf die noch nicht erfüllte Wartezeit, also auf rein versicherungsrechtliche Gründe zurückzuführen. Der Hauptanteil von fast 75 % aller Ablehnungsfälle ging allerdings konsequenterweise auf die Tatsache zurück, dass die Antragsteller nicht als erwerbsgemindert eingeschätzt wurden und somit die persönlichen Voraussetzungen nicht vorlagen. Bei dem übrigen Fünftel der Ablehnungsbescheide lagen „sonstige“ Gründe vor.

Knapp die Hälfte aller Anträge des Jahres 2003 wurden bewilligt. Neben Ablehnungen und Bewilligungen existiert zudem die generelle Möglichkeit der sonstigen Erledigungen, z.B. die Weiterleitung an einen anderen Versicherungsträger. Von letzterer wurde im Jahr 2003 lediglich in rund 3,6 % aller Erledigungen Gebrauch gemacht.

Für die Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘ erscheint insbesondere die Frage interessant, was in Fällen der Ablehnung mit den Antragstellern passiert – schließlich wird nur ein Bruchteil durch andere Versicherungsträger weiterbearbeitet bzw. dorthin verwiesen (siehe Spalte „andere VSTR“). Bei Ablehnung rücken Widerspruchsverfahren und in der Folge Klageverfahren mehr und mehr in den Vordergrund. Die Klagemöglichkeiten sind durch das SGB IX um die Verbandsklage erweitert worden. Diese Antragsteller sind offensichtlich noch nicht so krank oder behindert, dass eine Erwerbsminderungsrente in Frage kommt. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass Einschränkungen der körperlichen Funktionen, der geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit vorliegen, die eine chronische Krankheit oder eine (drohende) Behinderung nach sich ziehen könnten. Insofern findet sich hier eine Gruppe, bei der es sich als besonders lohnenswert herausstellen könnte, intensiv den trägerübergreifenden Bedarf an Leistungen zur Teilhabe oder an präventiven Leistungen zu eruieren. Prinzipiell gilt dies auch für die Personengruppe, die ihren EM-Antrag bewilligt bekommt. Da mit der Reform der Erwerbsminderungsrenten diese in der Regel zeitlich befristet sind, lohnt sich die frühzeitige Prüfung, ob durch (parallele) Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt werden kann. Selbst wenn dies nicht möglich erscheint, dürfte darüber hinaus bei dieser Gruppe die Bedarfsprüfung unter dem Grundsatz ‚Reha vor Pflege‘ erforderlich sein.

Tab. 2.2-2: Statistik über Rentenansprüche gemäß § 5 RSVwV - Berichtszeitraum: Januar bis Dezember 2003

Leistungsart	Bewilligungen	Ablehnungen				Sonstige Erledigungen			insgesamt
		insgesamt	Wartezeit nicht erfüllt	nicht verminderte Erwerbsf.	sonst. Grund	insgesamt	andere VSTR	anderweitige Erled.	
Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit insgesamt	183614	158358	9218	118402	30738	36182	13882	22300	378154

Ist es jedoch erst einmal bis zur EM-Antragstellung gekommen, scheint bisher von diesen Möglichkeiten so gut wie kein Gebrauch gemacht zu werden. Dies kann zumindest aus den Statistiken geschlossen werden, die darüber Auskunft geben, wie vielen Leistungen zur Teilhabe (medizinisch / am Arbeitsleben) ursprünglich ein Antrag auf Rente vorangegangen ist. Das Jahr 2002 sei hier stellvertretend ausgewählt, um zu belegen, dass solche Fälle in der Praxis so gut wie nie vorkommen.

- Unter 713347 Pflichtversicherten, die im Jahr 2002 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI bekommen haben, befinden sich 5190 ursprüngliche Rentenansprüche (weniger als 1 %).
- Unter 142455 Pflichtversicherten, die im Jahr 2002 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommen haben, befinden sich 1462 ursprüngliche Rentenansprüche (ca. 1,00 %).

Diese Zahlen können zwar dahingehend interpretiert werden, dass bereits vor der EM-Antragstellung alle Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe ausgeschöpft worden sind. In diesem Fall gibt es tatsächlich nur noch bei einem Bruchteil der EM-Antragsteller Aussicht auf Erfolg, um die EM-Rente mit Hilfe von Leistungen zur Teilhabe zu vermeiden, wobei aber generelle Bedenken angesichts der Arbeitsmarktkapazitäten u.ä. angebracht sind.

Dagegen spricht auch eine grundsätzlich zu erkennende geringe Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe von EM-Rentenempfängern, wie aus Tab. 2.2-3 ersichtlich. Immer noch nehmen innerhalb der letzten fünf Jahre vor der Berentung rund die Hälfte der EM-Empfänger nie an stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation teil. Der Anteil ist

zwar von 53,7 % im Jahr 1997 auf 49,8 % im Jahr 2001 zurückgegangen, im Jahr 2002 aber wieder auf 53,3 % angestiegen.

Im besagten Zeitraum nehmen die EM-Rentenbezieher so gut wie nie an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben teil. Nur rund 2,7 % der EM-Empfänger des Jahres 2002 (für das Jahr 1997 wurden keine eigenen Berechnungen angestellt) haben zumindest eine Maßnahme wahrgenommen.

Tab. 2.2-3: Leistungen zur Teilhabe in den letzten 5 Jahren vor Bewilligung einer EM-Rente

Jahr	Anteil der EM-Empfänger, die keine stationären Leistungen z. med. Reh. wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die mindestens eine, aber keine stationären Leistungen z. med. Reh. wegen des Leidens, das zur Rente geführt hat, wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die keine LTA wahrnehmen (%)	Anteil der EM-Empfänger, die mindestens eine LTA wahrnehmen (%)
1997	53,7	5,0	-	-
2001	49,8	2,4	96,2	3,8
2002	53,3	3,5	97,3	2,7

Allerdings weisen empirische Studien darauf hin, dass es sich bei den Antragstellern einer EM-Rente um Personen handelt, bei denen die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe eher gering sind: Beispielsweise wurden in einer Studie des Förderschwerpunktes Rehabilitationswissenschaften und der LVA Rheinland-Pfalz¹⁴ Rehabilitanden mit und ohne Rentenantragstellung untersucht. Sowohl subjektiv als auch im Arzturteil wird der Gesundheitszustand der Rehabilitanden mit Rentenantrag als schwerer beeinträchtigt angegeben. Die medizinische Rehabilitation hat bei ihnen kaum Verbesserungen hervorgerufen (IRES-Fragebogen). So konnten laut Abschlussbericht der zuständigen Reha-Klinik nur ein Viertel der Rehabilitanden mit Rentenantragstellung die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder vollschichtig leistungsmäßig bewältigen (bei den Rehabilitanden ohne Rentenantrag traf dies auf rund 75 % der Fälle zu).

Die Studie stellt zur Diskussion, ob Leistungen zur Teilhabe den Erhalt der Erwerbsfähigkeit bei Rehabilitanden mit EM-Rentenantrag sichern können. Weiterhin wird für diese Personengruppe mit einer solch ungünstigen Prognose der Grundsatz ‚Reha vor Rente‘ in reharechtlicher und ökonomischer Hinsicht hinterfragt. Statt dessen sollte hier eine vermeintliche Überinanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe vermieden werden.

Diese Schlussfolgerungen gehen demnach in die entgegengesetzte Richtung dessen, was der Gesetzgeber mit der neuen Formulierung des § 8 SGB IX zu erreichen wünscht. Die Hervorhebung der Tatsache, dass bei allen Anträgen auf Sozialleistungen, wegen oder unter Berücksichtigung einer (drohenden) Behinderung, die Erfolgschancen von Leistungen zur Teilhabe von dem angegangenen Reha-Träger zu prüfen sind, deutet eher darauf hin, dass eine stringenterer Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘ eben auch bei dieser schwierigen Klientel erreicht werden muss.

¹⁴ Enge, D.; Kulick, B.; Florian, L. (2003). Rentenantragsteller nach der Rehabilitation – Wiedereingliederung ins Berufsleben oder Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit? In VDR (Hrsg.), 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. DRV-Schriften Band 40 (125-126). Bad Homburg: wdv-Gesellschaft.

3 Prinzipien und Instrumente der Prozessgestaltung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
3.1	Prinzipien 32
3.1.1	Frühzeitigkeit 32
3.1.2	Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit 32
3.1.3	Personenorientierung und Ganzheitlichkeit 32
3.1.4	Selbstbestimmung und Dialogorientierung 32
3.1.5	Ressourcenorientierung 33
3.2	Instrumente 34
3.2.1	Managementkonzepte in Prävention und Rehabilitation 36
3.2.1.1	Management vor dem Hintergrund von ICD 10 und ICF (Gesundheitskonzepte) 37
3.2.1.2	Management auf der Makro Ebene 39
3.2.1.3	Management auf der Meso Ebene: Gesundheitsmanagement, Eingliederungsmanagement und Disability-Management im Unternehmen ... 39
3.2.1.4	Betriebliches Eingliederungsmanagement und Disability Management 42
3.2.1.5	Management auf der Mikroebene: Case-Management und Diseasemanagement 43
3.2.2	Beratung 45
3.2.2.1	Begriffsklärung 45
3.2.2.2	Beratung im Kontext von Rehabilitation und Erwerbsminderung 46
3.2.2.3	Akteure der Beratung 48
3.2.2.4	Schlussfolgerungen 49
3.2.3	Assessment 51
3.2.3.1	Grundbegriffe und Basiskonzepte 51
3.2.3.2	Bedeutung von Assessment im Kontext Erwerbsminderung 55
3.2.3.3	Grund- und Leitsätze für die Akteure 56
3.2.4	Vernetzung 60
3.2.5	Qualitätssicherung 64

3.1 Prinzipien

Die Prinzipien der Intervention zur Verhinderung von Erwerbsminderung durch Behinderung lassen sich entsprechend den Hauptprinzipien der Rehabilitation wie folgt auführen:

3.1.1 Frühzeitigkeit

Im Sinne der Prävention (Primär- und Sekundärprävention) sollte möglichst sofort nach Aufdeckung von physischen Risikofaktoren oder auch psycho-sozialen Erschwernissen und Auffälligkeiten (Frühwarnsystem, FWS) diesen mit entsprechenden Interventionen begegnet werden. Nach einem plötzlichen Ereignis (Unfall, Krankheit etc.) sollte mit Reha-Maßnahmen bereits am Krankenbett oder der AHB-Klinik begonnen werden (was lediglich bei der UV üblich ist). Dadurch ergibt sich eine Verantwortlichkeit für den Zugang zur Versorgung. Prävention, Rehabilitation und berufliche Integration müssen rechtzeitig seitens der Betriebe (Fehltage), seitens der Hausärzte, sowie GKVen (AU-Tage), einschließlich betrieblicher Aktivitäten (Gesundheitszirkel) sowie durch die entsprechende MDK Beratung koordiniert werden.

3.1.2 Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit

Reha-Maßnahmen müssen nahtlos und kontinuierlich fortgesetzt werden, da ansonsten das bereits Erreichte wieder verloren geht. Somit ist auch Nachsorge unabdinglich, um Nachhaltigkeit zu erreichen. Längere ungestaltete (ohne Interventionsmaßnahmen angereicherte) Pausen führen nachweislich zu Motivationsdefiziten.

3.1.3 Personenorientierung und Ganzheitlichkeit

Jeder Mensch mit drohender Beeinträchtigung bedarf eines interdisziplinären Rehabilitationsplans unter Berücksichtigung der personellen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren des gesamten Lebenshintergrundes. Nur so ist der Reha-Prozess in Gang zu setzen und zu optimieren.

3.1.4 Selbstbestimmung und Dialogorientierung

Rehabilitation International (RI) hat die Selbstbestimmung der Betroffenen in den Vordergrund gestellt, einschließlich sog. „empowerment“. Dafür muss eine beidseitige Dialogbefähigung von allen Betroffenen und Akteuren vorliegen und realisiert werden. Dazu gehört die Einbindung des Betroffenen in den Reha-Plan und die Berücksichtigung seiner persönlichen Vorstellungen. Dieses gelingt am besten im Dialog. Die Dialogfähigkeit ist allerdings abhängig vom jeweiligen

- physischen und intellektuellen Zustand des Patienten (in der Akutklinik muss anders verfahren werden als in der Rehaklinik),
- Informationsstand des Rehabilitanden bzw. der entsprechenden Hilfspersonen,
- Dialogbereitschaft des Reha-Personals bzw. des Reha-Teams, das den Reha-Plan erstellt.

3.1.5 Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung bedeutet, dass bereits bei der Vorsorge sowie in der Akut- und Nachsorgephase auf persönliche Befähigungen mögliche Förderfaktoren oder auch Motivationseinbrüche des Betroffenen eingegangen wird, um seine Teilhabe und Integrationschance zu verwirklichen. Es sind also alle Reha-Träger bereits bei der Prävention und in der akutmedizinischen Behandlung gefragt (nicht nur wie üblich seitens der UV bzw. der BG'en). Hier kommen bereits die sozialintegrativen und beruflichen Aspekte eines auf Teilhabe orientierten Reha-Systems gemäß SGB IX zum Tragen (kommunitäre und betriebliche Betreuung zur Vermeidung von Wartezeiten und Motivationseinbrüchen, vor Allem durch die Beratung der Rentenversicherungsträger und der Gemeinsamen Servicestellen, evtl. auch seitens der Integrationsämter, gemeinsame Erstellung des Rehaplans, unter besonderer Berücksichtigung möglicher Kompensationsmechanismen). Erst ein „objektiver“ Struktur-, Funktions- und Aktivitätsstatus (einschließlich der Leistungskonsistenz, z.B. ERGOS) kann darüber entscheiden, inwieweit Fehlbeurteilungen oder auch Konditionsdefizite in die Diagnostik und deren Schweregradbewertungen einfließen und mögliche Kompensationsansätze verschleiern.

3.2 Instrumente

Die Praxis der Prävention und Rehabilitation braucht Instrumente, um die gesetzlichen, ökonomischen und ethischen Forderungen zu realisieren. Der Begriff „Instrumente“ ist hier zunächst sehr weit gefasst – hinter jedem der nachfolgend genannten „Instrumente“ verbergen sich schließlich eine Vielzahl von Einzelinstrumenten und/oder Methoden.

Prozesse und Verfahren, die Erwerbsminderung verhindern helfen, müssen den Stellenwert, die Einsatzbereiche und die Ausgestaltung folgender Instrumente in den Blick nehmen:

- Managementkonzepte
- Beratung
- Assessment
- Vernetzung und
- Qualitätssicherung

Managementkonzepte im Gesundheitswesen folgen den klassischen Bereichen (Sektoren) des Gesundheitswesens: **Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege** und unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit auch einer gezielten **Nachsorge**.

Diese historisch gewachsene und auch durch den heute noch existierenden, formalrechtlichen Hintergrund gerechtfertigte Einteilung spiegelt sich auch in den folgenden Begriffen des Managements wider:

- Gesundheitsmanagement
- Diseasemanagement
- Case-Management
- Rehabilitationsmanagement
- Eingliederungsmanagement
- Qualitätsmanagement

Im deutschen, gegliederten System der sozialen Sicherung mit sieben Trägern der Rehabilitation, bietet jeder Träger in seinem Sektor grundsätzlich alle erkennbaren, im Sozialgesetz vorgesehenen Leistungen für den Menschen, der sie benötigt, an. Der Mensch mit einer gesundheitlichen Problematik ist aber immer in seiner Gesamtheit betroffen und somit häufig auf die Leistungsfähigkeit meist mehrerer Sektoren und Träger angewiesen.

Im Gesundheitswesen haben sich sowohl **trägerspezifische** Managementkonzepte, aber auch Konzepte, die eher **bereichsspezifisch** Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege- und Nachsorge betreffen, entwickelt.

Beispielsweise schaffen das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001), insbesondere Band 3, der zu Fehl-, Über- und Unterversorgung Stellung nimmt und Vorschläge zu deren Überwindung unterbreitet, und das SGB IX eine völlig veränderte Gesamtlage des Gesundheitswesens. Die sozialökonomischen Engpässe erzwingen Wirtschaftlichkeit. Aber ausschließlich durch Vernetzung der Strukturen lässt sich so etwas wie Effektivität und Effizienz erreichen. Appelle genügen nicht mehr.

Bei diesem Anliegen sind nicht zuletzt die Behinderten selbst bzw. ihre Vertreter in Organisationen und Verbänden eine wesentliche treibende Kraft. Das zeigt sich in der letzten Stellungnahme aus dem Bereich des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, der die **Vernetzung** und **integrierte Versorgung** befürwortet hat.

Die **Beratung** ist ein Schlüssel zur kooperativen Planung und Umsetzung von Prozessen, weil sie Personen und Organisationen zum Verstehen und damit zur Entscheidungsfähigkeit verhilft. Beratung unterscheidet sich von Information oder Wissensvermittlung, weil sie im Dialog stattfindet, also Rückkoppelung ermöglicht und individuelle oder spezifische Sachverhalte bearbeitet. Der von Behinderung betroffene oder bedrohte Mensch kann nur dann der zentrale Dialogpartner sein, wenn er in allen Phasen entsprechende Beratungsangebote vorfindet.

Assessment („Einschätzung“) stellt einen wesentlichen Baustein für die Feststellung des Bedarfs an Hilfen und Dienstleistungen für von Behinderung betroffene oder bedrohte Menschen dar. Die Informationen, die dabei zu Tage gefördert werden müssen, betreffen den Status, aber auch die „Tendenz“ z.B. des gesundheitlichen Zustandes oder der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit. Bei solchen „Informationen“ handelt es sich also eher um Wahrscheinlichkeitsaussagen. Um das Beste für den Menschen, aber auch für das Solidarsystem zu erreichen, um die richtige Hilfe oder Dienstleistung zu finden, bedarf es deshalb möglichst valider Wahrscheinlichkeitsaussagen. Der Bedarf an guten Assessmentinstrumenten ist offenkundig - gleichermaßen aber, angesichts der Vielzahl existierender Instrumente, auch der Bedarf an entsprechenden Hilfen zur Auswahl und Anwendung solcher Instrumente bezogen auf die jeweilige Fragestellung.

Wenn, wie bereits dargestellt, die Leistungen und Zuständigkeiten sektoralisiert sind, braucht es operationelle **Vernetzung** bzw. Kooperationsstrukturen, um die Kettenglieder zu einer stringenten Prozesskette im Sinne des jeweils individuellen Bedarfs zusammen zu fügen. Dies gilt nicht zuletzt auf der Ebene der Betriebe: hier kulminieren organisationale Dynamik und individuelle gesundheitliche Verläufe zu Problemen, die regelmäßig die Grenzen sektoraler Hilfesysteme überschreiten.

Qualitätssicherung, insbesondere im Sinne trägerübergreifender Standards, ist sowohl eine gesetzliche Forderung, als auch ein Erfordernis im Hinblick auf effizienten Mitteleinsatz und auf bedarfsdeckende Hilfen für die betroffenen Menschen. Dabei richtet sich der Blick ebenso auf auditierbare Qualitätsmanagement-Systeme, als auch auf die Identifizierung der entscheidenden Kriterien für „gute“ Leistungen in Prävention und Rehabilitation. Möglichst allgemeingültige, d.h. trägerübergreifende Planungs- und Dokumentationswerkzeuge müssen eine Erfolgskontrolle möglich und objektiv machen. Eine gute Planung braucht ein gutes Assessment, der gesamte Prozess braucht die Motivation und Mitwirkung des Betroffenen, also den Dialog.

3.2.1 Managementkonzepte in Prävention und Rehabilitation

Einleitung

Das Gutachten des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ (2000/2001), insbesondere Band 3, der zu Fehl-, Über- und Unterversorgung Stellung nimmt und das SGB IX sind Ausdruck der sich völlig verändernden Gesamtlage des Gesundheitswesens. Die Finanzsituation der sozialen Sicherungssysteme erzwingt ein Gesundheitsmanagement, in der Wirtschaftlichkeit, Effektivität und Effizienz sowie Kundenorientierung oberste Priorität haben. Gleichzeitig wächst die Notwendigkeit, Strukturen zu „verschlanken“ sowie eine „Doppelung“ von Strukturen auszuschließen, die keinen weiteren Nutzen für den Kunden bringen außer mehr Verwaltungsaufwand. Rahmenbedingungen zu schaffen, die Vernetzung und Kooperation fördern sowie eine effiziente Koordination der Leistungen (Stichwort integrierte Versorgung) gewährleisten, werden in dieser Situation zu einer zentralen Managementaufgabe.

Das Managementverständnis in den folgenden Kapiteln orientiert sich an der inhaltlichen Zielsetzung, die Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit zu erhalten und wieder herzustellen, im umfassenden Sinne der Wiederherstellung von Beschäftigungsfähigkeit und/oder Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit. Dieses gilt in besonderem Maße für den Prozess der Rehabilitation. Die Umsetzung dieser Zielsetzung erfordert ein Management auf mindestens drei Ebenen.

1. Auf der *Makroebene* ist ein Management der Erwerbsfähigkeit innerhalb des Gesundheitssystem notwendig. Hierzu gehört z.B. die trägerübergreifende Koordination der Leistungen sowie die Kooperation und Vernetzung der Akteure untereinander. Hierzu gehört aber auch, dass entsprechende Anreize für Frühverrentung im System selbst vermieden werden.
2. Auf der *Mesoebene*, das ist die Ebene des einzelnen Unternehmens und dessen Umfeld, definiert das Gesundheits- Disability- , Integration- bzw. Eingliederungsmanagement den Aktionsrahmen.
3. Auf der *Mikroebene*, d.h. auf der Ebene des konkreten Falls bzw. einer chronischen Erkrankung sind Case-Management bzw. Diseasemanagement handlungsleitende Konzepte.

Ein weiteres zentrales Managementinstrument ist die Qualitätssicherung. Qualitätssicherung betrachtet aus der „Vogelperspektive“ die Prozesse, Strukturen und Ergebnisse der unterschiedlichen Managementebenen und liefert damit Schlüsselinformationen für ein Managementverständnis, dass davon ausgeht, dass nur optimale Prozessgestaltung zu guten Ergebnissen führt. Hier spielen die Instrumente Assessment und Beratung ebenfalls eine zentrale Rolle, da mit ihrer Hilfe die Prozessgestaltung entscheidend optimiert werden kann.

Wenn Gesundheit und Krankheit gemanagt werden soll, ist es entscheidend, dass die in Kapitel 2.1 genannten Prinzipien im Managementansatz selbst beachtet werden. Zwei weitere Schlüsselfragen in diesem Zusammenhang sind:

1. Welche Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung implizieren die jeweiligen Managementkonzepte bzw. Instrumente?
2. Steht der Mensch im Mittelpunkt des Managements d.h. hat der Betroffene die Möglichkeit, vor dem Hintergrund seiner Individualität und Lebenswelt, gestaltend auf das Management einzuwirken oder wird er von einer „Managementexpertokratie“ kolonisiert?

3.2.1.1 Management vor dem Hintergrund von ICD 10 und ICF (Gesundheitskonzepte)

Management und ihre Manager, seien es die Betroffenen selbst oder die Dienstleister, müssen Vorstellungen davon haben, was sie eigentlich managen. Der Betroffene muss wissen, welchen Dienstleister bzw. welche Dienstleistung er für welches seiner Gesundheitsprobleme und deren Folgen in Anspruch nimmt und ob dies in sein Lebens- und Erwerbsfähigkeitskonzept auch integrierbar ist.

An krankheits- und krankheitsfolgeorientierten Modellen lässt sich erkennen, was Management umfassen muss und wo die Zielsetzungen liegen.

Das einfachste **Krankheitsmodell** ist das Biomedizinische nach folgender Gedankenkette:



Abb. 3.2-1: „Krankheitsmodell“ (BAR AG)

Es reicht jedoch mit zwei Feststellungen bereits in die Prävention und in die Rehabilitation hinein. Kommt es zu einer Heilung, hat der gemanagte Krankheitsprozess sein Ziel erreicht. Die Person ist wieder gesund und frei von Krankheit. Die Person gesund zu erhalten, ist der schlicht aus der Kuration entwickelte Präventionsgedanke und ist nicht zu vernachlässigen, wenn man z.B. Schutzimpfungen und deren Management in den **Primärpräventionsprozess** hinein nimmt.

Entsprechend diesem einfachen Denkmodell, das keinesfalls auf Grund heutiger Erkenntnisse ad absurdum geführt ist, operiert hier der gesamte **ambulante und stationäre, kurative** Bereich. Ein Management, das die Beschreibungen im Sinne diagnostischer Klassifikation (International Classification of Diseases – **ICD**) und die dahinter stehenden Träger und Dienstleister mit ihren Möglichkeiten nicht kennt, kann nicht managen. Das neue Vergütungssystem des stationären Krankenhausbereiches (**DRG–Diagnose Related Groups**) und Programme der Versorgung chronisch Kranker zementieren dieses einfache Krankheitsmodell im kurativen Bereich. Das prägt das Management.

Unter dem Aspekt „Gesund ist eine Person, die frei von Krankheit ist“ stellt das biomedizinische Modell ein vereinfachtes Krankheitsmodell dar. Dies ist für einen ganzheitlichen Ansatz viel zu schmal. Folgen von Erkrankungen rücken insbesondere im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung und dem Wandel des Krankheitsspektrums in den

Vordergrund. Dies ist keine neue Erkenntnis. Dass Krankheitsfolgen beschrieben, berücksichtigt, akzeptiert und „behandelt“ werden müssen, ist eine internationale Erkenntnis, die 1980 schon zur **Internationalen Klassifikation von Schädigung, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigungen (ICIDH – International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps)** geführt hat.

International hat die Verwendung der ICIDH zu einem Revisionsprozess geführt, da immer deutlicher wurde, dass allein die Erfassung der Krankheitsfolgen die Lebensumstände der Person nicht ausreichend berücksichtigte, dies aber für den ganzen Krankheitsbehandlungsprozess, aber noch viel mehr für den Reha-Prozess immer mehr in den Vordergrund rückte.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO 2001, entwickelt aus der ICIDH) ist in den Bereichen Aktivität und Teilhabe wesentlich erweitert und bezieht das Lebensumfeld durch das Konzept der Kontextfaktoren mit ein.

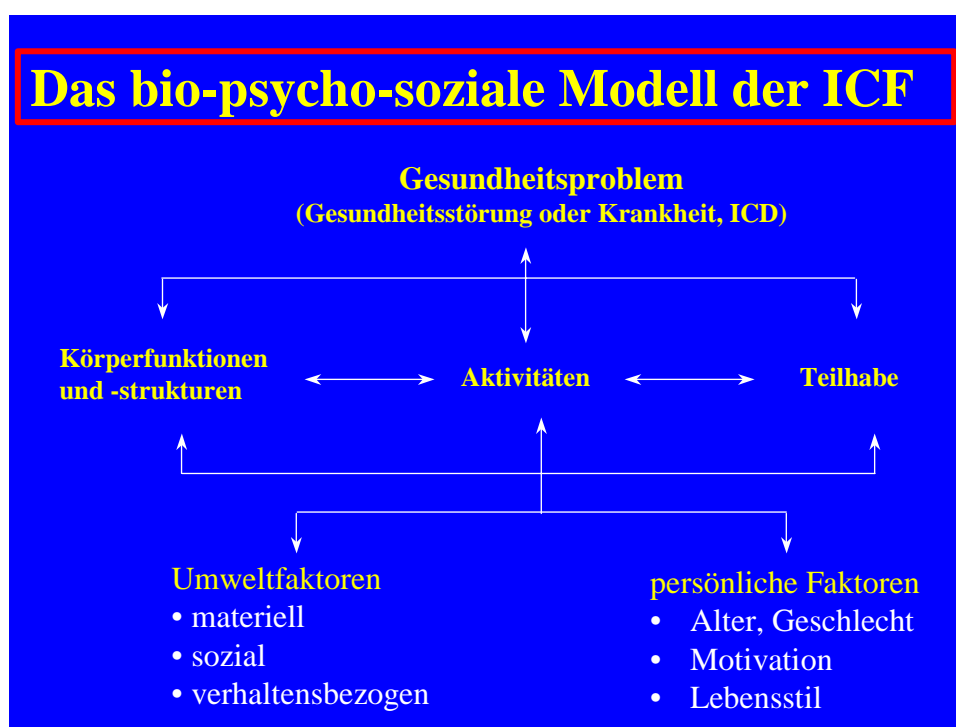


Abb. 3.2-2: „Das bio-psycho-soziale Modell der ICF“ (BAR AG)

Die ICF bietet die Grundlage für die heutige Vorstellung eines umfassenden Managements, in dem Gesundheit nicht mehr als Freiheit von Krankheit definiert wird, sondern in dem die **funktionale Gesundheit** in den Vordergrund gestellt wird.

Die ICF liefert gleichzeitig eine **Definition von „Behinderung“** als jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit¹⁵. Eine Behinderung liegt also vor, wenn in wenigstens einem der genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d.h., eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine **Beeinträchtigung der Teilhabe** an einem Lebensbereich. Dieser Behinderungsbegriff ist wesentlich weiter gefasst, als der des SGB IX¹⁶, der für die Sozialleistungsträger formalrechtlich der verbindlichere ist¹⁷.

¹⁵ Hier folgen wir M.F. Schuntermann.

¹⁶ § 2, Abs. 1: Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen

Der Behinderungsbegriff wird nach der ICF als „Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ oder „Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit“ umschrieben¹⁸. Das Teilhabekonzept der ICF entspricht dem Teilhabekonzept des SGB IX.

Das SGB IX wurde nicht nur für Menschen mit Behinderungen geschaffen (§ 2, SGB IX), sondern **für alle Menschen**, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aus gesundheitlichen Gründen bedroht, beeinträchtigt oder aufgehoben ist (§ 4, SGB IX).

Mit dem Konzept der funktionalen Gesundheit und der Definition von Behinderung liefert die ICF zwar eine Grundlage für Management, aber keinesfalls eine Anweisung, wie ein Management konkret zu erfolgen hat. Die ICF fordert in ihrer Konzeption und Philosophie zum Management heraus. Mit ihrem bio-psycho-sozialen Modell fordert sie die Bereiche Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege- und Nachsorge und die ihr zugeordneten Bereiche wie auch die der sozialmedizinischen Begutachtung heraus, aktiv nicht nur zu klassifizieren, sondern Prozesse zu gestalten, Ergebnisse zielgerichtet zu erreichen. **Instrumente, Management und Vernetzung sind unlösbar miteinander verbunden.**

Damit stellen wir die These auf, dass die ICF keinesfalls eine Domäne der Rehabilitation zur Beschreibung von Krankheitsfolgen ist. Vielmehr ist sie durch die Beschreibung von funktionaler Gesundheit, Behinderung und der Berücksichtigung der Kontextfaktoren und des Teilhabekonzeptes der wesentliche Hintergrund, um Managementkonzepte aller Bereiche zu prüfen und neu zu überdenken¹⁹.

3.2.1.2 Management auf der Makro Ebene

Wie im Schaubild 1 gezeigt steht der Mensch, der von Erwerbsminderung bedroht ist, im Spannungsfeld sozialökonomischer Engpässe. Solange Arbeitsmarktkapazität und weitere Ressourcen nicht erschlossen werden, ergeben sich hier Begrenzungen. Für ein Management auf der Makroebene geht es im Gesundheitssystem um generelle Aspekte, die hier nur beispielhaft mit dem Stichwort Arbeitsneuverteilung und Arbeitsassistenzmodell eingebracht werden können. Insofern können die Bereiche des Makrosystems auf das Mikrosystem zurückschlagen und tun es auch.

3.2.1.3 Management auf der Meso Ebene: Gesundheitsmanagement, Eingliederungsmanagement und Disability-Management im Unternehmen

Gesundheitsmanagement implementiert, koordiniert und evaluiert Maßnahmen im Unternehmen, die dem Ziel einer Verbesserung und Förderung von Gesundheit (im Sinne der ICF) und Wohlbefinden bei der Arbeit dienen. Eine zentrale Aufgabe von Gesundheitsmanagement ist die Vernetzung der betrieblichen Akteure. Zielsetzung ist, dass Arbeitnehmer und Arbeitgeber im Sinne einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur die betrieblichen Gesundheitsziele umsetzen.

Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

¹⁷ Wir wollen hier die weiteren Fragestellungen, die, die ICF aufwirft, nicht weiter verfolgen, verweisen in diesem Zusammenhang auf das Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur ICF bzw. die Schuntermann'schen Ausführungen u. a. auch für die Tagung für Rehabilitation International (Medical Commission in Durban, Oktober 2003).

¹⁸Weiterentwicklung des Begriffes Behinderung vgl. Welti/Schuntermann/Schian. In: ???

¹⁹ Die Auffassungen zur funktionalen Gesundheit und Behinderung sind zwischen ICF nach der WHO und dem Neunten Sozialgesetzbuch im Übrigen auch im Rahmen anderer Sozialgesetzbücher nicht vollkommen deckungsgleich. Die dahinter stehenden Auffassungen, Konzeptionen und Philosophien sind sich aber durchaus ähnlich. Dies lässt sich aus den Kommentaren zum SGB IX genauso ablesen, wie aus der umfangreichen Literatur, die zur ICIDH und zuletzt zur ICF, insbesondere von Schuntermann und Welti, erschienen ist.

Mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement versucht man, präventiv vorbeugend Gesundheitsprobleme zu erkennen und sie rechtzeitig zu vermeiden oder erst gar nicht entstehen zu lassen. Dazu greift man in der Früherkennung darauf zurück, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln Schäden zu erkennen, die im Bereich der Körperfunktionen und Strukturen entstehen könnten. Darüber hinaus ist zu untersuchen, inwieweit das Konzept der Aktivitäten (all das tun, oder tun können) gewahrt bleibt und inwieweit das Konzept der Teilhabe am Arbeitsleben reibungslos funktionstüchtig gehalten werden kann. Dabei werden im Rahmen aller Wege zur Gestaltung der Arbeitswelt die Umweltfaktoren ganz eindeutig genauso beachtet wie die persönlichen Faktoren und das jeweilige, individuelle Verhalten.

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement muss sich mit allen Aspekten der funktionalen Gesundheit befassen, wenn Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit gewährleistet werden sollen (Diese Akzente berücksichtigt insbesondere das IAD – Frühwarnsystem, das auf die ergonomische Arbeitstätigkeit im Besonderen eingeht. Insofern ist das IAD System auf der betrieblichen Meso Ebene und die jeweils weltlichen Faktoren ausgerichtet.). Es muss eine reibungslose Teilhabe an der Arbeitswelt möglich sein unter positiver Beeinflussung der funktionalen Gesundheit und der positiven Gestaltung der Kontextfaktoren, wobei in der Arbeitswelt auf die Umweltfaktoren besonderes Augenmerk gerichtet werden muss.

Die Begrifflichkeiten des Gesundheitsmanagements als Management einer modernen, betrieblichen Gesundheitspolitik stehen eindeutig vor dem Hintergrund des präventiven Gedankens, der in Deutschland zwei historisch gewachsene Wurzeln hat. Einerseits den Arbeits- und Gesundheitsschutz traditioneller Art mit dem dualen System zwischen Staat und Gesetzlicher Unfallversicherung und andererseits gewachsen auf dem Nährboden der Gesundheitsförderung, gesetzlich fixiert im SGB V, § 20. Daraus resultiert die heute noch zu beobachtende gängige Übung, den Arbeits- und Gesundheitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung als separate Handlungsbereiche anzusehen und zu definieren. Dies ist nicht zielführend. Inhaltlich haben sich, wie aus zahlreichen Ausführungen ihrer Exponenten und Vertreter zu erkennen ist, beide Seiten im Verständnis darüber jedoch angenähert, dass in der betrieblichen Gesundheitspolitik und mit ihr verbundenen Gesundheitsmanagementsystematik beides miteinander verschränkt ist. Dies wird aber keinesfalls von allen Akteuren in allen Unternehmen so wahrgenommen und gelebt. Positive Beispiele und eigene Entwicklungen belegen aber, wie diese Elemente zusammenwachsen können, rehabilitative Ansätze integrieren und langsam eine betriebliche Gesundheitspolitik heranwächst.

Kriterien, die Gesundheit beschreiben und den deckungsgleichen Ansatz von Behinderung und Gesundheit verdeutlichen sind:

- Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung
- Schmerz – und Beschwerdefreiheit
- Keine funktionelle Beeinträchtigung von Lebensaktivitäten
- Fähigkeit, interne und externe Anforderungen (Konflikte, Belastungen und Krisen) erfolgreich zu bewältigen
- Adäquate Einschätzung der eigenen Handlungskompetenzen (Selbstvertrauen, Glaube an sich, Selbstwirksamkeit)
- Resistenz (Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen)
- Fähigkeit, soziale Rollen zu erfüllen und zu bewältigen
- Liebes- und Genussfähigkeit, aber auch „Fähigkeit zu trauern“
- Kapazität bzw. Potenzial, selbständig (langfristige) Ziele zu setzen und diese zu verfolgen

- Fähigkeit zu Selbstgestaltung und Selbstverwirklichung
- Suchen und Finden von „Sinn“ in allen Lebensaktivitäten

Als Erfolgsfaktoren für Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement können folgende Punkte benannt werden:

- Verankerung in Unternehmensleitbild und Führungsgrundsätzen
- Einziehung in die Unternehmenskultur
- Mitarbeiterorientierung
- Wissensbasierung
- Partizipation
- Vernetzung
- Integration in betriebliche Routinen
- Zielplanung/systematische Vorgehensweise
- Kontinuierliche Personalförderung

Unsere Erfahrungen decken sich mit denen einiger anderer Unternehmen (Models of good Practice), dass die konsequente Nutzung des hier kurz angerissenen Instrumentariums an sich schon präventiven Charakter hat. Die konsequente Nutzung aller Instrumente²⁰ im Rahmen eines integrierten Gesundheitsmanagements fördert durch Beteiligung aller Akteure den Präventionsansatz und löst zwangsläufig dann entsprechende Aktionen aus. Die Instrumente im Einzelnen sind:

- Mitarbeiterbefragung
- Krankenstandsanalyse
- Gesundheitszirkel
- Qualitätszirkel
- Gefährdungsanalyse
- Arbeitsplatzbegehung
- Arbeitskreis Gesundheit
- Gesundheitsberichterstattung
- Datenbasis
- Konsequente Anwendung von Profilvergleichssystemen

Ein solches **Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement** bedarf eines von allen Akteuren im Unternehmen getragenen Ansatzes, dessen Sinnhaftigkeit, Zweck und Ziele für alle verständlich sind und nach unserer Auffassung unlösbar mit finanziellen Anreizsystemen verknüpft werden muss. Aus ökonomischer Perspektive betrachtet muss Gesundheitsmanagement auch zur Produktivität und Förderung des Humankapitals beitragen.

Das Institut hat sich im Rahmen des PRVE-Projektes zwangsläufig mit der Prävention im Sinne von betrieblicher Gesundheitspolitik einschließlich Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung befassen müssen. Es war naheliegend, hier nach **gemeinsamen Linien** zwischen SGB IX, SGB V und SGB VII zu suchen und diese nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch belegbar zu machen. Die gedankliche Brücke dazu war die ICF.

²⁰ Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind nicht zu verwechseln mit Interventionsmaßnahmen des Gesundheitsmanagements, die jeweils als Reaktion auf erkannte Problemfelder als Maßnahmen der Verhältnis- oder Verhaltensprävention verstanden werden können.

Parallel zu diesen theoretischen Überlegungen war aus akutem, krisenbezogenen Anlass, eine Vorgehensweise mit einem rehabilitativ/integrativem Schwerpunkt zu entwickeln. Die Erfahrungen im Unternehmen zeigen, dass, ohne große theoretische Ansätze aus dem Public Health-Bereich bemühen zu müssen, auch der praktische Weg zu gleichen Erkenntnissen führt. Dies wird in den Kapiteln Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement, sowie Disability Management wieder aufgegriffen.

3.2.1.4 Betriebliches Eingliederungsmanagement und Disability Management

Eingliederungsmanagement hat zwei Wurzeln:

Eine Wurzel liegt im Schwerbehindertenrecht und den damit verbundenen Akteuren, die Integration und Beschäftigungserhalt Schwerbehinderter zum Ziel haben. Dies ist innerbetrieblich vornehmlich der Aufgabenkreis der Schwerbehindertenvertrauensleute und außerbetrieblich - heute nun eindeutig festgelegt - die Aufgabe der Integrationsfachdienste, deren Aufgabenspektrum im SGB IX verankert ist. Historisch entwickelt haben sich diese einerseits überwiegend aus Aufgaben der Hauptfürsorgestellen (jetzt Integrationsämter), andererseits aus den Schwerbehinderten-Vermittlungs-Diensten der Arbeitsverwaltung. Dieser Dienst war ursprünglich für besondere Gruppen aus dem Bereich der Schwerbehinderung gestaltet, die besondere Probleme haben. Wer die Aufgabenbeschreibung aber durchsieht, wird erkennen, dass Eingliederungsfachdienste ihren Aufgabenkreis auch auf leistungsgewandelte Mitarbeiter und andere Problemfälle ausweiten können, wenn sie denn die Ressourcen dafür haben. Auf weitere historische Entwicklungen soll hier nicht eingegangen werden. Heute ist im Rahmen des Eingliederungsmanagements, das von hohem Interesse, was nach SGB IX die Integrationsvereinbarungen hergeben könnten, wenn sie denn nicht ausschließlich im Schwerbehindertenrecht verankert wären. Dennoch lässt sich aus §§ 83 und 84 SGB IX durchaus ersehen, dass der Gesetzgeber Türen geöffnet hat, damit das Eingliederungsmanagement nicht ausschließlich im Schwerbehindertenbereich verbleibt.

Eine neue Wurzel hat das Eingliederungsmanagement aus praktischen Erfahrungen in Unternehmen gewonnen und aus einer über zehnjährigen Entwicklung internationaler Zusammenarbeit hin zum „Code of Practice on Managing Disability in the Workplace“, verabschiedet von der International Labour Organization 2001 in Genf.

Nach üblichem Inhaltsverständnis hatte bis jetzt das Eingliederungsmanagement eine ausgesprochene rehabilitative Zielsetzung und richtet sich mit seinem integrativen Ansatz unter Einbindung der kooperativen Kräfte der Leistungsträger der Rehabilitation an Leistungsgewandelte, vor Allem aber auch an Schwerbehinderte.

Eingliederungsmanagement arbeitet inhaltlich an dem Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von leistungsgewandelten Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen in Unternehmen. Das betriebliche Eingliederungsmanagement weist die rehabilitativen Elemente eines **Disability Managements** aus und der Manager eines solchen Systems arbeitet betriebsintern in der vernetzten Struktur und muss zugleich die externen Kooperationsebenen und –stränge aufrecht erhalten.

Der „Code of Practice on Managing Disability in the Workplace“ (ILO, Genf 2001) zeigt im Titel den ursprünglich rehabilitativen Ansatz noch deutlich. Der Code definiert Disability Management als einen Prozess, der darauf abzielt, die Beschäftigung von Behinderten durch koordiniertes Bemühen zu erleichtern, und dabei die individuelle Bedarfssituation, die Arbeitsumwelt, die Unternehmensanforderungen und die rechtlichen Verpflichtungen zu berücksichtigen.

Mit der Aufnahme des Prinzips, dass die Entstehung von Behinderung in Unternehmen unbedingt zu vermeiden ist, Arbeitsplätze sicher und gesund zu gestalten sind, und anderen Elementen, die eindeutig aus international gültigen Regelungen für Public Health und Gesundheitsmanagement entstanden sind, verbindet das Prinzip des modernen Disability

Managements, nachdem der Konsens zwischen den verschiedensten Ländern hergestellt worden ist, die Elemente des Gesundheitsmanagements sinnvoll mit denen des Eingliederungsmanagements.

3.2.1.5 Management auf der Mikroebene: Case-Management und Diseasemanagement

„Case-Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um dem gesundheitlichen Bedarf eines Individuums mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen“²¹.

Kennzeichnend für Case-Management ist die individuelle Fallsteuerung und Betreuung. Dies mag zunächst als schmaler Ansatz zu betrachten sein, ist es aber durchaus nicht. Das Case-Management zeigt schon allein in der Entwicklung seiner Definition, dass die Erkenntnis der beteiligten Akteure wächst, welche umfangreichen Ressourcen ein Case-Management beansprucht, wenn das Ziel der Reintegration in das Arbeitsleben erreicht werden soll.

Beispielsweise sei hier zunächst das Case-Management im Rahmen der Träger der Rehabilitation erwähnt, welches die **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation** in Begleitung mit der Arbeitsverwaltung durchführt²². Die Ziele und Inhalte scheinen in allen Bereichen, die das Wort Case-Management für sich akquiriert hat, dieselben zu sein. Nur die Ressourcen, die Mittel und die Wege zur Erreichung des Ziels werden unterschiedlich eingesetzt. Es ist naheliegend, weil jeder im Rahmen seines Auftrages sein Klientel individuell behandelt, führt und betreut.

Während Case-Management in der Regel sehr zielgerichtet auf das Klientel und die Versicherungsaufgabe der jeweilig durchführenden Case-Management-Organisation zentriert ist, ist dies für die Begriffsbildung von Eingliederungsmanagement und Disability Management unternehmensbezogen zunächst einmal vom Prinzip her von untergeordneter Bedeutung. Letztendlich kann das eine ohne das andere nicht auskommen.

Das Case-Management nutzt alle Ressourcen zum erfolgreichen Abschluss eines Einzelfalls. Disability Management, welches Eingliederungsmanagement und Case-Management umfasst, ist das übergeordnete Management, das im Einzelfall auf das Case-Management zugreift und diesem Netz und Ressourcen zur Verfügung stellt und Gesundheitsmanagement in Konzeption und Handeln einbezieht.

Über das strukturierte Case-Management chronischer Erkrankungen im Form von Diseasemanagement ist in den letzten Jahren lebhaft diskutiert worden, teilweise auch kontrovers, so dass es schwierig ist, den ursprünglichen Ansatz zu reidentifizieren.

Diseasemanagement soll ein **systematischer Behandlungsansatz** sein, der für **chronisch Kranke** eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Standard der Wissenschaft organisiert²³. Voraussetzung von Diseasemanagement ist, dass Krankenkassen, behandelnde Ärzte und eingeschriebene Patienten **vertraglich** miteinander verbunden sind, damit der Organisations- und Wirksamkeitsgrad dieser ausschließlich kurativ ausgerichteten Organisationsform auch überprüfbar und erfolgreich bleibt.

²¹ Wendt, W.R. (2001): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i. Br.: Lambertus. 3. Aufl., S.154.

²² Brader, D., Fassmann, H., Wübbecke, Ch. (2002) Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB) - erster Sachstandsbericht einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Nürnberg.

²³ In diesem Zusammenhang ist begrifflich zu unterscheiden zwischen dem Management der Erkrankung auf der Ebene Arzt/Patient (das ist Diseasemanagement) und dem Diseasemanagement-Programm als Strukturkomponente des Versorgungssystems. Das Diseasemanagement-Programm als Strukturkomponente gehört zum Management auf der Makroebene.

Ziel ist, eine wirtschaftliche und wissenschaftlich gesicherte Versorgung **kurativer** Art für chronisch Kranke zu erreichen, also die Richtigen im richtigen Programm zu haben, ein gutes Arzneimittelmanagement hin zu bekommen, eine gute „compliance“ um das Gesamtverhalten der Patienten beeinflussen zu können. Außerdem sollen die Ärzteschaft an **Leitlinien und Standards** sowie ausgearbeitete **Behandlungsschemata** herangeführt werden.

Diseasemanagement für chronisch Kranke ist also genau das, was es aussagt. Es ist ein Management kurativer Behandlung für chronisch Kranke in der Hoffnung, optimierte Versorgung mit Wirtschaftlichkeit verbinden zu können.

Von ihren Verfechtern wird Diseasemanagement als ideales Instrument angesehen, Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland abzubauen. Dieses Diseasemanagement basiert ebenfalls auf der Untersuchung des **Sachverständigenrates** der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Band 3 2000/2001.

Man hofft, 80 % evidenzbasiert versorgter Patienten zu erreichen. Der wissenschaftliche Standard (evidenzbasierte Medizin) soll in Schulungen Ärzten, sowohl Patienten nahegebracht werden.

Massive Kritik aus dem Bereich der Ärzteschaft, aber auch aus dem gesamten Bereich der Rehabilitation, insbesondere der **Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.**, hat die ursprünglichen Initiatoren zunächst zur Abwehr, dann aber zur langsamen Aufnahme folgender Gedankengänge geführt:

- Informations- und Beratungsleistungen sollen im Rahmen der Disease-Management-Programme mit den betroffenen Verbänden abgesprochen werden.
- Der geforderte Evidenzgrad soll dem Wissensstand in Deutschland angepasst sein.
- Patientenrechte und Patientenpflichten sollen entsprechend berücksichtigt werden.
- Die Schulungen müssen im Prinzip überdacht werden und gerade diejenigen, die von der chronischen Erkrankung besonders betroffen sind, selbstverständlich und unkompliziert zugänglich gemacht werden,.

Diseasemanagement sollte sich nicht ausschließlich auf den kurativen Bereich beschränken, sondern mit rehabilitativen Ansätzen und Nachsorge verzahnt werden. Das aber scheint heute noch nicht gesichert.

3.2.2 Beratung

3.2.2.1 Begriffsklärung

Beratung ist ein vielschichtiger Begriff, dessen Auslegung vom jeweiligen Kontext abhängt, in dem Beratung erfolgt. Daneben steht Coaching für einen Sammelbegriff unterschiedlicher und individueller Formen der personen- und auch gruppenzentrierten Beratung. Die voranschreitende Spezialisierung und Professionalisierung des Beratungsgeschehens wird durch den Zerfall von Sozialisationsinstanzen erklärt²⁴. Kennzeichnend hierfür ist u.a. die steigende Anzahl von Selbsthilfegruppen.

Als allgemeines Merkmal von Beratung kann angeführt werden, dass zwischen dem Ratsuchenden und dem Ratgebenden ein **Wissensgefälle** existiert. Dabei ist es unerheblich, inwieweit der Ratsuchende bereits beispielsweise Laienberatung in Anspruch genommen oder Eigenberatung betrieben hat. Die Beratung ist weiterhin mit gewünschten oder notwendigen **Veränderungen** seitens der Ratsuchenden in Verbindung zu bringen. Darunter können sowohl einmalige Entscheidungshilfen gefasst werden, die prinzipiell außerhalb der Person des Antragstellers stehen und sich eher auf reine Wissensvermittlung konzentrieren, als auch ein langwieriger Problemlöseprozess in systematischer Form, der sich mit der ratsuchenden Person auseinandersetzt.

Anhand des Adressatenkreises (Personen oder Institutionen) und des Merkmals der Veränderung lässt sich – basierend auf dem Merkmal des Wissensgefälles – die folgende Matrix (s. Tab. 3.2-1) herleiten. Sie skizziert in grober Form, welchen Ausrichtungen die Beratung unterliegen kann.

Tab. 3.2-1: Beispiele für die Ausrichtung von Beratung

	Prozess	Wissen
Person	Ressourcenförderung als Hilfe zur Selbsthilfe	Hilfen bei Antragstellung in einer Auskunfts- und Beratungsstelle
Institution	Arbeitgeberberatung in Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	Technischer Berater vom Arbeitsamt oder Integrationsamt

Es gibt nicht die eine bzw. umfassende Konzeption von Beratung oder eine allen Beratungskonzeptionen zu Grunde liegende Theorie. **Sozialwissenschaftliche Beratungskonzepte** sind durch den Wandel in der Beratungsarbeit hinsichtlich der Erklärung von Problemen geprägt. Es erfolgt eine Erweiterung der individualistischen, eher krankheitsorientierten Erklärungen – und der damit verbundenen **psychologischen Beratungsansätze** – hin zu den sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen des Einzelnen und der Frage, wie die dadurch verursachten Probleme gelöst werden können. Die beiden konzeptionellen Ansätze stehen mittlerweile nicht mehr isoliert nebeneinander, sondern werden z.T. in Verfahren der psycho-sozialen Beratung vereint.

²⁴ Neuffer, M. (2000). Beratung als Kernkompetenz Sozialer Arbeit. In Blätter der Wohlfahrtspflege (5-6), 100-103.

3.2.2.2 Beratung im Kontext von Rehabilitation und Erwerbsminderung

Die eher allgemeinen Ausführungen des vorangegangenen Abschnitts werden im Folgenden auf den Kontext von Rehabilitation und Erwerbsminderung bezogen. In Ergänzung zu den dortigen Beratungskonzeptionen wird vorab die Systematik der Informationstätigkeiten dargelegt, wie sie sich aus der Sozialgesetzgebung ergibt. Grundlegende Vorschriften finden sich hierzu im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs (SGB I).

Im Sinne der **Aufklärung** nach § 13 SGB I sind u.a. die Leistungsträger sowie ihre Verbände verpflichtet, im Rahmen ihrer Zuständigkeit die Bevölkerung über die Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch aufzuklären. Die Aufklärung ist an die Allgemeinheit gerichtet und befasst sich daher nicht mit der Situation einzelner Personen. Es ist ein ausgewogenes Maß zwischen der Komplexität und der Vollständigkeit der Aufklärung zu finden. Des Weiteren muss sie auf Grund der laufenden Veränderungen in der Sozialgesetzgebung permanent erfolgen. Beispielsweise musste mit der Reform des Erwerbsminderungsrechts zum Jahr 2001 die Bevölkerung über die damit einhergehenden Veränderungen durch Aufklärungskampagnen informiert werden. Ebenso wird es die Aufgabe der Reha-Träger sein, die Existenz und die Ziele neuer Gesetzesvorhaben – beispielsweise des SGB IX – in entsprechender Weise zu kommunizieren und in der Bevölkerung bekannt zu machen.

Bei der **Auskunft** nach § 15 SGB I handelt es sich um die Antwort einer Auskunftsstelle auf die Frage einer Einzelperson und setzt dementsprechend die Initiative des einzelnen voraus. Zu den Auskunftsstellen gehören die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung. Ergänzend regelt § 22 Abs. 2 SGB IX, dass alle Reha-Träger über Leistungen zur Teilhabe Auskünfte erteilen. Inhaltlich bezieht sich die Auskunft auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist. In diesem Zusammenhang wird von der **Wegweiserfunktion** der Auskunft gesprochen. Die Auskunftsstellen sollen insbesondere dazu beitragen, dass die Klienten an den für sie zuständigen Leistungsträger vermittelt werden.

Während die Auskunft noch keinen Ratschlag beinhaltet, wird dieser zum impliziten Bestandteil der **Beratung** nach § 14 SGB I. Darüber hinaus zeichnet sich die Beratung dadurch aus, dass es hier nicht nur um die Beantwortung einer gezielten Informationsanfrage geht, sondern sich die Beratung auf ein größeres Gebiet von Rechten und Pflichten beziehen kann, die der zu Beratende auf Grund seiner Unkenntnis gar nicht ins Auge gefasst hat. Ein entscheidendes Merkmal ist es jedoch, dass sich dieses Beratungsangebot in der Regel auf Rechtsfragen innerhalb eines Bereichs des SGB – beispielsweise der Arbeitsförderung nach dem SGB III – bezieht. Ausnahmen existieren bei der Beratung nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG, ab 1.1.2005 SGB XII) und in der Rehabilitation durch Gemeinsame Servicestellen (s. Kap. 4.3.1), wonach in sonstigen sozialen Angelegenheiten, z.B. bei Erwerbsminderung, bzw. trägerübergreifend beraten werden soll.

Durch dieses differenzierte Informationssystem soll ein **Kooperationsmodell** verwirklicht werden. Es „ist dadurch **geprägt**, dass die Verwaltung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch Beratung und **Hilfestellung** [Hervorhebungen im Original] den Bürger in den Stand setzt und mit ihm gemeinsam herausfinden muss, welche Leistungen für ihn in Betracht kommen, oder für ihn am sinnvollsten sind, oder seinem Anliegen am nächsten kommen“²⁵.

Das Kooperationsmodell legt somit den Schwerpunkt darauf, dass die Betroffenen überhaupt ihre berechtigten Ansprüchen gegenüber den Sozialleistungsträgern durchsetzen können und genau die Sozialleistungen bewilligt werden, die im Einzelfall der Situation der Betroffenen gerecht werden. In den einzelnen Sozialgesetzbüchern erfolgt insofern eine Konkretisierung der Beratungstätigkeiten auf den jeweiligen Bezugsrahmen. Beispielsweise

²⁵ Gagel, A. (2001). Sozialgesetzbuch III – Arbeitsförderung. Loseblatt-Kommentar § 323 Rz. 71.

finden sich im SGB III eine Reihe von Beratungsvorschriften sowohl für Arbeitgeber als auch für Arbeitnehmer wieder, welche die Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben zum Ziel haben.

Zur Verwirklichung des Kooperationsmodells wird es nicht genügen, den Betroffenen lediglich eine Auswahlunterstützung zukommen zu lassen und sie mit ausreichenden Marktinformationen zu versorgen, damit sie sich für eine Sozialleistung ‚entscheiden‘ können. Dies wird auch dem oben formulierten Beratungsverständnis nicht gerecht. Gerade wenn es um Fragen der Rehabilitation und/oder einer drohenden Erwerbsminderung geht, sind die Ziele von Beratung weiter zu fassen.

In dem komplexen System der Rehabilitation mit seinen derzeitigen sieben Reha-Trägern, vier Leistungsgruppen zur Teilhabe und diversen Auslegungsvorschriften einzelner Träger, dient die Beratung zunächst einmal als eine **Orientierung**. Die Betroffenen müssen für ihre gesundheitlichen, beruflichen und sonstigen sozialen Probleme Lösungsmöglichkeiten mit Hilfe von Sozialleistungen aufgedeckt bekommen. Dabei werden auch die rechtlichen Grundlagen, z.B. versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Gegenstand der Beratung sein müssen. Weiterhin werden die betrieblichen Akteure über die Möglichkeiten der betrieblichen Ausgestaltung von Prävention und Rehabilitation beraten werden müssen, um wirksame Maßnahmen/Managementsysteme zur Vermeidung von Erwerbsminderung implementieren zu können.

Beratung wird darüber hinaus dem in Kap. 3.1.1 formulierten Prinzip der **frühzeitigen Intervention** folgen müssen. Das frühzeitige Erkennen von gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen in der beruflichen Leistungsfähigkeit und eine daran anknüpfende Beratung können den weiteren (negativen) Verlauf bis hin zur Erwerbsminderung aufhalten. Dies setzt auf Seiten der Ratsuchenden (im Zusammenhang mit der Erwerbsminderung sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer) die Bereitschaft voraus, von sich aus die Beratungssituation aufzusuchen. Andererseits ist es die Aufgabe der Reha-Träger, Hinweisen nachzugehen, die auf die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe hindeuten.

Aus der oben vorgenommenen Umschreibung des Beratungsbegriffs kann abgeleitet werden, dass eine solche Intervention nicht mit der Aufforderung zur Antragstellung z.B. auf Leistungen zur Teilhabe als erledigt betrachtet werden kann. Vielmehr ist im **Dialog** mit den Betroffenen eine Situationsanalyse vorzunehmen, aus der sich weiterer Beratungs- und auch Leistungsbedarf ergeben kann. Gerade bei der Antragstellung auf Erwerbsminderungsrente hat die Bewilligung weitreichende Folgen. Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes fällt ein oft prägendes Feld gesellschaftlicher Partizipation zumindest vorübergehend aus. Es wird genau zu eruieren sein – sowohl vor dem Hintergrund der daraus resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten als auch der Vorstellungen und der Motivationslage der Betroffenen –, ob die Erwerbsminderung als letzte, aber in der konkreten Situation als beste Möglichkeit in Frage kommt. Ist dies der Fall, bedeutet das nicht gleichzeitig das Ende der Beratungstätigkeiten. Es wird weiterhin nach Wegen gesucht werden müssen, ob z.B. durch Leistungen zur Teilhabe eine Rückkehr ins Erwerbsleben wahrscheinlich ist oder ob sich Beratungsbedarf auf Grund der neuen Lebenssituation entwickelt. Auch in diesem Fall wird zu prüfen sein, ob möglicherweise Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft oder andere Maßnahmen angezeigt sind. Damit wird noch einmal deutlich, dass verschiedene Stufen der individuellen Lebensbewältigung (von einfachen und leicht zu befolgenden Ratschlägen bis hin zur langwierigen Beratung bei Schicksälen, Lebenskrisen usw.) Gegenstand von Beratung sein können.

Ein weiteres Ziel der Beratung liegt in der **Ressourcenförderung** der Ratsuchenden. Beratung kann zwar ein länger andauernder Prozess sein, ist aber nicht auf Dauer angelegt oder mit einem zeitlichen Rahmen wie in der Therapie veranschlagt. Die geförderten Ressourcen können je nach Inhalt der Beratung ganz unterschiedlicher Art sein. Einigen Personen wird es eine große Hilfe sein, sich zukünftig selbst in den Organisations- und Verwaltungsabläufen einzelner Träger zurechtzufinden, was einer situativen Kompetenzförderung entspricht. Bei anderen Personen können sich wiederum allgemeine

Einstellungs- und Verhaltensänderungen ergeben, z.B. wird die Erwerbsminderung doch nicht als ultima ratio angesehen und ein anderer Weg aus der Problemlage entdeckt.

Mit der Zunahme von Ressourcen wird schließlich das Ziel der **Selbstbestimmung** unterstützt werden können. Einerseits entspricht dies ethisch-moralischen Vorstellungen in einer aufgeklärten Gesellschaft. Andererseits ist mit dem SGB IX das Ziel formuliert worden, auch den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Selbstbestimmung und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Alle Beratungsaktivitäten werden sich letztlich an dieser Zielvorgabe messen und den Autonomiebestrebungen der Betroffenen soviel Raum wie möglich lassen müssen.

3.2.2.3 Akteure der Beratung

Bereits vor Einführung der §§ 13 bis 15 SGB I im Jahr 1976 sind die Reha-Träger durch das mit dem SGB IX außer Kraft getretene Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAnglG) aus dem Jahr 1974 nach § 3 RehaAnglG zur Unterrichtung der Bevölkerung und zur Beratung von behinderten Menschen verpflichtet worden. Die Bevölkerung sollte danach über die Hilfen und Maßnahmen zur Eingliederung von behinderten Menschen in geeigneter Weise unterrichtet werden. Weiterhin sollten die Reha-Träger den behinderten Menschen alle sachdienlichen Auskünfte über die Möglichkeiten zur Durchführung von Leistungen zur Teilhabe erteilen und sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit rechtzeitig und umfassend beraten²⁶. Hierzu sollte nach § 5 RehaAnglG (**Zusammenarbeit der Reha-Träger**) die Einrichtung von Auskunfts- und Beratungsstellen beitragen.

In der Folge ist bei den Reha-Trägern ein dichtes Netz an **Auskunfts- und Beratungsstellen** entstanden. Das vorhandene Geschäftsstellennetz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde somit erweitert. Die ebenfalls durch § 5 RehaAnglG angeregte Einrichtung von gemeinschaftlichen Auskunfts- und Beratungsstellen ist jedoch bis zu der von den Reha-Trägern als Reaktion auf das geplante SGB IX erarbeiteten ‚Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation‘ vom April 2001 nicht weiter verfolgt worden. Die Auskunfts- und Beratungsstellen bieten in der Regel eine Komm-Struktur an, d.h., dass die Betroffenen von sich aus die Initiative entwickeln müssen, eine solche Beratungsstelle aufzusuchen.

Über die Auskunfts- und Beratungsstellen hinaus bieten die jeweiligen Reha-Träger auf ihren jeweiligen Bereich abgestimmte und qualifizierte Beratungsdienstleistungen an, die oft mit der Bezeichnung des **Rehabilitations-Fachberaters** einhergehen und Komponenten des Case Managements beinhalten. Die Betreuung und Beratung der Fachkräfte ist nicht mehr durch eine ausschließliche Komm-Struktur geprägt, sondern muss gleichfalls auf eine Bring-Struktur ausgerichtet sein. Die Fachberater gehen z.B. in die Betriebe, besprechen Möglichkeiten der Integration also vor Ort und gestalten zusammen oder für ihren Klienten den individuellen Fall. Bei der GKV gibt es darüber hinaus den **Krankengeldfallmanager**, der sich ebenfalls mit den Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen auseinandersetzen muss, um die frühzeitige Wiedereingliederung der Betroffenen voranzubringen. Bei den Berufsgenossenschaften (BG) ist hierfür der **Berufshelfer** verantwortlich. Bei ihnen ist die Bring-Struktur inklusive der oftmals vernachlässigten Nachsorge bzw. Nachbetreuung am deutlichsten ausgeprägt. So früh wie möglich, quasi am Krankenbett, sollen mit dem BG-Versicherten berufliche Perspektiven und darauf aufbauende Leistungen zur Teilhabe entwickelt und geplant werden. Im Hinblick auf die Umgestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz können die Arbeits- und Integrationsämter außerdem auf **technische Berater** zurückgreifen. Als eine Innovation innerhalb der Beratungslandschaft der Reha-Träger gelten die **Gemeinsamen Servicestellen**, die daher in Kapitel 4.3.1 einer intensiveren Betrachtung unterzogen werden.

²⁶ Mit der Einführung von Gemeinsamen Servicestellen durch das SGB IX soll im Gegensatz dazu eine trägerübergreifende Beratung gewährleistet werden (s. Kap. 4.3.1).

Die Vielfalt der Trägerlandschaft schlägt sich somit auch in einer Vielzahl von Beratungsmöglichkeiten und -institutionen nieder. Neben diesen Möglichkeiten können sich die Ratsuchenden aber noch an andere Ansprechpartnern wenden und die Träger können sogar selbst Fachkräfte beanspruchen. So ist es die Aufgabe (§ 110 Abs. 1 SGB IX) der Integrationsfachdienste (**IFD**), schwerbehinderte Menschen zu beraten und zu unterstützen sowie ihnen bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes zu helfen. Zusätzlich können sich auch Arbeitgeber durch den IFD informieren und beraten lassen.

Über den Personenkreis der schwerbehinderten Arbeitnehmer hinaus stehen Arbeitgeber bzw. Unternehmen immer stärker vor der Herausforderung, sich auf Grund der Alterung der Belegschaft und den steigenden Anforderungen, die an sie gestellt werden, sich den Ansprüchen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen zu müssen. Insofern kommen für sie auch – wie in Kapitel 4.3.2 näher ausgeführt – **wissenschaftliche Institutionen** oder **Consulting-Unternehmen** für die Beratung in Frage.

Die Arbeitnehmer wiederum können bei vorhandenen betrieblichen Strukturen auch ohne Kontakt zu einem Reha-Träger über ihre Gesundheitsprobleme und die Chancen von Leistungen zur Teilhabe beraten werden. Neben einem entsprechend gestalteten Betriebsklima gilt es, hierfür verschiedene Ansprechpartner vorzuhalten. Wiederum für den Personenkreis der schwerbehinderten Menschen kommt die **Schwerbehindertenvertretung** in Frage. Diese ist nach § 95 Abs. 1 SGB IX für die Eingliederung schwerbehinderter Menschen verantwortlich, soll deren Interessen vertreten und ihnen beratend und helfend zur Seite stehen. Zusätzlich können andere **betriebliche Vertrauenspersonen** oder Mitarbeiter der **Personalabteilung** für die Beratungstätigkeiten herangezogen werden. Das in Deutschland relativ neue Berufsbild des Disability Managers (s. Kap. 4.1.2) dürfte hingegen eher der Implementierung notwendiger Beratungsstrukturen dienen.

Eine sich über alle bisher dargestellten Tätigkeitsfelder wiederfindende Berufsgruppe mit beraterischer Verantwortung ist die **Ärztenschaft, in erster Linie in Folge der seit 01. April 2004 geltenden „Rehabilitations-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 8 SGB V. In verschiedenster Form gewinnt sie Kontakt zu Menschen mit gesundheitlichen Problemen (z.B. der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK), der sozialmedizinische Dienst der Rentenversicherung, der Durchgangsarzt bei den Trägern der Unfallversicherung, der Betriebs- oder Werksarzt und schließlich die Haus- und Fachärzte). Dabei wird auch in der Arzt-Patienten-Beziehung dem oben formulierten Selbstbestimmungsbedürfnis Rechnung getragen werden müssen. Die Diskussion über die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist mittlerweile zu der Kenntnis gelangt, dass letzterer als Ko-Produzent der Gesundheitsleistung zu verstehen ist. Folglich ist auch hier eher die innere Gestalt der horizontalen Beratung, des Sich-miteinander-Beratens, in den Vordergrund zu stellen.

Schließlich bieten **Behindertenorganisationen** und **Selbsthilfegruppen** den Betroffenen wertvolle Unterstützung. Während Behindertenverbände ihre Beratung auch mit einer anwaltlichen Funktion verbinden, liegt der Fokus bei den auf spezifische Behinderungsarten ausgerichteten Selbsthilfegruppen auf der Bewältigung der mit der Behinderung einhergehenden Einschränkung, der Eröffnung neuer Perspektiven und der Förderung von Ressourcen.

3.2.2.4 Schlussfolgerungen

Beratung als ein Prozess, der bereits vor Beantragung auf eine Sozialleistung beginnt (wobei es zunächst einmal irrelevant ist, ob es sich um Leistungen zur Teilhabe oder um eine Erwerbsminderungsrente handelt), die während der Leistungserbringung fortläuft und auch in der Nachsorge nicht vergessen werden darf, wird vor dem Hintergrund der stetig sorgfältigeren Auswahl und Bewilligung von Sozialleistungen immer wichtiger werden.

Für die Zukunft erscheinen daher folgende Fragen zu beantworten sein:

- Wie kann der Beratungsbedarf erfasst werden?

Es ist oftmals ein schleichender, langwieriger Prozess, der zur Antragstellung auf EM-Rente führt. Anfänglich noch eher unspezifische Krankheitsbeschwerden manifestieren und spezifizieren sich im Laufe der Zeit. Zu verschiedenen Zeitpunkten werden sich daher auch die Inhalte der Beratung entsprechend ändern müssen. Es gilt daher Wege aufzuzeigen, wie dieser unterschiedliche Beratungsbedarf erfasst werden kann.

- Welche Zugangshürden bestehen, um vorhandene Beratungsangebote anzunehmen?

Es geht um solche Fälle, in denen sich ein Arbeitnehmer subjektiv als rehabilitationsbedürftig einstuft, aber keine notwendigen Schritte zur Beratung einleitet. Dies kann mehrere Ursachen haben. Neben der Angst um den Arbeitsplatz spielt auch die Persönlichkeit des Betroffenen und dessen Fähigkeiten, Probleme aktiv anzugehen, eine Rolle. Neigt die Person eher zur Krankheitsverdrängung und Ablenkung, wird sie auch keine Beratungsangebote beanspruchen. Hürden können natürlich auch bei den Beratungsangeboten selbst bestehen. Daher wird in Kapitel 4.3.1 exemplarisch das neue Angebot der Gemeinsamen Servicestellen untersucht.

- Wie können niederschwellige Angebote in der Beratung realisiert werden?

Auf der Grundlage eines näher definierten Beratungsbedarfs und der Untersuchung von Gründen, warum vorhandene Beratungsangebote nicht genutzt werden, können Verbesserungsvorschläge für die Gestaltung eines niederschweligen Beratungsangebotes formuliert werden. Damit ist nicht nur die Barrierefreiheit in räumlicher und kommunikativer Hinsicht gemeint, sondern die gesamte konzeptionelle Auslegung des Angebotes.

- Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang ein stärkerer Ausbau einer Bring-Struktur?

Ein konzeptionelles Merkmal ist, wo die Beratung stattfindet. In weiten Teilen ist das Auskunfts- und Beratungsnetz der Reha-Träger darauf ausgerichtet, dass die Ratsuchenden – zumindest beim ersten Kontakt – den jeweiligen Träger aufsuchen. Oft bietet aber die häusliche Umgebung den vertrauten Rahmen, damit sich die Ratsuchenden öffnen können und dadurch eine komplexere Problemanalyse ermöglicht wird. Es ist selbstverständlich, dass diese Bring-Struktur unter Zustimmung bzw. auf Anregung der Ratsuchenden erfolgt.

- Wie können auf Arbeitgeberseite Beratungsanreize geschaffen werden, um frühzeitig dem Prozess der einsetzenden Erwerbsminderung begegnen zu können?

Die Arbeitgeberberatung für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement oder hinsichtlich einzelner Leistungen zur Teilhabe wird vor dem Hintergrund einer alternden Erwerbsbevölkerung und der Zunahme brüchiger Erwerbsbiographien einen höheren Stellenwert einnehmen müssen. Unterschiedliche Beratungsangebote müssen vorgehalten und den Arbeitgebern schnell zugänglich gemacht werden (s. Kap. 4.3.2). Diese Anreize können aber nur dann greifen, wenn die anschließend ergriffenen Maßnahmen Wirkung zeigen, z.B. in Form von niedrigeren AU-Zeiten oder einer erhöhten Quote bei der Beschäftigung von schwerbehinderten Mitarbeitern.

3.2.3 Assessment

Ein Assessment dient als Grundlage zur Analyse eines Zustandes zur Prozessgestaltung ebenso wie zur Evaluation in Prävention und Rehabilitation. Darüber hinaus gewinnt es zunehmend im Bereich der Qualitätssicherung (s. Kap. 3.2.5) an Bedeutung.

Im Folgenden werden zunächst zentrale Begriffe rund um die Begriffe Assessment und Diagnostik bestimmt sowie Basiskonzepte dargestellt. Weiterhin werden die Bedeutung für die Prozessgestaltung analysiert sowie Grund- und Leitsätze für die Akteure im Bereich Assessment dargelegt.

3.2.3.1 Grundbegriffe und Basiskonzepte

Assessment und Diagnostik

Assessment bezeichnet allgemein den Prozess der Einschätzung und Beurteilung (to assess = einschätzen, beurteilen). Im engeren Sinne wird unter Diagnose Erkennen und im medizinischen Bereich die Zuordnung zu einer Krankheitseinheit, unabhängig von der Person, verstanden. Damit kann die Einordnung für ganz unterschiedliche Zwecke in die Internationale Klassifikation der Diagnosen (ICD) erfolgen. Bausteine der Diagnosen sind Anamnese, Befund, zusätzlich häufig bildgebende Verfahren und Laborbefunde, zuweilen auch der Krankheitsverlauf.

Unter Assessment versteht man unterschiedliche Verfahren und Untersuchungsschemata zur Beurteilung von Auswirkungen von Erkrankungen und Verletzungen auf eine bestimmte Person (z.B. Gelenkbeweglichkeit, Kraftleistungen oder auch Alltagsfunktionen im täglichen Leben oder Lebensqualität). Diagnostik führt also schließlich zur Zuordnung zu einem Krankheitsbild, unabhängig von der Person und Assessment zur Erfassung der Rückwirkung auf die betroffene Person und ihre Aktivitäten und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

In anderen Disziplinen, wie Psychologie und Sportwissenschaft, wird der Begriff Diagnostik von jeher etwas breiter genutzt und auch für Zuordnungen ausserhalb von Krankheiten verwendet.

Assessmentinstrumente, -methoden und -verfahren

Eine Differenzierung zwischen den Begriffen **Assessmentinstrument**, **Assessmentmethode** und **Assessmentverfahren** erfolgt in der Literatur und im täglichen Sprachgebrauch nicht eindeutig.

In Bezug auf die **Assessmentmethode** wird i.d.R. zwischen Verfahren der qualitativen bzw. quantitativen Erfassung unterschieden. Weiterhin wird zwischen verschiedenen **Erhebungsmethoden** unterschieden. Diese sind im Rahmen von Diagnostik und Assessment, z.B.:

- Test
- Fragebogen
- Aktenanalyse/Aktenscreening
- Beobachtung (u.a. Verhalten, Ausdruck)
- Exploration, Anamneseerhebung
- Biographie (Biographische Diagnostik)
- Interaktionsdiagnostik, Familiendiagnostik.

Als **Instrumente und Verfahren** werden Mittel oder Geräte zur Ausführung bestimmter wissenschaftlicher oder technischer Arbeiten bezeichnet. Hierzu gehören auch Testgeräte, Fragebögen etc.

Auf Grund dieser begrifflichen Unschärfe werden in den folgenden Abschnitten die Begriffe **Assessmentinstrument und Assessmentverfahren synonym** verwendet.

Neu eingeführt wird der Begriff **Assessmentprozedur**.

Assessmentprozedur

Die Assessmentprozedur beschreibt das Gesamtvorgehen eines Assessmentprozesses.

Die Assessmentprozedur soll folgende Punkte beschreiben:

- Zielgrößen/Kriterien, die beurteilt werden
- Instrumente und Methoden, die eingesetzt werden
- Anwender der Instrumente
- Zeitpunkt und Häufigkeit der Anwendung
- Auswertung der Teilergebnisse sowie Datenintegration für die Gesamtbeurteilung

Assessmentbegriffe in Anlehnung an die ICF

Das der ICF²⁷ zu Grunde liegende bio-psycho-soziale Modell wird als theoretisches Grundkonzept für die Rehabilitation und Prävention angesehen und die Begrifflichkeiten der ICF sollen trägerübergreifend im gesamten Gesundheitssystem zur begrifflichen Präzision beitragen. Hieran anlehnend könnte²⁸ im Bereich der Diagnostik und des Assessments entsprechend wie folgt differenziert werden:

- Funktions- und Strukturdiagnostik (Analysebereich: Körperfunktionen und -strukturen)
- Aktivitätsdiagnostik (Analysebereich: Aktivitäten des täglichen Lebens – was kann jemand leisten)
- Partizipationsdiagnostik (Analysebereich: Partizipation – was leistet jemand, woran nimmt er Anteil).

Hinzu kommt die Einbeziehung der personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren, die auf diese drei Ebenen Einfluss haben können.

Dabei wird der Begriff der Aktivitätsdiagnostik bereits verstärkt angewendet (s. auch Kap. 4.5.6).

²⁷ Schuntermann, M. (2003). *Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Deutsche Rentenversicherung 1-2, 52-59.

²⁸ Eine klare Abgrenzung der Begriffe ist allerdings noch nicht erfolgt und setzt auch die Präzision der ICF-Begriffe insbesondere des Aktivitäten- und Partizipationskonzepts in der ICF voraus.

Mehrdimensionales Assessment und weitere Assessmentbegriffe

Häufig wird der Begriff des **mehrdimensionalen Assessments** verwendet. Hiermit wird die Beschreibung/Erfassung des Phänomens aus mehreren Perspektiven und/oder mit verschiedenen Kriterien verstanden.

In Bezug auf die Differenzierung zwischen physischen und psychischen sowie kognitiven Verfahren wird von Mehrdimensionalität gesprochen, wenn sich das Assessment auf mehrere der genannten Ebenen bezieht – im Sinne der in Kapitel 3.1 dargestellten Prinzipien kann dies auch als **ganzheitliches Assessment** bezeichnet werden.

In Bezug auf die ICF sollte sich ein mehrdimensionales Assessment auf die drei Dimensionen „Körperfunktionen und -strukturen“, „Aktivitäten“ und „Partizipation“ beziehen und auch die Analyse von personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren beinhalten – dies wäre mehrdimensional und *ganzheitlich* im Sinne der ICF²⁹ (s.o.).

Des Weiteren wird zwischen **übergeordneten (generischen)** und **indikationsspezifischen Instrumenten** unterschieden, wobei unterschiedliche Herangehensweisen impliziert sind.

In den vergangenen Jahren sind verschiedene **weitere Assessmentbegriffe** zur Eingrenzung des Analyse-/Zielbereichs oder vor dem Hintergrund spezifischer Handlungsfelder und/oder der dort tätigen Berufsgruppen entstanden, z.B.

- Psychologisches Assessment, Physisches Assessment
- Heilpädagogisches Assessment, Ergotherapeutisches Assessment, Sporttherapeutisches Assessment u.a.
- Klinisches Assessment, Präventives Assessment u.a.

Derartige *Oberbegriffe* sind jedoch meist wenig spezifiziert, so dass hierbei unter gleichen Bezeichnungen mitunter unterschiedliche Zusammenstellungen von Instrumenten und Prozeduren beschrieben werden.

Status- und Prozessdiagnostik

Bei der **Statusdiagnostik** steht das Anliegen im Vordergrund, Aussagen über einen Ist-Zustand zu treffen. Im Gegensatz dazu zielt die **Prozessdiagnostik** (sequentielle Diagnostik) auf das Feststellen von Veränderungen. Dabei werden die Entscheidungen nicht auf Grund eines punktuellen diagnostischen Resultates getroffen, vielmehr basieren die diagnostischen Urteile auf einer Bewertung zu unterschiedlichen Zeitpunkten, in dessen Verlauf möglicherweise Differenzierungs-, Beratungs- und/oder Fördermaßnahmen ablaufen.

Analysetiefe und Screening

Eine Assessmentprozedur und verschiedene Assessmentinstrumente können eine unterschiedliche Analysetiefe besitzen. In diesem Zusammenhang wird häufig der Begriff **Screening** genutzt, und gelegentlich in Abgrenzung dazu von Standard- bzw. Zusatztestverfahren gesprochen.

²⁹ Dieser Auffassung folgt grundsätzlich auch z.B. die DVfR in ihrem Arbeitspapier zum Assessment in 2003.

Das Screening ist dabei durch eine *geringe* Analysetiefe gekennzeichnet:

- Screenings geben einen Grobüberblick über bestimmte Verhaltensweisen, Dispositionen, Umstände etc.
- Screening-Verfahren/-Methoden sind häufig nur gering oder nur in eine Richtung (z.B. nach unten) sensitiv³⁰.

Die Frage der Analysetiefe ist allerdings relativ zu sehen und folglich werden zuweilen Instrumente je nach Anwendungskontext als Screeninginstrumente oder als Standardinstrument bzw. einfach als Assessmentinstrumente bezeichnet.

Neben der Analysetiefe wird in verschiedenen Definitionen herausgestellt, dass Screeningverfahren der **Vorauswahl** dienen:

- „Unter ‚Screening‘ werden alle Techniken subsummiert, die eine große Zufallsstichprobe systematisch nach Angehörigen einer seltenen Population durchsuchen. Meistens erfolgt diese Durchsuchung mit Hilfe einer kurzen Befragung einer großen Zufallsstichprobe von Personen“³¹.
- „Screening“ wird auch als „Filterverfahren“ bezeichnet, mit dem z.B. die Identifikation von Risikopersonen erfolgt.

Ein Verfahren hat demnach **Screening-Charakter**, wenn es entweder zur Vorauswahl von Personen führt und/oder wenn es einen groben Überblick über einen Analysebereich gibt.

Assessmentcenter-Methode

Als **Assessmentcenter** werden zuweilen Einrichtungen bezeichnet, die sich auf die Durchführung von Assessments konzentrieren und/oder über vielfältige oder besondere Assessmentinstrumente verfügen. Im engeren, ursprünglichen Sinn ist aber ein „Assessmentcenter“ eine diagnostische Maßnahme, die meist unmittelbar in Unternehmen oder durch deren Beratungsinstitute durchgeführt wird und der Personalsuche und -entwicklung dient. Seit etwa Mitte der 70-er Jahre wird die Assessmentcenter-Technik/-Methode im deutschsprachigen Raum durchgeführt. Primäres Ziel ist es, geeignete Personen auszuwählen oder zu fördern, indem realitätsnahe Anforderungen gestellt/nachgebildet werden. Dies begründet die o.g. enge Verzahnung mit dem Unternehmen.

Als zentrale Charakteristika eines Assessmentcenters gelten u.a.³²:

- Individualität: Ein Assessment-Center wird konzipiert für eine bestimmte Einzelorganisation, in deren Personalplanung es aufgenommen und zu deren Unternehmenskultur es gehört.
- Multimethodaler Ansatz: Verschiedene Übungen, verschiedene Zeiten und verschiedene Beobachter
- Ganzheitlicher Ansatz: Beobachtung der Gesamtperson in ihrem Handlungsfeld und nicht Messung eines einzelnen Wesenszugs oder einer isolierten Bedingung
- Ideal der Verhaltensnähe: Fordert, dass Anforderungsdimensionen verhaltensnah definiert werden und eine verhaltensnahe Erfassung von Leistungsmerkmalen ausgiebig trainiert wird.

³⁰ Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (1995). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien, Oldenburg: R. Oldenburg Verlag.

³¹ Schnell, R., Hill, P.B. & Esser, E. (1999, 273), s.o.

³² Fisseni, H.J., Fennekels, G. P. (1995). *Das Assessment-Center. Eine Einführung für Praktiker*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Vergleich mit Leistungs- und nicht Persönlichkeitstests: Das Assessmentcenter begnügt sich nicht damit, die Teilnehmer ihr Verhalten beschreiben zu lassen, es fordert mehr, nämlich die Realisierung bestimmter Verhaltensweisen

Insbesondere auf Grund der Anforderungs- und Verhaltensorientierung der Assessmentcenter-Methode stellt sich die Frage, inwieweit diese Methode – ggf. weniger eng an die betriebsspezifischen Aspekte gebunden – bei Gutachten zur Feststellung des Anspruchs auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Feststellung von Entwicklungspotenzial einzusetzen sind. Die Einrichtungen der Berufsfindungen (Berufsförderungswerke) haben diesen Ansatz beispielhaft aufgegriffen.

Konstrukte und Konzeptspezifikation

Einschätzungen und Beurteilungen zu abstrakten Begriffen oder komplexen Kategorien, wie z.B. der Leistungsfähigkeit, Funktionsfähigkeit, Gesundheit etc. können nur dann erfolgen, wenn eine so genannte **Konzeptspezifikation** zu diesen Begriffen erfolgt. Denn ein Abstraktum ist als solches nicht messbar. Die Präzisierung entsteht mit Hilfe eines so genannten (theoretischen) **Konstrukts**, d.h. über die Zuordnung verschiedener Merkmale (Designate), die die Bedeutung des Begriffs festlegen.

Ein theoretisches Konstrukt beinhaltet folglich Dimensionen und Merkmale/Items, die zur Beschreibung des abstrakten Begriffs dienen (s. Abb. 3.2-3).

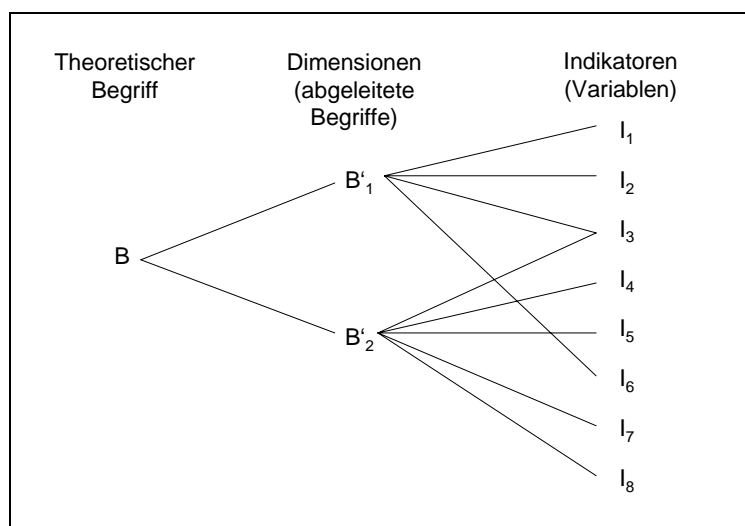


Abb. 3.2-3: Dimensionen und Merkmale/Items einer Zielgröße – Konzeptspezifikation

Jedes Assessmentinstrument beinhaltet eine derartige Merkmalzuordnung, auch wenn dieses oftmals nicht explizit als Konstrukt bezeichnet und dargestellt wird. Aber jedes Instrument legt indirekt fest, welche Kriterien/Merkmale zur Beschreibung des abstrakten Begriffs berücksichtigt werden müssen.

Auf Konstrukte zum abstrakten Begriff der *arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit*, die im Rahmen der Einschätzung der Erwerbsfähigkeit und Erwerbsminderung von Bedeutung ist, wird sich das Kapitel 4.4.2 widmen.

3.2.3.2 Bedeutung von Assessment im Kontext Erwerbsminderung

Einschätzung und Beurteilung der Erwerbsfähigkeit spielen nicht nur bei Anträgen auf Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung eine wichtige Rolle, vielmehr ist die Einschätzung und Beurteilung der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

grundsätzlich von zentraler Bedeutung, weil hierauf wichtige Entscheidungen über die Erbringung z.B. von Leistungen zur Teilhabe basieren.

Die Assessmentinstrumente, die im Rahmen eines derartigen Einschätzungs- und Entscheidungsprozesses eingesetzt werden, dienen dabei der Entscheidungsoptimierung und/oder Urteilsfindung. Werden standardisierte Instrumente eingesetzt, so führt dies zugleich zu einer gewissen Standardisierung der Einschätzungs- und Beurteilungsprozesse sowie deren Qualitätssicherung. Dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass zunehmend von Sozialleistungsträgern und Verbänden³³ der vermehrte Einsatz von Assessmentinstrumenten in der **Prozessgestaltung**, – d.h. sowohl bei Planung, Durchführung als auch Evaluation – gefordert wird. Für die Akteure, die einschätzen und beurteilen müssen, stellt sich die Frage, wie das Assessment ökonomisch und effektiv zu gestalten ist und welche Instrumente den Prozess unterstützen können.

3.2.3.3 Grund- und Leitsätze für die Akteure

Im Folgenden werden einige Grund- und Leitsätze für das Assessment definiert, die von Gutachtern, Therapeuten u.a. Akteuren in diagnostischen Prozessen zu berücksichtigen sind.

Entwicklung von Assessmentprozeduren vollzieht sich in 6 Schritten:

1. Konkretisierung der Fragestellung und Zielgrößen sowie Analyse und Bestimmung der Kriterien, die erfasst werden müssen,
2. Auswahl geeigneter Assessmentinstrumente zur Erfassung der Kriterien inklusive der Bestimmung wer, wann diese Instrumente anwendet sowie
3. Auswertung der einzelnen Test-/Untersuchungsergebnisse,
4. Datenintegration und Gesamtbeurteilung in Bezug zu der Fragestellung und einem vorher festgelegten Beurteilungsmaßstab (z.B. Altersnorm, Anforderungen des Arbeitsplatzes),
5. Ergebnisdokumentation und abschließend
6. Ergebnisevaluation.

Für den Untersucher und Gestalter einer Assessmentprozedur stellen sich folgende Leitfragen:

- Welche Zielgrößen/Kriterien müssen im Rahmen der Fragestellung beurteilt werden?
- Welche Instrumente und Methoden werden zur Erfassung dieser eingesetzt?
- Wer setzt diese Instrumente ein?
- Wann, wie oft etc. werden diese Instrumente eingesetzt?
- Wie werden die Ergebnisse ausgewertet und bei Anwendung verschiedener Instrumente integriert?
- Wie können diese dokumentiert werden?
- Wie können diese evaluiert werden?

³³ s. auch das o.g. Arbeitspapier der DVfR.

Problem- und Zielanalyse sind Basis für jede Assessmentprozedur

Der Gestaltung der Assessmentprozedur muss eine Problem- und Zielanalyse vorausgehen. In jedem diagnostischen Prozess geht es nicht nur um die Frage, wie etwas aussieht, sondern was geschehen soll – Orientierung auf ein Ziel, auf einen Zweck hin (Finalität von Assessmentprozeduren). Es gilt zu klären:

- Was steht im Mittelpunkt des Interesses; was soll analysiert werden; welche Kriterien (Faktoren) müssen dafür analysiert und bewertet werden?
- Wozu dient diese Beschreibung; welche Konsequenzen sollen daraus gezogen werden? Reichen grobe Informationen oder sind Details von entscheidender Bedeutung?

Im nächsten Schritt schließt sich die Auswahl der Instrumente an etc. (s.o.). Diese chronologische Reihenfolge ist zu beachten. Es sollte nicht derart vorgegangen werden, dass die Analyse sowie die Gestaltung der Assessmentprozeduren vorrangig vom Vorhandensein einzelner Instrumente abhängig gemacht werden!

Zweistufiger Aufbau der Assessmentprozedur – ganzheitlich und ökonomisch

Das Prinzip der *Ganzheitlichkeit* erfordert eine umfassende Analyse. Um zugleich dem Prinzip der Ökonomie zu entsprechen, empfiehlt es sich, Assessmentprozeduren in Prävention und Rehabilitation in der Regel mindestens zweistufig aufzubauen: In der ersten Stufe sollte ein Screening durchgeführt werden, bei dem möglichst alle relevanten Kriterien – wenn auch nur grob – analysiert werden. In der zweiten Stufe werden anschließend nur die Kriterien differenzierter erhoben, die nach den Ergebnissen der Screeningstufe relevant sind.

In Kapitel 4.2 wird ein Frühwarnsystem vorgestellt, bei dessen Gestaltung sich dieses Prinzip beispielhaft wiederfindet.

Einschätzung von Chancen und Risiken erfordert Prozessdiagnostik

Die Einschätzung von Chancen und Risiken für eine zukünftige Verlaufseinschätzung bedarf einer Verlaufsbeurteilung, d.h. einer Prozessdiagnostik. Die Prognose und die Vorhersage von Entwicklungstendenzen setzen sequentielle Diagnoseschritte voraus, über eine Momentaufnahme können keine Entwicklungstendenzen abgeleitet werden³⁴.

Auswahl der Instrumente – ziel- und ressourcenorientiert

Bei der Auswahl der Instrumente sollte weiterhin ziel- und ressourcenorientiert vorgegangen werden.

Zielorientiert meint in diesem Zusammenhang, dass zu prüfen ist, inwieweit ein Instrument die im ersten Schritt der Assessmentplanung festgelegten zu analysierenden Kriterien abbildet. Dabei gilt es auch zu prüfen, ob das dem Instrument zu Grunde liegende Konstrukt oder die zu Grunde liegende Theorie konform ist mit dem eigenen diagnostischen Ansatz.

Ressourcenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, dass nach der Festlegung der Kriterien, die analysiert werden sollen, die Auswahl der Instrumente vor dem Hintergrund der institutionellen und personellen Voraussetzungen erfolgen sollte. Dabei ist zu klären:

- Liegen bereits Anwendungserfahrungen mit bestimmten Instrumenten vor?

³⁴ Nellessen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

- Welche personellen Qualifikationen und Anwendungserfahrungen liegen vor und erlauben somit den Einsatz welcher Instrumente?

Assessment ist Interaktion und Kommunikation

Assessment und Diagnostik sind eine Form der Interaktion/Kommunikation. Diagnostik und Assessment vollziehen sich in einem sozialen Kontext zwischen Untersucher, Klient/Proband, in dem die diagnostische Frage die Interaktion determiniert (sozialer Aspekt).

Dieser Aspekt muss insbesondere bei der Gestaltung der Assessmentprozedur berücksichtigt werden.

Qualität des Assessments – Qualitätskriterien mehr als Gütekriterien

Wenn die Qualität von Assessmentinstrumenten oder Assessmentprozeduren bemessen werden soll, dann wird häufig, insbesondere von wissenschaftlicher Seite, die Erfüllung von Testgütekriterien vorangestellt. Die Testgütekriterien stellen zwar ein Qualitätskriterium für die Beurteilung des einzelnen Instruments dar, aber keineswegs ist damit automatisch oder ausschließlich die Qualität der Assessmentprozedur bestimmt.

Folgende Aspekte stellen wichtige Qualitätskriterien für das gesamte Assessment dar:

- Wie gut greift die Assessmentprozedur die für die Fragestellung relevanten Kriterien auf?
- Wie gut ist die Assessmentprozedur gestaltet (einschließlich Kommunikation und Interaktion)? Wie gut werden grundlegende Prinzipien, wie die der Individualität, Ganzheitlichkeit, Personen- und Dialogorientierung, Zielorientierung etc. erfüllt?
- Wie qualifiziert erfolgt die Anwendung einzelner Instrumente?
- Wie qualifiziert erfolgt die Datenintegration verschiedener Untersuchungsergebnisse?
- Wie ökonomisch ist die Prozedur?
- Wie gut ist sie auf die institutionellen und personbezogenen Voraussetzungen abgestimmt?

Weiterhin ist zu beachten, dass auch bei nicht nachgewiesener Testgüte der Einsatz eines Instrumentes durchaus sinnvoll ist. Ein wichtiger Leitsatz: **Der Einsatz von Assessmentinstrumenten ist ganz pragmatisch zu rechtfertigen**, wenn die Entscheidungen und Vorhersagen, die auf der Basis des Instruments getroffen werden, tauglicher sind als Entscheidungen und Vorhersagen, die ohne das Instrument möglich wären³⁵. Der Wert eines Tests ist wesentlich an seinem Beitrag zur Optimierung von Entscheidungsstrategien zu bemessen³⁶.

Qualitative Verfahren sind wichtige Informationsquellen

Die Wertigkeit qualitativer Verfahren wird oftmals unterschätzt. Gerade qualitative Verfahren, so z.B. die Interview- oder Beobachtungstechnik, haben den Vorteil, dass man sich dem Betreffenden annähert und zugleich den Beobachtenden wie den Interviewer und seinen Standpunkt hintenanstellt. Sie ermöglichen oftmals erst die **Dialogorientierung**, wie sie oben gefordert wurde.

³⁵ Nellessen, G. (2002). s.o.

³⁶ Bortz J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer Verlag.

Bei Bewegungstests ist herauszustellen, dass qualitative Bewegungskriterien wichtige Informationen über den Prozess der Leistungserbringung liefern, und dass für die Interpretation eines Testergebnisses derartige prozessorientierte Kriterien wichtig sind.

Individualisierung und Standardisierung – Kombination beider konkurrierender Prinzipien

Die Prinzipien der Standardisierung und Individualisierung konkurrieren. Wird auf der einen Seite die Standardisierung einer Assessmentprozeduren gefordert, so z.B. durch Vorgabe von Belastungsschritten beim Stufentest oder des Bewegungstempos, so widerspricht dies einer an die Belastbarkeit des Individuums angepassten Belastungsform bzw. Belastungssteigerung. Gerade bei Menschen mit Behinderungen ist es oftmals notwendig, von der standardisiertem Testprotokoll abzuweichen und eine der Funktionsfähigkeit gerechte Modifikation des Tests vorzunehmen.

Erfolgt die Testdurchführung abweichend von den vorgegebenen Standards, um dem Prinzip der Individualisierung zu genügen, sollte der Untersucher dies entsprechend dokumentieren.

Individualisierung - individuum-orientierte Datenintegration

Das Prinzip der *Individualisierung* ist ebenso bei der Datenintegration zu berücksichtigen. Im komplexen Prozess der Datenintegration sind qualitative und quantitative Daten der Selbst- und Fremdbeobachtung zueinander in Beziehung zu setzen und in einem Gesamturteil zu integrieren. Die statistische Urteilsfindung, charakterisiert durch definierte Beurteilungsalgorithmen, erhöhen zwar die Standardisierung der Urteilsbildung, aber nicht notwendigerweise deren Qualität. Intra- und interindividuelle Schwankungen bleiben bei der ausschließlichen Anwendung von Regelsätzen unberücksichtigt. Die individuum-orientierte Urteilsfindung stellt die systematische Verbindung von Regelorientierung und Ganzheitsorientierung dar, sie erfordert daher einen geschulten Untersucher³⁷.

³⁷ Nellessen, G. (2002). s.o.

3.2.4 Vernetzung

Das Thema Vernetzung, das Denken in Netzen, hat Konjunktur. Von einer Vernetzung der Angebote im Gesundheitswesen versprechen sich die Akteure, insbesondere die verantwortlichen „Steuerer“, nicht nur eine Transparenz des Marktes von Angebot und Nachfrage, sondern auch eine Reduktion der Kosten durch Abstimmung der Angebote, eine effiziente Koppelung, eine Vermeidung von Doppelangeboten, aber auch eine stärkere Orientierung an der Nachfrage. Ein besonderer Aspekt von Netzwerken ist, dass sie im Unterschied zu „vereinzelt organisierten Organisationen“ eher in der Lage sind, die Teilhabechancen von behinderten Menschen zu verbessern, da der Zugang zu Netzwerken in der Regel mit weniger institutionellen Hürden verbunden ist. Netzwerke können somit wesentlich dazu beitragen, die gesellschaftliche Exklusion behinderter Menschen zu verhindern.

Im Eckpunktepapier³⁸ (2002) wird in einer ausführlichen Stellungnahme die integrierte Versorgung im Gesundheitswesen befürwortet. Diese Stellungnahme gibt Ansichten und Gefahren wider, die die Behindertenverbände sehen, wenn sich die sektorale Abgrenzung der einzelnen Strukturen im Gesundheitswesen weiter fortsetzt. Eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen dabei die für die einzelnen Sektoren unterschiedlich gefassten Diagnosen und Klassifikationssysteme, die dann mit völlig unterschiedlichen Vergütungssystemen gekoppelt sind und damit das Sektorendenken und -handeln zementieren.

Die Zielsetzung „integrierte Versorgungsstrukturen“ ist die Überwindung der strikten Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Die Versorgungsstrukturen müssen so flexibel organisiert werden, dass sie sich den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten anpassen lassen. Außerdem müssen die Leistungserbringer die besonderen Bedürfnisse von chronisch kranken und behinderten Menschen berücksichtigen.

Eine Grundlage der vernetzten Versorgung wäre u.a. die juristisch-verwaltungstechnische Vereinheitlichung der Begriffe Gesundheit, Krankheit und Behinderung auch in den verschiedenen SGB-Ausführungen. In diesem Zusammenhang ist die Verbindlichkeit der ICF entscheidend. Vernetzte Versorgung liegt vor, wenn mehrere Leistungserbringer Hilfe leisten und die Leistungserbringung koordinieren, so dass Absprachen über den Einsatz von Fachkräften und der Austausch von Daten und Informationen unter Nutzung von IT-Systemen erfolgt.

Die Forderung ist hier eindeutig: Ambulante und stationäre Strukturen müssen im Bereich der Kuration, Rehabilitation und Nachsorge unbedingt aufgebrochen werden. Dies wird sowohl als Prinzip formuliert als auch im Sinne der Einzelfallbetrachtung klargestellt. Ein chronisch Kranker mit sehr wechselndem Krankheitsverlauf kann beispielsweise als behindert, in positiven Phasen außerhalb akuter Erkrankungsschübe gleichsam als nicht krank und nicht behindert gelten und in fortgeschrittenem Stadium als Behinderter dennoch nicht frei sein von chronischen Erkrankungsschüben. Für Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Eingliederung bzw. Wiedereingliederung der Betroffenen werden häufig alle Sektoren berührt. Zumindest für ihn ist die Durchlässigkeit der Sektoren und die Kooperation und Kommunikation der Akteure zwingende Voraussetzung für einen günstigen Heilungsverlauf sowie der Verhütung von Verschlimmerung und der Integration.

Vernetzung und Gesundheitsmanagement im Unternehmen

Badura (2000)³⁹ hat Hinweise und Beispiele gegeben, wie Unternehmen betriebliche Gesundheitspolitik mit Hilfe der im Unternehmen agierenden Akteure zu einem

³⁸ Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2002): *Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch Kranker und behinderter Menschen*. Berlin.

³⁹ In: Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung Hrsg. (2000): *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement*. Gütersloh.

Gesundheitsmanagement verbinden. In Fortsetzung davon hat die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ (2002) diese Ideen weiterentwickelt und in das Gesundheitsmanagement auch die Aspekte von leistungsgewandelten, schwerbehinderten, älteren Arbeitnehmern aufgenommen. Das entwickelte Vernetzungsdiagramm genauso wie die Ausführungen aus den gesetzlichen Krankenkassen zur Gesundheitsförderung spiegeln wieder, dass dieses Management die betrieblichen Akteure nachhaltig in einem Integrationsteam vernetzen muss, welches von Unternehmen getragen sowie für Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen vollkommen transparent arbeiten muss.

Während die Unternehmensbeispiele, die Badura aufführt, eindeutig den Charakter präventiver Gesundheitspolitik beinhalten, gibt es eine ganze Reihe konkreter Erfahrungen von Unternehmen beispielsweise aus der Automobilindustrie, die zwar immer noch einen starken präventiven Schwerpunkt haben, wie es auch betriebliche Aufgabe ist, aber zugleich deutliche rehabilitative Elemente und Ansätze zeigen. Allerdings ist ihnen noch nicht gelungen, einen gemeinsamen konzeptionellen und philosophischen Background zu entwickeln oder auch das durchzustrukturieren, was in den letzten zehn Jahren auf internationaler Ebene Disability Management genannt wird.

Rechtliche Vorgaben für Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung wie auch für den Arbeitsschutz auf der Basis des Staates und der gesetzlichen Unfallversicherung finden sich genug. Es fragt sich, inwieweit die hier besonders angesprochenen gesetzlichen Krankenkassen und Unfallversicherungsträger daraus ein vernetztes Prinzip entwickeln können, das auch jenseits von Modellprojekten Bestand hat.

Weiter gehen die rechtlichen Vorgaben des SGB IX, welche zwar auch die Rehabilitation und Prävention anscheinend zunächst getrennt behandelt, aber unmissverständlich den Aspekt der Teilhabe in den Vordergrund stellt und der Teilhabe am Arbeitsleben eine besondere Rolle zuweist. Da nun aber, wie schon der Ausdruck besagt, den gesetzlichen Trägern von Leistungen, sei es nun in Prävention und Arbeitsschutz einerseits und/oder in der Rehabilitation andererseits, eine tragende Rolle zukommt, hat der Gesetzgeber darauf verzichtet, hier selbst Regelungen und Strukturen für ein umfassendes Gesundheitsmanagement festzulegen. Diese Rolle weist er vielmehr über §§ 12 und 13 SGB IX den Trägern zu. Ganz klar gibt er dabei den Trägern auf, Rahmenempfehlungen auszuarbeiten, die den Elementen des Managements und der Vernetzung folgen oder anders ausgedrückt, die Voraussetzung für sektorenübergreifende Kooperation, Kommunikation und Koordination zu schaffen.

Vernetzung Hausärzte/Betriebsärzte

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation und gesetzliche Unfallversicherungsträger haben im August 2002 einen Anlauf unternommen, um zu untersuchen inwieweit beispielsweise betriebsärztliches und hausärztliches System zu vernetzen ist. Bei erkennbarer Kooperationsbereitschaft und dem Prozess des Aufeinanderzugehens wurde doch klar, dass hier eine ganze Reihe von vorgefassten Meinungen, aber auch Regelungen, die diese zementieren, existieren und die dabei gleichzeitig verändert und aufgebrochen werden müssen.

Daher hat das zuständige Ministerium (BMGS) auch einen entsprechenden Auftrag gegeben, die Momente der Vernetzung unter dem Aspekt zu untersuchen, wie Früherkennung und rechtzeitige Zuführung zu entsprechenden Maßnahmen der einzelnen Akteure innerhalb und außerhalb des Betriebes und den Betroffenen selbst gesehen wird und daraus Vorschläge abzuleiten.

Vernetzung innerhalb des Unternehmens

Die Initiative der Ford-Werke AG im Rahmen des FILM-Projektes (s. Materialsammlung - I) kann als Beispiel für den Prozess einer unternehmensinternen Vernetzung im Rahmen eines

Disability Management-Prozesses dienen. Auf der Basis des Profilvergleichsystems IMBA als zentrales Dokumentations- und Assessmentsystem wurde die Koordinierung für ein effektives Disability Management-System möglich.

Der Projektverlauf führte sowohl zu einer erheblichen Vernetzung innerbetrieblicher Organisationseinheiten als auch zu einer verstärkten Kooperation mit externen Stellen (z.B. Integrationsamt). Das betriebsinterne Integrationsteam und die Leitfigur des Disability Managers waren hier federführend. Neu war in diesem Projekt vor Allem die teamorientierte Vernetzung aller externen und betriebsinternen Stellglieder von Prävention und Rehabilitation. Der Betrieb wechselt dabei seine Rolle vom passiven Kettenglied zum betreibenden Akteur.

Die externen Träger und Leistungsanbieter sind dabei, partnerschaftliche Strukturen mit dem Unternehmen zu entwickeln. Hierzu gehört das Angebot der Kooperation mit Reha-Kliniken, mit der ambulanten Rehabilitation, aber auch mit der sportlich geprägten präventiven Szene. Gesundheitsförderungsprogramme werden dabei genauso integriert werden wie die Prä-Ford-Studie mit ihren Ergebnissen zu Herz-Kreislauf-Problematik im Unternehmen. Zurzeit wird die Gründung des externen Runden Tisches „Kooperation für Prävention und Rehabilitation“ vorbereitet.

Unsere Erfahrungen decken sich grundsätzlich mit den Ergebnissen aus dem Bericht der Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik (Bertelsmann und Hans-Böckler-Stiftung). In Anlehnung daran lässt sich die Vernetzungsstruktur für Großunternehmen (s. Abb. 3.2-4) darstellen.

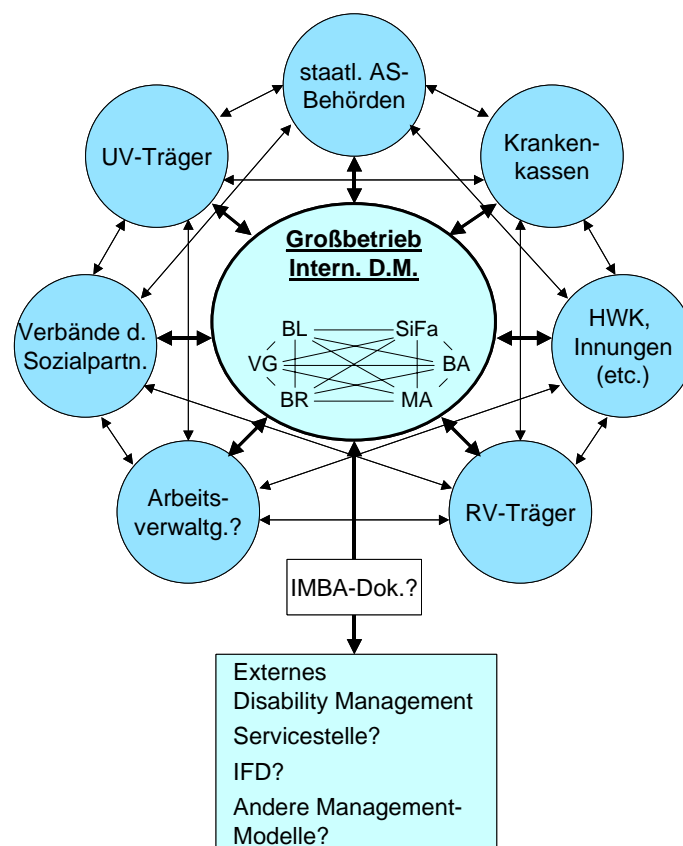


Abb. 3.2-4: Aspekte eines Betrieblichen Präventions- und Rehabilitationsmanagements im Großbetrieb
In Anlehnung an Badura 2002

Hier wird deutlich, dass sich in einem großen Unternehmen mit vorhandenen Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung, der Schwerbehindertenvertretung etc. ein innerbetriebliches Disability Management

professioneller Art aufbauen lässt. Dabei sind die Mitarbeiter eines solchen Teams fachorientierte Profis für ihren Bereich, der Leiter jedoch muss alle Aspekte des Managements beherrschen und eine dementsprechende Qualifikation besitzen. Sie bilden den ersten Aktionszirkel im Netz

Ein solches Team muss mit sämtlichen Abteilungen des Unternehmens vernetzt sein und auf der Basis von adäquaten Prozessbeschreibungen und Dokumentationen arbeiten. Hierzu gehören Instrumente, Verfahren und Methoden, die einerseits die Fähigkeiten und Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten, das soziale Umfeld usw. der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen hinreichend kennen und dokumentieren können, soweit es für solche Zwecke erforderlich ist. Auf der anderen Seite muss ein solches Team eine Datenbank von Arbeitsplatzanforderungen erstellen und pflegen. Damit werden Profilvergleichssysteme Kernelemente von Prävention und Rehabilitation in Unternehmen. Sie (bzw. ihre Datenbasis) ist gleichzeitig gemeinsame Basis für Kooperation, Kommunikation, Koordination mit externen Partnern und Strukturen.

Ein Prävention und Rehabilitation integrierendes Betriebliches Gesundheitsmanagement scheint nach wie vor nur großen Unternehmen vorbehalten zu sein. Es wird u.a. Aufgabe des neu gegründeten Präventionsforums (2002) sein, mögliche präventive neue Gesetzgebung dahingehend zu beeinflussen, dass eine Vernetzung mit rehabilitativen Strukturen möglich wird. Auf der anderen Seite müssen die Träger der gesetzlichen Vorgabe nach SGB IX nachkommen, Rahmenempfehlungen so zu gestalten, dass ein reibungsloses Zusammenspiel zwischen Unternehmen und externen Strukturen möglich ist.

Vernetzung von Unternehmen

Eine völlig andere Initiative stellt die RE-INTEGRA und das Unternehmensforum in Rheinland-Pfalz dar. Neben dem integrativen Aspekt sind hier die Schwerpunkte: Produktgestaltung für Behinderte, Werbung mit Behinderten und durch Behinderte, Schwerbehinderte als Kunden von Unternehmen.

Vernetzung auf internationaler Ebene

Umfangreiche Projekte, die das *National Institut of Disability Management and Research* (NIDMAR) initiiert hat, haben zu dem konsensbasierten Disability Management geführt. Dazu gehören:

- Ein Ausbildungskonzept für einen professionellen Disability Manager (die erste Prüfung hierfür legte der Leiter des Integrationsteams des Unternehmens Ford ab)
- Ein Implementierungskonzept für Disability Management Programme nach dem *Code of Practice on Managing Disability in the Workplace* der ILO (s. Kap. 4.1.2.1.1)
- Die Zertifizierung der Manager
- Die Auditierung der Unternehmen

Der im Jahre 2002 von NIDMAR veranstaltete Disability-Management-Kongress ist Ausdruck der bereits fortgeschrittenen Vernetzung der Akteure auf internationaler Ebene.

3.2.5 Qualitätssicherung

Mit dem Begriff Qualitätssicherung (QS) werden im Allgemeinen alle geplanten organisatorischen, technischen, normativen und motivierenden Maßnahmen zusammengefasst, die dazu dienen, dass eine Dienstleistung bzw. ein Produkt die definierten Anforderungen erfüllt. Man spricht von Qualitätsmanagement (QM), wenn innerhalb einer Organisation bzw. eines Unternehmens alle Maßnahmen der Qualitätssicherung in ein explizit definiertes Managementsystem eingebunden werden.

Im Bereich der Rehabilitation hat sich die Differenzierung durchgesetzt, zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement zu unterscheiden. Unter externer Qualitätssicherung werden alle Qualitätsvorgaben und Maßnahmen verstanden, die der Leistungsträger dem Leistungserbringer vorschreibt. Davon abgegrenzt wird das, primär von der Unternehmensleitung des Leistungserbringers definierte interne Qualitätsmanagement.

Maßnahmen der externen QS dienen in der Regel u.a. dazu, Einrichtungen in Bezug auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität miteinander zu vergleichen. Demgegenüber konzentriert sich QM primär auf alle internen Geschäftsprozesse, die maßgeblich zur Qualität der Produkte und Dienstleistungen beitragen. Wobei eine deutliche Tendenz zu beobachten ist, dass QM-Programme in einem fortgeschrittenen Entwicklungsstadium den Qualitätsvergleich mit strukturgleichen Unternehmen ebenfalls intendieren (Stichwort Benchmarking).

§ 20 SGB IX fasst unter dem QM-Begriff alle Verfahren und Maßnahmen von Seiten der Leistungserbringer zusammen, die dem Ziel dienen, die Qualität der Versorgung zu gewährleisten und kontinuierlich zu verbessern. Grundlage des internen QM sollen vergleichende Qualitätsanalysen sein. Der § 20 SGB IX verpflichtet die Reha-Träger außerdem dazu, eine Empfehlung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen zu vereinbaren. Eine entsprechende Empfehlung hat die BAR im März 2003 vorgelegt.

Die Begründung des Gesetzgebers zu § 20 SGB IX betont unterschiedliche Zielsetzungen einer trägerübergreifenden Abstimmung. Die QS soll das Fundament für die gemeinsame Bedarfsplanung, die Koordination der Leistungen und die Kooperation der Leistungsträger bilden. Hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang insbesondere das trägerübergreifende Rehabilitationsmanagement.

In der Kommentierung von § 20 weist Fuchs⁴⁰ darauf hin, dass die Leistungserbringer mit § 20 nicht die Pflicht zur direkten Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen haben, sondern sie lediglich dazu verpflichtet sind, durch Sicherstellung eines QM mittelbar dafür zu sorgen, dass die Qualität gewährleistet und verbessert wird. Das § 20 die vergleichenden Qualitätsanalysen als Grundlage für das interne QM vorsieht ist insoweit bemerkenswert, da außerhalb der Qualitätsdiskussion in der Rehabilitation das interne QM die Grundlage für eine vergleichende Qualitätsanalyse liefert.

Eine große Rolle bei der inhaltlichen Bestimmung von Qualität spielt im QM der Nutzen, den ein Produkt bzw. eine Dienstleistung für einen Kunden bringt. Maßnahmen der Qualitätssicherung überprüfen somit auch, ob das Produkt bzw. die Dienstleistung den erwarteten Kundennutzen stiftet und ob der Kunde mit diesem Nutzen zufrieden ist. In Bezug auf Rehabilitationsdienstleistungen kommen u.a. folgende Kundengruppen in Betracht: die Reha-Träger, die Rehabilitanden, die Unternehmer, die Gesellschaft insgesamt.

Qualität lässt sich jedoch nicht nur ausschließlich über den Grad der Nützlichkeit definieren. Die Definition dessen, was die Qualität einer Dienstleistung in der beruflichen Rehabilitation ausmacht kann auch unter folgenden Gesichtspunkten betrachtet werden:

⁴⁰ In: Bühr, D., Fuchs, H., Krauskopf, D., Lewering, E. (Hg.) (2003): *Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen-Kommentar*. München: Verlag C.H. Beck.

- Qualität als Ausnahme beschreibt das Übertreffen von Standards.
- Qualität als Perfektion beschreibt den Zustand der Fehlerlosigkeit.
- Qualität als adäquater Gegenwert orientiert sich an der Kosten-Nutzen-Relation bzw. am Preis-Leistungs-Verhältnis.
- Qualität lässt sich auch als Transformation beschreiben, z.B. die Weiterentwicklung des Lernenden durch einen Lernprozess.

Die Gemeinsame Empfehlung der BAR zur Qualitätssicherung nennt verschiedene Qualitätsmerkmale für Teilhabeleistungen. Demnach ist entscheidend, dass sich die Leistungen ausreichend und bedarfsgerecht an der Lebensqualität der betroffenen Menschen orientieren, fachlich qualifiziert und wirtschaftlich sind sowie die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern.

Darüber hinaus werden in der Gemeinsamen Empfehlung „Grundsätze“ zur Qualitätssicherung postuliert:

- QS benötigt vergleichende Qualitätsanalysen.
- QS setzt adäquate Qualitätsmanagementstrukturen auf der Ebene der Einrichtungen voraus.
- QS soll für Transparenz in den Rehabilitationseinrichtungen sorgen und zwar in Bezug auf die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse.
- Integraler Bestandteil von QS ist die Bewertung der Dienstleitungen aus Sicht der Betroffenen.
- Die Leistungserbringer sind zur Teilnahme an QS-Maßnahmen im Rahmen gesetzlicher Regelungen verpflichtet.

Grundlegend für die QS und das QM ist auch in der Rehabilitation die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Als ebenso grundlegend für Qualitätssicherung können die in Kapitel 3 benannten Prinzipien angesehen werden.

Die Umsetzung von QS-Maßnahmen wird im Wesentlichen von vier Faktoren beeinflusst:

- 1) Es existieren gesetzliche Vorgaben, die zu einem bestimmten Zeitpunkt erfüllt werden müssen.
- 2) Die Reha-Träger drängen auf bestimmte QS-Maßnahmen und schreiben diese bei Vertragsverhandlungen verbindlich vor.
- 3) Die gesundheits- bzw. sozialpolitische Legitimation der Einrichtung bzw. des Trägers lässt sich über QS-Maßnahmen absichern.
- 4) Die Wettbewerbssituation erzwingt Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

4 Prävention und Rehabilitation

Die derzeitige politische Stärkung der **Prävention** als einer möglichen Strategie zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen wird in den Anstrengungen zur Etablierung eines eigenen Präventionsgesetzes sichtbar. Abgesehen von dieser nach wie vor schwierigen und über den gesamten Lebenszyklus kaum nachweisbaren und bis heute immer wieder kontrovers diskutierten ökonomischen Begründung sind Erfolge der Prävention auf der nichtmonetären Ebene unbestreitbar und als solche lohnenswerte Ziele. Hier seien insbesondere ihre (positiven) Auswirkungen auf die Lebensqualität mit ihren physischen, psychischen und sozialen Komponenten genannt.

Ob diese Ziele erreicht werden oder nicht, hängt bekanntlich nicht allein vom Verhalten der einzelnen Personen ab ("Verhaltensprävention"), sondern bedarf ebenso adäquater Rahmenbedingungen vielfältigster, ineinander greifender und mitunter sehr komplexer Art ("Verhältnisprävention"), die weit in die **Rehabilitation** hineinreichen.

Insofern ist es nur folgerichtig, dass mit dem SGB IX eine erneute Aufforderung zur Aufhebung der häufig noch strikt praktizierten Trennung von Prävention und Rehabilitation erfolgt und den Präventionsaspekten in den verschiedensten Abschnitten ein fester Platz zugewiesen wird. In den folgenden Kapiteln wird hierauf, mit dem Fokus auf die berufliche Rehabilitation, im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, im Hinblick auf die Vermeidung von Behinderung und ggf. ihrer optimalen Rehabilitation, eingegangen.

In Kapitel 4.1 werden die wesentlichen Elemente eines **Betrieblichen Gesundheitsmanagements** auf der Grundlage mehrjähriger Erfahrungen in einem Großbetrieb der Automobilindustrie herausgearbeitet. Darüber hinaus kann hier auf bestehende Programme anderer Großbetriebe sowie auf die Publikationen der Hans-Böckler-Stiftung (Badura et al.1999), der Bertelsmann Stiftung (2000) und des DNBGF - Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (gemeinsame Initiative des BKK-Bundesverbandes und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften) mit ihren schwerpunktmäßigen Schlussfolgerungen zur "Betrieblichen Gesundheitsförderung" zurückgegriffen werden. Neu hinzugekommen sind Ausführungen zum gerade aus Kanada nach Deutschland importierten "Disability Management" mit seinen Überlegungen zur Einführung eines Bonus-Malus-Systems als Anreiz zur Einführung eines standardisierten "Betrieblichen Eingliederungsmanagements".

Ein wichtiges, wenn nicht unverzichtbares Instrument des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt das **Frühwarnsystem** (s. Kap. 4.2) dar. Wenn es alle verfügbaren Informationen über Problemauffälligkeiten dokumentiert, sammelt, auswertet und entsprechend reagiert, kann es wesentlich zur Verhinderung von Erwerbsminderung beitragen.

Die **Beratung** gehört zu den ersten notwendigen Reaktionen auf Risikosignale aus dem Frühwarnsystem. Sie kann inner-, aber auch außerbetrieblichen auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden und reicht von der Arbeitsplatzgestaltung über eine mögliche zukünftige Steuerung durch die neu eingerichteten trägerübergreifenden Servicestellen bis hin zur Rentenberatung (s. Kap. 4.3).

Sind zur **Begutachtung** (s. Kap. 4.4), von der Arbeitsplatzbegehung aus ergonomischer aber auch psycho-sozialen Sicht bis zum sozialmedizinischen Gutachten, und den anschließend zu ziehenden Konsequenzen, differenziertere Hilfen notwendig, muss ein entsprechendes Assessment durchgeführt werden. Ausführlich wird zunächst auf die

Rahmenbedingungen und spezifischen Aspekte einer sozialmedizinischen Betrachtung von Behinderung und von Behinderung bedrohter Personen eingegangen.

Danach werden gegenwärtig verwandte oder in Erprobung befindliche **Assessmentinstrumente** (s. Kap. 4.5) vorgestellt. Während für den rehabilitationsmedizinischen Bereich hierzu bereits eine Fülle von Instrumenten vorliegen, existieren für die Entscheidungsfindung und Evaluation in der beruflichen Rehabilitation wesentlich weniger Verfahren. Zu deren Einsatz und Anwendung in den differenzierten Feldern der beruflichen Rehabilitation besteht also noch erheblicher Forschungsbedarf.

Dieser große Block der Prävention und Rehabilitation wird abgerundet durch eine Erhebung zum derzeitigen Stand der **Qualitätssicherung** im Rahmen des jeweiligen Qualitätsmanagements in den verschiedenen Institutionen der beruflichen Rehabilitation (s. Kap. 4.6).

4.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.1.1	Betriebliches Eingliederungsmanagement..... 73
4.1.1.1	Das SGB IX und behinderte Menschen im Betrieb 74
4.1.1.2	Betriebliche Voraussetzungen und Akteure 75
4.1.1.3	Die Ansätze des SGB IX..... 77
4.1.1.3.1	Das Betriebliche Eingliederungsmanagement für Beschäftigte bei längerer Arbeitsunfähigkeit, § 84 Abs. 2 SGB IX..... 77
4.1.1.3.2	Das Eingliederungsmanagement für schwerbehinderte Arbeitnehmer, §§ 80ff. SGB IX..... 78
4.1.1.3.3	Gesetzlich vorgesehene Akteure, ihre Aufgaben und Pflichten 79
4.1.1.3.3.1	Der Betroffene..... 79
4.1.1.3.3.2	Der Arbeitgeber..... 79
4.1.1.3.3.3	Die Interessenvertretung, § 93 SGB IX..... 82
4.1.1.3.3.4	Beauftragter des Arbeitgebers, § 98 SGB IX 82
4.1.1.3.3.5	Die Schwerbehindertenvertretung..... 83
4.1.1.3.3.6	Das Integrationsamt..... 84
4.1.1.3.3.7	Der Werksarzt 84
4.1.1.3.3.8	Die Sozialleistungsträger 84
4.1.1.3.4	Rechtliche Instrumente zur Vernetzung..... 85
4.1.1.3.4.1	Die allgemeine Kooperations- und Klärungspflicht 85
4.1.1.3.4.2	Integrationsvereinbarung und Betriebsvereinbarung 85
4.1.1.3.4.3	Die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der Information und Koope- ration aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 9 SGB IX..... 86
4.1.1.3.5	Fazit und Anforderungen an die Praxis..... 87
4.1.1.4	Handlungsanleitungen 87
4.1.1.4.1	Erkennen und Instrumente..... 87
4.1.1.4.2	Schaltstelle Integrationsteam 89
4.1.1.4.3	Vernetzung mit externen Partnern 90
4.1.1.4.4	Maßnahmeplanung- und durchführung..... 91
4.1.1.4.5	Dokumentation und Evaluation 94
4.1.1.5	Datenweitergabe und Datenschutz im Betrieb..... 96
4.1.1.6	Finanzielle Anreize für Unternehmen..... 97
4.1.2	Disability Management..... 99
4.1.2.1	Internationale Ansätze des Disability Management 100
4.1.2.1.1	ILO: Code of practice on managing disability in the workplace..... 100
4.1.2.1.2	NIDMAR in Kanada: Die Weiterentwicklung des „Code of practice“ 100
4.1.2.1.3	Auditierung und Zertifizierung von Unternehmen nach CBDMA™ 102
4.1.2.1.4	Beispiele für erfolgreiches Disability Management in Kanada 104
4.1.2.2	Disability Management in Deutschland 105
4.1.2.2.1	Die Ausbildung..... 109
4.1.2.2.2	Die Zertifizierung von Unternehmen durch den HVBG und das Audit durch IQPR 110
4.1.2.2.3	Die Umsetzung im Großunternehmen 111
4.1.2.2.4	Die Umsetzung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) 113

Wirtschaftliche Erfolge gehen häufig zu Lasten der Gesundheit und des Wohlbefindens der Erwerbstätigen. Die Intensität der Verwertung des Humankapitals steigt in den meisten Branchen und Tätigkeitsfeldern weiter an. Aktuell ist eine Zunahme der psychischen Belastung durch neue Technologien, verstärkte Arbeitsteiligkeit, mangelnde Unterstützung am Arbeitsplatz, Rationalisierung und Flexibilisierung betrieblicher Prozesse sowie massiven Zeitdruck zu registrieren.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung wächst die Bedeutung der Förderung von Gesundheit und der Verlängerung der Lebensarbeitszeit. Zukünftig werden weniger junge Arbeitnehmer zur Verfügung stehen. Auch der Stellenwert von Qualifikation und Erfahrung der Arbeitnehmer für die Unternehmen wächst. Die Belegschaften altern bei gleichzeitig zunehmend intensiver Nutzung der Arbeitskraft. Unternehmen werden dadurch gezwungen sein, die Gesundheit älterer Arbeitnehmer als bedeutende Ressource für ihre Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität zu schützen und zu erhalten und arbeitsbedingten Erkrankungen präventiv entgegen zu treten.

Ein weiterer Gesichtspunkt ist das veränderte Konsumentenverhalten. Neben die klassischen Erfolgskriterien für das Marketing von Produkten und Dienstleistungen tritt in wachsendem Maße das Image der „sozial-politischen Korrektheit“, der ethisch-moralischen Verantwortlichkeit von Unternehmen. „Diversity“, Verantwortung für behinderte Kunden und Mitarbeiter, Umweltschutz etc. Derartige Aspekte werden zusätzlichen Kriterien für Marktakzeptanz sein (nachhaltige Corporate Governance).

Vor Allem aber ist die Belastung des öffentlichen Gesundheits- und Sozialsystems durch den (vorwiegend privatwirtschaftlichen) „Verbrauch“ von Arbeitnehmer/innen fiskalisch nicht mehr tragbar. Die politischen und rechtlichen Vorgaben tendieren deshalb u.a. zur (Rück-)Übertragung der Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter/innen auf die Unternehmen – sowohl durch negative (Verpflichtungen) wie durch positive (Anreize, Förderung) Sanktionierung i.S. eines Bonus-Malus-Systems.

Obwohl diese Entwicklungen keineswegs neu sind, wurde das Thema Gesundheit/Gesundheitsförderung in den Betrieben in Breite und Tiefe nicht besonders groß geschrieben und nur in wenigen Fällen konsequent verfolgt. Nicht nur deswegen lautet das Ziel von Gesundheitsmanagement: die Gesundheit der Belegschaft schützen, erhalten, fördern oder ggf. schnellstmöglich wieder herstellen. Das Übel muss dort bekämpft werden, wo es entsteht oder zumindest manifest wird: in den Betrieben. Aus der Unternehmensperspektive sind solche Konzepte nur dann akzeptabel, wenn sie sich betriebswirtschaftlich rechnen, z.B. durch nachhaltige Senkung von Fehlzeiten⁴¹.

Die Zielgrößen lauten also: Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Motivation, ausgewogene Work-Life-Balance, frühzeitige Eingliederung auf der individuellen Ebene sowie spannungsarme soziale Beziehungen, plausible und authentische hierarchische Strukturen sowie funktionierende Unterstützungssysteme auf der Organisationsebene.

Der Gesamtheit dieser Zielgrößen will sich das **Betriebliche Gesundheitsmanagement** widmen. „Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen⁴²“. Unter diesem Begriff lassen sich eine Vielzahl von Ansätzen und Begrifflichkeiten subsumieren, die auf Grund der Akteursvielfalt und auf Grund historischer Entwicklungen entstanden sind. Übergänge sind naturgemäß fließend, die Ansätze betonen unterschiedliche Schwerpunkte, haben aber stets das ganze Spektrum der Zielgrößen im Visier bzw. sollten dies haben (s. Abb. 4.1-1).

⁴¹ Kreis, J. & Bödeker, W. (2003): *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. In: BKK Bundesverband und HVBG (Hrsg.): IGA-Report 3.

⁴² Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999): *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung Bd. 17. Berlin: Edition Sigma.

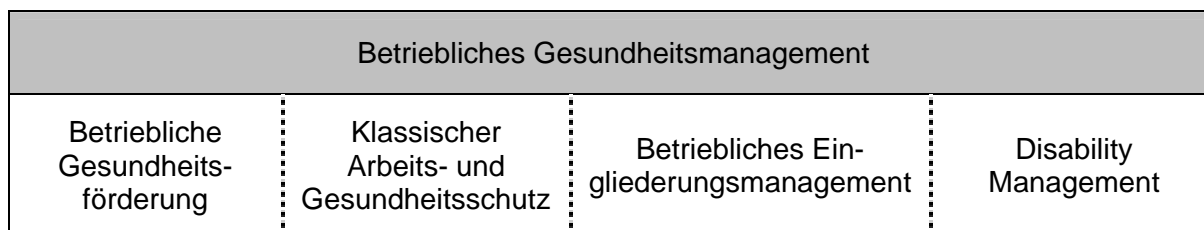


Abb. 4.1-1: Übersicht über die Ansätze und Managementsysteme

Spezielle Managementsysteme und Ansätze

Die **Betriebliche Gesundheitsförderung** umfasst alle Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheit unter Beschäftigten und zur Förderung ihrer Gesundheit und ihres Wohlbefindens, soweit solche Aufgaben nicht nach dem Arbeitsschutzgesetz dem Arbeitgeber zufallen. Die Maßnahmen werden in der Eigenverantwortung der Beschäftigten und ihrer Interessenvertretungen sowie in Verantwortung der Krankenkassen durchgeführt. Handlungsfelder sind die Verhaltensprävention, Gesundheitsschutz, Gesundheitszirkel, Mitarbeiterführung und Gesundheitsberichterstattung – Eingliederung ist kein Handlungsfeld.

Die Unfallversicherungsträger sorgen mit dem **Arbeits- und Gesundheitsschutz** für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe. Dabei gehen sie auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nach. Der Schwerpunkt liegt damit auf der Prävention.

Die gemeinsame Expertenkommission der Hans-Böckler-Stiftung und der Bertelsmann-Stiftung verbindet und ergänzt die beiden vorgenannten Ansätze zu einer „**aktiven Gesundheitspolitik**“. Sie betont die Selbstverantwortung der Unternehmen und setzt auf präventive sowie ganzheitliche Ansätze, die auf den gesamten Betrieb und seine Organisation abzielen. Zentrales Problemfeld ist nicht mehr allein die Schnittstelle Mensch-Maschine, sondern insbesondere die Schnittstelle Mensch-Mensch. Bereits bei ihrer Gründung hat sie insbesondere auf zwei Dimensionen hingewiesen: auf die Bedeutung der Unternehmenskultur und Führung einerseits sowie auf Mitbestimmung und Partizipation andererseits.

Der Gesetzgeber hat den Begriff „**Betriebliches Eingliederungsmanagement**“ eingeführt und im § 84 SGB IX verankert. Prävention und die frühzeitige – aber sichere – Eingliederung nach Verletzung oder Erkrankung wird als betriebliche Aufgabe definiert. Zielgruppe sind die leistungsgewandelten, die erkrankten, die verletzten sowie die (schwer-)behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Nach der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter (DVfR) umfasst Betriebliches Eingliederungsmanagement risikogruppenbezogene, individuelle und vernetzte Maßnahmen der betrieblichen Prävention, Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements zur Minimierung arbeitsbezogener Gesundheitsrisiken und zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter bis hin zur (Re-)Integration von Mitarbeitern mit Behinderungen⁴³ (s. Kap. 4.1.1).

⁴³ Bericht über die Tagung der DVfR am 14.5.2004 in Berlin: Mitarbeiter krank - was nun? Betriebliches Eingliederungsmanagement - Herausforderung für Unternehmen. Mitteilung vom 09.06.2004. Zugriff am 10.06.2004 unter <http://www.dvfr.de>.

Als internationale Bewegung hat sich in den letzten Jahren der Begriff des „**Disability Management**“ etabliert. Dabei geht es darum, Menschen mit Behinderungen (nicht nur Schwerbehinderte!) gesund und arbeitsfähig zu halten, damit der Arbeitsplatz nicht verloren geht. Nach Definition der International Labour Organization (ILO) ist DM „... ein Prozess am Arbeitsplatz, der darauf abzielt, die Beschäftigung von Behinderten durch koordiniertes Bemühen zu erleichtern unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfssituation, der Arbeitsumwelt, der Unternehmensanforderungen und der rechtlichen Verpflichtungen⁴⁴“. Nach dieser Definition beschränkt sich die Zielgruppe ausschließlich auf die Behinderten. Jedoch haben internationale Weiterentwicklungen und insbesondere die Erfahrung aus der praktischen Umsetzung dazu geführt, den „Umgang mit Behinderung“ um alle Aktivitäten zur „Vermeidung von Behinderung“ zu ergänzen. In das Disability Management, wie es heute in den standardisierten kanadischen Programmen vorliegt, ist deshalb die Prävention und die Früherkennung/Frühintervention mit einbezogen (s. Kap. 4.1.2).

Gemeinsamkeiten der genannten Managementsysteme und Ansätze

Folgende Gemeinsamkeiten lassen sich bei den skizzierten Managementsystemen und Ansätzen identifizieren:

- Nachhaltige und systematische Einbettung in die Betriebsroutine
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess durch Ist-Analyse, Zielsetzung, Maßnahmedurchführung (Intervention), Wirksamkeitskontrolle (Evaluation)
- Ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis nach dem ICF-Modell
- Frühzeitige und ganzheitliche Interventionen auf der Ebene des Individuums, der Arbeitsbedingungen, der Organisation einschließlich der Sozialbeziehungen sowie der Lebensumwelt
- Integration in strategisches Management (Qualitätsmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz etc.)
- Commitment der Leitung und Arbeitnehmervertretung
- Partizipation der Belegschaft
- Vernetzung der innerbetrieblichen Akteure untereinander sowie mit den überbetrieblichen Akteuren

⁴⁴ International Labour Organization (2001): *Leitfaden zum Management von Behinderung am Arbeitsplatz* (Code of practice on managing disability in the workplace) – Arbeitsübersetzung aus der englischen in die deutsche Sprache. S. 3. Zugriff am 09.01.2004 unter <http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/download/code.pdf>.

4.1.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Für ein wirksames Eingliederungsmanagement ist ein Um- bzw. Neudenken in vielen Bereichen notwendig. Wichtigste Voraussetzung eines funktionierenden Eingliederungsmanagements ist zunächst das Bewusstsein, dass Zeiten der Arbeitsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen (Arbeitsunfähigkeit/medizinische Rehabilitation) keine Zeiten des Stillstands sind, sondern Zeiten, in denen intensive Intervention zur Sicherung des Arbeitsplatzes erforderlich ist. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit sind keine Zeiten der Trennung vom Betrieb und spielen sich nicht außerhalb des Betriebes ab, sondern sind Teil des betrieblichen Arbeits- und Kooperationsprozesses; sie verknüpfen das betriebliche Geschehen mit Angeboten sozialer Leistungssysteme.

Von dieser Sichtweise ist man allerdings noch weit entfernt. Dies liegt zum einen an der Unsicherheit der Akteure. Arbeitgeber sind nicht hinreichend informiert über Möglichkeiten und Erfolgsaussichten von Gestaltungsmöglichkeiten; Arbeitnehmer wissen nicht, welche Chancen es für die Veränderung ihrer Situation gibt. Daneben existiert aber auch Desinteresse, weil nach Ablauf von sechs Wochen der Arbeitgeber nicht mehr zur Entgeltzahlung verpflichtet ist und der Arbeitnehmer oft mit der Situation, nicht arbeiten zu müssen und Krankengeld zu erhalten, durchaus zufrieden ist.

Das neue Verständnis von **Arbeitsunfähigkeitszeit als Chance** und Anlass für betriebliche Eingliederungsstrategien ist nicht leicht zu etablieren. Es erfordert erhebliche Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen. Es muss Ansprechpartner geben, die das Vertrauen der Belegschaft genießen. Der Kontakt muss unbürokratisch möglich sein. Erfolge müssen sichtbar werden. Dazu braucht es ein qualifiziertes Management für Eingliederung und Gesundheitsförderung.

Zudem ist es wichtig, ein Bewusstsein dafür zu erzeugen, dass **Zeiten medizinischer Rehabilitation** dort, wo es nötig ist, auch für die Festigung der beruflichen Leistungsfähigkeit durch betriebliche Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben genutzt werden muss. Dieser Gedanke hat schon in § 11 SGB IX seinen Niederschlag gefunden. Diese Vorschrift wendet sich direkt zwar nur an Rehabilitationsträger. Gleichwohl ist ihr Regelungsgedanke verallgemeinerungsfähig, was auch den Praxiserfordernissen entspricht. Im Regelungsregime des SGB IX für betriebliche Eingliederung bildet zumindest der für Schwerbehinderte geltende § 84 Abs. 1 SGB IX mit seiner Forderung nach frühzeitiger, nicht wie in § 84 Abs. 2 SGB IX an feste Voraussetzungen gebundener, Intervention eine entsprechende Rechtsgrundlage.

Auch **Arbeitsverträge** sollten nicht, wie es leider allzu oft der Fall ist, als Hindernisse für Eingliederungsbemühungen gesehen werden, denn

- sie schließen gewandelte Arbeitsverträge für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit neben dem ursprünglichen Arbeitsvertrag nicht aus,
- sie schließen Ansprüche schwerbehinderter Menschen auf qualifiziertere Beschäftigung nicht aus und
- sie schließen einen Anspruch auf Vertragsanpassung nicht aus, wenn der Gesundheitszustand die Erfüllung des bisherigen Vertrages nicht mehr zulässt.

Dieses Verständnis des Arbeitsvertrags und die Bereitschaft zur flexiblen Anpassung ist Voraussetzung für Erfolge des Eingliederungsmanagements.

Zunächst werden hier die Vorgaben des SGB IX für das Eingliederungsmanagement erläutert.

Das nachfolgend beschriebene **Management-Konzept** wurde vor dem Hintergrund der praktischen Zusammenarbeit mit Unternehmen entwickelt. Es zentriert seine Plattform nicht nur innerhalb der Unternehmensgrenzen, sondern fördert und fordert die Vernetzung zu allen Partnern. Dem Konzept unterliegt das idealtypische Modell eines großen

Industrieunternehmens mit einer umfassenden, personellen und multiprofessionellen Infrastruktur.

Betriebliches Eingliederungsmanagement ist auch in kleineren und mittleren Unternehmen praktikierbar. Fehlende betriebliche Ressourcen müssen dort in der Regel durch überbetriebliche ersetzt sowie Organisationsabläufe und Teamgestaltungen entsprechend modifiziert werden. Dabei stellt sich insbesondere die Frage nach der institutionellen Anbindung und nach der Finanzierung der externen Dienstleister.

Für alle Unternehmen gilt, dass wirtschaftlicher Nutzen mit einem straff organisiertem Eingliederungsmanagement einhergeht.

4.1.1.1 Das SGB IX und behinderte Menschen im Betrieb

Der Betrieb ist der zentrale Ort, an dem Menschen ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten einsetzen. Der Betrieb ist der Ort, der diese Ressourcen fördert, aber auch verbraucht. Der Betrieb ist auch der Ort, der die besten Bedingungen für die Reaktionen auf gesundheitliche Veränderungen bietet. Die Umgebung ist vertraut, die Arbeitsabläufe sind bekannt, die Bindung an Vertrautes schafft Motivation. Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass der Prävention ein entscheidender Einfluss bei der Teilhabe am Arbeitsleben zukommt, will das SGB IX erreichen, dass das Fördern und die Erhaltung leistungsgerechter Beschäftigung im Bewusstsein der Akteure im Betrieb Vorrang erhält. Dazu schafft das SGB IX nicht nur eine größere Zahl von Hilfen und Verpflichtungen, es schafft vor Allem Grundlagen und Verfahren für den Dialog mit den Betroffenen und den Arbeitnehmervertretern und den verantwortlichen Stellen außerhalb des Betriebs.

Der Arbeitgeber ist nach § 84 SGB IX dazu verpflichtet, bei Auftreten von Schwierigkeiten behinderter Menschen im Arbeitsverhältnis ein Verfahren zur Bewältigung dieser Schwierigkeiten einzuleiten. Aufbauend auf einem Frühwarnsystem, in welchem zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt eine eventuelle Gefährdung erkannt wird, soll das Zusammenführen verschiedener Kompetenzen in einem hier so genannten Integrationsteam die Qualität der Prozesse verbessern und die Effektivität und Effizienz für alle Beteiligten erhöhen. Dabei ist dem Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen besonderer Stellenwert beizumessen, um sicherzustellen, dass Ängste abgebaut werden. Eine Schlüsselrolle bilden die Vorschriften zur Förderung der Früherkennung gesundheitlicher Gefahren/Probleme und der frühen Intervention, u.a. der seit dem 01.05.2004 neugefasste § 84 Abs. 2 SGB IX. Darüber hinaus besteht in den §§ 80ff. SGB IX ein ganzes Regelbündel zur Sicherung der Eingliederung schwerbehinderter Arbeitnehmer Diese Vorschriften bilden eine wichtige Basis für die Interaktion unter den verantwortlichen Akteuren im Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Der sozialrechtliche Begriff des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

Der Begriff „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ ist nunmehr gesetzlich etabliert und den Arbeitgebern ausdrücklich als Aufgabe übertragen (§§ 83 Abs. 2 a Nr. 5, 84 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Das Gesetz beschränkt sich dabei auf Interventionen bei längerer oder häufiger Arbeitsunfähigkeit und setzt dafür ein Gremium zusammen, das diese Aufgabe zu lösen hat. Das Team besteht zunächst aus dem Arbeitgeber, der Interessenvertretung oder der Schwerbehindertenvertretung und dem Betroffenen, evtl. auch dem Werks- oder Betriebsarzt. Wo Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, werden des Weiteren die Gemeinsame Servicestelle oder das Integrationsamt hinzugezogen. Der Gesetzgeber zeichnet damit aber nur ein Basismodell, und will die Arbeitgeber nur insoweit verpflichten.

Darüber hinaus bleibt es aber jedem Unternehmen unbenommen mit Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung alternative Modelle zu entwickeln.

Die Grundzüge des Eingliederungsmanagements sind in **§ 84 Abs. 2 SGB IX** wie folgt geregelt. Nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres besteht Handlungsbedarf. Gemeint sind nicht Kalenderjahre, sondern die letzten 12 Monate. Zum Handeln verpflichtet ist primär der Arbeitgeber. Er hat die Aufgabe, auf den Arbeitnehmer zuzugehen. Zudem hat er für die Einbindung aller Akteure zu sorgen, die für die Überwindung des Problems hilfreich sein können und ist verantwortlich für das Auffinden von Möglichkeiten zur Problemlösung.

4.1.1.2 Betriebliche Voraussetzungen und Akteure

Bevor Einzelheiten des gesetzlichen Modells erläutert werden, lohnt ein Blick auf die betrieblichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, vor deren Hintergrund sich das Eingliederungsmanagement vollzieht. Großbetriebe vereinen nahezu alle Kompetenzen, die für eine erfolgreiche Umsetzung von Betrieblichem Eingliederungsmanagement notwendig sind. Allerdings ist die Kommunikation zwischen parzellierten, abteilungsartig ressortierten Kompetenz- und Interessensbereichen problematisch. Wie in jeder Großorganisation zeigen diese Bereiche gegenseitige Abschottungstendenzen. Umso wichtiger ist die Einbindung der verschiedenen Akteure und Kompetenzen im Integrationsteam. Ist diese Voraussetzung gegeben und findet das Team ein gemeinsames Verständnis sowie eine gemeinsame Sprache quer zu den professionstypischen Eigenarten, so kann es effektiv die zentrale Steuerungsfunktion ausfüllen.

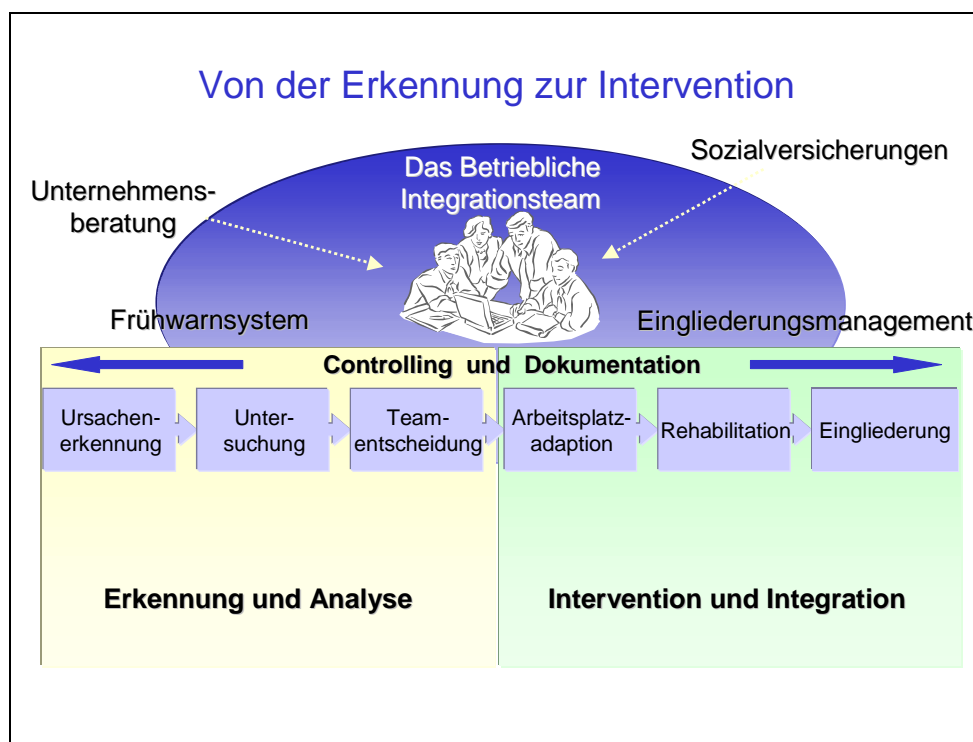


Abb. 4.1-2: Partner und Aufgaben des Betrieblichen Eingliederungsmanagements

In der Anlauf- bzw. Aufbauphase gilt es vor Allem, die Zielvereinbarungen zu treffen und die Frage nach den notwendigen Ressourcen zu klären. Die betrieblichen Akteure sollen für ihre

Aufgaben freigestellt werden, zumindest für den Zeitraum, in welchem ihre aktive Mitarbeit gefordert ist. Die räumlichen und sachlichen Ressourcen müssen zur Verfügung stehen.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement funktioniert nur auf der Basis von partnerschaftlicher Zusammenarbeit der Vielfalt betrieblicher **Akteure**. Im Einzelnen können die beteiligten Partner unternehmensspezifisch variieren. Generell sollten folgende Akteure beteiligt sein:

- Personalleitung
- Management
- Betriebliche Vorgesetzte/Abteilungsleiter
- Betriebsrat und Schwerbehindertenvertretung
- Betriebsärztlicher Dienst, Gesundheitsmanagement
- Vertreter der Bereiche Ergonomie, Arbeitsbewertung
- Betriebliche Sozialarbeit und/oder Psychologie, Suchtberatung/Prävention
- Sicherheitsingenieur, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Arbeitsschutzbeauftragter
- Je nach Bedarf Vertreter der Träger der Sozialleistungen (Krankenkasse, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft, Rentenversicherung, Integrationsamt, Integrationsfachdienst, evtl. weitere Verbände)
- Evtl. externer Partner mit entsprechender Fach- und Methodenkompetenz

Folgende Auflistung zeigt den Idealzustand der betrieblichen und überbetrieblichen Rahmenbedingungen:

- Das Unternehmen sieht Integration und fähigkeitsgerechten Arbeitseinsatz als Unternehmensaufgabe und stellt dafür auch ein adäquates Budget zur Verfügung.
- Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretung treffen gemeinsame Zielvereinbarungen.
- Mitarbeiter sind für Maßnahmen betrieblicher Integration freigestellt.
- Prozesse sind klar und verständlich beschrieben – ein Qualitätshandbuch für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement existiert bzw. ist in Erarbeitung.
- Mitarbeiter sind in verschiedenen Disziplinen qualifiziert und weisen Ihre Kompetenzen im Sinne einer Qualitätssicherung kontinuierlich nach.
- Das Unternehmen ist in der Lage, regelmäßig Assessments zur Feststellung der individuellen Leistungsfähigkeit durchzuführen.
- Über die Beschreibungen und Anforderungen der Stellen herrscht übergreifend Kenntnis – ein Anforderungskataster vereint arbeitsplatzbezogene Daten aus den Bereichen Arbeitsschutz, Sicherheitstechnik und Ergonomie.
- Arbeitsorganisatorische Prozesse wie tarifliche Arbeitszeiten, moderne Arbeitszeit- und Schichtmodelle (s. Materialsammlung - III) sowie spezielle Integrationsmodelle (z.B. Stufenweise Wiedereingliederung) sind bekannt und werden in die Integrationsüberlegungen einbezogen.
- Eine Dokumentationsplattform gewährt Mitarbeitern nach festgeschriebenen Zugriffsrechten die Einsicht in Strukturen und Prozesse und erlaubt die Implementierung neuer Gestaltungsweisen auf Grund neuer Erfahrungen oder Änderungen der ablauftechnischen oder firmen- bzw. behindertenpolitischen Rahmenbedingungen.

- Integrationsfortschritte werden in oben genannter Plattform ständig dokumentiert.
- Ein Monitoring-System zur Beurteilung der Mitarbeiterzufriedenheit und des Fortschritts betrieblicher Organisationsentwicklung begleitet die Prozesse.
- Gesetzliche und firmeneigene Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.
- Eine Integrationsvereinbarung beschreibt die Herausforderungen betrieblicher Integrationsarbeit, fixiert Zielvereinbarungen hinsichtlich präventiver und rehabilitativer Maßnahmen bzw. hinsichtlich der Vermeidung möglicher Schädigungen durch aktive und kontrollierte betriebliche Gesundheitspolitik.
- Ein Frühwarnsystem zur möglichst frühen Erkennung von potenziellen Gefahren und drohender Leistungsminderung ist implementiert.
- Netzwerke aus innerbetrieblichen Experten und externen Partnern aus den Bereichen Prävention und Rehabilitation sorgen für die Glättung der Schnittstellen und unterstützen die Transparenz, Wirksamkeit und Effizienz von individuellen Maßnahmen.
- Ein professionelles Integrationsteam mit einem hauptamtlichen und verantwortlichen Koordinator „lebt“ aktive Integrationsarbeit.

4.1.1.3 Die Ansätze des SGB IX

Wie bereits ausgeführt, enthält das SGB IX schon Ansätze für ein Eingliederungsmanagement, die im Folgenden näher erläutert werden.

Das Gesetz sieht in den §§ 80ff. SGB IX zwei einander ähnliche Interventionsmuster vor, die aber zum Teil unterschiedlichen Voraussetzungen unterliegen und in der Zwecksetzung leicht differieren.

- Das seit dem 01.05.2004 nunmehr explizit geregelte und für **alle**, nicht nur für (schwer-)behinderten, **Arbeitnehmer** geltende Betriebliche Eingliederungsmanagement **bei länger andauernder oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit**, § 84 Abs. 2 SGB IX.
- Das Regelungsregime der §§ 81ff. SGB IX, v.a. die frühzeitige Intervention bei Gefährdung des Arbeitsverhältnisses, § 84 Abs. 1 SGB IX; diese Regelungen gelten nur für **schwerbehinderte Arbeitnehmer**.

Zwar bezeichnet das Gesetz nur das Vorgehen nach § 84 Abs. 2 SGB IX explizit als Betriebliches Eingliederungsmanagement. Gleichwohl ist es angebracht, auch § 84 Abs. 1 SGB IX sowie die anderen in den § 81ff. SGB IX angelegten Handlungspflichten und Maßnahmen für Schwerbehinderte unter diesen Begriff zu fassen und zwar in einem über den Wortlaut hinaus verstandenen weiteren Sinne. Denn auch diese haben die Fortdauer eines Beschäftigungsverhältnisses im Blick und binden betriebliche Akteure ein.

4.1.1.3.1 Das Betriebliche Eingliederungsmanagement für Beschäftigte bei längerer Arbeitsunfähigkeit, § 84 Abs. 2 SGB IX

Voraussetzung dieses Eingliederungsmodells ist die Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers über einen Zeitraum von 6 Wochen, ununterbrochen oder wiederholt, innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Dass trotz der Stellung dieser Vorschrift im zweiten Teil des SGB IX, der eigentlich Sonderregeln für schwerbehinderte Menschen festlegt, nicht nur schwerbehinderte sondern auch andere Arbeitnehmer erfasst sind, ergibt sich zweifelsfrei

aus der Formulierung des Gesetzes, die von den sonstigen Vorschriften im zweiten Teil des SGB IX abweicht.

Trotz des groben Zusammenhangs mit dem schon bisher in den §§ 80ff. SGB IX vorgegebenen Rahmen eines präventiven Eingliederungsmanagements, der nur für Schwerbehinderte galt, stellt die Neuregelung somit eigentlich einen Fremdkörper im Schwerbehindertenrecht dar.

Da der Regelungsgegenstand des SGB IX nach seinem § 1 grundsätzlich auf Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen beschränkt ist, wäre denkbar, dass § 84 Abs. 2 SGB IX ebenfalls nur für diese Personengruppe gilt. Andere Arbeitnehmer (beispielsweise ein wegen einer zwar langwierigen, sich aber langfristig nicht auswirkenden Krankheit wie etwa dem Pfeifferschen Drüsenfieber Arbeitsunfähigen) würden dann nicht darunter fallen. Dies ist bisher noch nicht deutlich problematisiert worden. Der Ansatz mag indes systematisch noch begründbar sein, verliert jedoch durch den eindeutigen Wortlaut des § 84 Abs. 2 SGB IX und vor allem in der Praxis an Plausibilität, da eine Differenzierung, wer von Behinderung bedroht ist oder nicht, in Zweifelsfällen vom Arbeitgeber, der nur die Arbeitsunfähigkeitszeiten kennt, in der Regel gar nicht getroffen werden kann. Deshalb ist davon auszugehen, dass § 84 Abs. 2 SGB IX grundsätzlich für alle Beschäftigten gilt.

Nach § 84 Abs. 2 SGB IX sollen alle genannten Akteure (Arbeitgeber, Interessenvertretung nach § 93 SGB IX, bei Schwerbehinderten zusätzlich das Integrationsamt, falls erforderlich der Werks-/Betriebsarzt) auf Initiative des Arbeitgebers untereinander die Möglichkeiten klären, die bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie den Arbeitsplatz zu erhalten. Sollte im Rahmen der Möglichkeitsanalyse eine Leistung zur Teilhabe in Betracht kommen, so erweitert das Gesetz den Kreis der Akteure auf die örtlichen Gemeinsamen Servicestellen. Eine zentrale Rolle spielt die von allen Akteuren zu beachtende Zustimmung und Beteiligung der Betroffenen im gesamten Prozess.

4.1.1.3.2 Das Eingliederungsmanagement für schwerbehinderte Arbeitnehmer, §§ 80ff. SGB IX

Da in diesen Regelungen ein weiteres Feld umfasst wird, als bei den klar definierten Voraussetzungen des § 84 Abs. 2 SGB IX, sind die Voraussetzungen je nach Aspekt unterschiedlich. Zunächst gilt auch für Schwerbehinderte die Regel des § 84 Abs. 2 SGB IX (s. Kap. 4.1.1.3.1). Gemeinsame Voraussetzung der anderen Elemente der Eingliederung im weiteren Sinne ist die Schwerbehinderteneigenschaft eines (potenziellen) Arbeitnehmers. Zwar lässt beispielsweise der Wortlaut des § 84 Abs. 1 SGB IX eine Ausdehnung auch auf andere behinderte Arbeitnehmer zu, jedoch ist aus der im Vergleich zu Abs. 2 der Vorschrift anderen Formulierung, sowie der systematischen Stellung des § 84 Abs. 1 SGB IX – und der anderen in den folgenden Abschnitten erörterten Vorschriften - im zweiten Teil des SGB, der spezielle Regelungen für Schwerbehinderte trifft, zu schließen, dass nur Schwerbehinderte von diesen Vorschriften erfasst werden. Zudem war auch bisher unstrittig, dass diese Regelungen nur für Schwerbehinderte gelten. Durch die Einfügung des § 84 Abs. 2 SGB IX hat sich daran nichts geändert.

Dieser Bereich der Eingliederung, der sich nur auf Schwerbehinderte erstreckt, umfasst deutlich mehr konkrete Pflichten einzelner Akteure, insbesondere des Arbeitgebers, denen konkrete Ansprüche der Betroffenen gegenüberstehen.

4.1.1.3.3 Gesetzlich vorgesehene Akteure, ihre Aufgaben und Pflichten

Im Rahmen jedes Eingliederungsmanagements kommt der Reaktion auf Erkrankungen besondere Bedeutung zu, weil sie Signale für Probleme bei der und durch die Arbeit sein können oder auch Hinweise geben, dass die bisherige Beschäftigung nicht mehr geleistet werden kann und durch eine andere ersetzt werden müsste.

Es kommt noch allzu oft vor, dass nichts passiert, bevor der Krankengeldanspruch von 78 Wochen ausgeschöpft ist. Die Arbeitnehmer geben sich damit zufrieden, befürchten u.U. auf eine geringe Rente verwiesen zu werden (§ 51 Abs. 2 SGB VI i.V.m. § 116 Abs. 2 SGB VI) und die Arbeitgeber sind uninteressiert, weil sie kein Arbeitsentgelt zahlen müssen und eventuell ein Interesse haben, den behinderten Arbeitnehmer nicht weiter zu beschäftigen.

Es bedarf der Anstrengung aller Akteure, dass solche Fälle vermieden werden. Hilfreich wäre dazu, das Verfahren im Konzept eines Eingliederungsmanagements detailliert zu regeln und seine Bedeutung hervorzuheben.

Welche Beteiligten das Gesetz im Blick hat und welche Aufgaben es ihnen zuweist wird im Folgenden kurz dargestellt.

4.1.1.3.3.1 Der Betroffene

Wie der Betroffene beteiligt werden kann, hängt stark von den Bedingungen des Einzelfalls ab. Ziel muss es in jedem Fall sein, ihn zu allen Überlegungen und Schritten zu hören und dabei sicherzustellen, dass der Eingliederungsprozess nicht verzögert wird. Es ist eine wichtige Aufgabe der Integrationsvereinbarung, das **Selbstbestimmungsrecht** sicherzustellen, Überschaubarkeit zu schaffen und damit das Vertrauen in das Eingliederungsmanagement zu festigen.

Erster Schritt und unabdingbare Voraussetzung aller Eingliederungsbemühungen ist das Zugehen auf den Betroffenen. Ohne sein Einverständnis und ohne seine Mitwirkungsbereitschaft darf nichts geschehen und wird auch der Erfolg fraglich. Das Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen hat oberste Priorität.

Die Rolle des Betroffenen ist im Gesetz nicht an erster Stelle sondern eher beiläufig geregelt. Immerhin steht zu lesen, dass die betroffene Person zu beteiligen ist, die Beiziehung betrieblicher Vertretungsgremien nur mit seiner Zustimmung erfolgt und er oder sein gesetzlicher Vertreter zuvor auf die Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen ist. Die Rolle des Betroffenen könnte noch stärker betont werden. § 1 SGB IX ist ergänzend für das Verständnis heranzuziehen.

4.1.1.3.3.2 Der Arbeitgeber

Er ist Dreh- und Angelpunkt des gesamten Betrieblichen Eingliederungsmanagements. Daher treffen ihn auch eine Reihe von Pflichten und Obliegenheiten:

Zunächst hat er die Pflicht zur **Initiierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements** nach § 84 Abs. 2 SGB IX bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit. Der Gesetzgeber geht hier von einer Initiative des Arbeitgebers aus. Sie ist flankiert von dem Recht der Interessenvertretung, und u.U. der Schwerbehindertenvertretung, vom Arbeitgeber die Durchführung zu verlangen, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX. Da es sich hier um einen echten Anspruch handelt, könnte dies auch gerichtlich durchgesetzt werden.

Darüber hinaus trifft ihn bei schwerbehinderten Arbeitnehmern die Pflicht zur **Einschaltung der Interessenvertretung** (§ 93 SGB IX) **und des Integrationsamts**, z.B. nach § 84 Abs. 1 SGB IX bei sonstigen Konflikten, die das Arbeitsverhältnis gefährden. Ziel dieser Regelung ist ein präventiver Kündigungsschutz. Die Möglichkeiten der Integration sollen nicht erst im Verfahren um die Zustimmung des Integrationsamts zur Kündigung (§ 85 SGB IX) erörtert werden, sondern schon im Vorfeld, sobald sich die Gefährdung des Arbeitsplatzes andeutet. Leider wird diese Verpflichtung oft missachtet. Dies zeigt unter anderem folgende Anfrage, die uns erreicht hat:

„Als Schwerbehinderter habe ich eine Abmahnung mit Androhung der fristlosen Kündigung erhalten. Die Regelungen des § 84 SGB IX sind dabei vom Arbeitgeber völlig unbeachtet geblieben. Erst nach ausgesprochener Kündigung und meinem schriftlichen Drängen hat der Arbeitgeber versucht den Präventionsauftrag zu erfüllen. Hätte nicht schon vor der Kündigung die Prävention einsetzen müssen?“

Das System früher Intervention kann in Integrationsvereinbarungen oder freiwilligen Betriebsvereinbarungen präzisiert und weiterentwickelt werden. Es ist notwendiger Bestandteil jedes Eingliederungsmanagements und hat nunmehr in § 84 Abs. 2 SGB IX eine viele Problemfälle abdeckende Regelung erfahren.

Mit Blick auf den allgemeinen Kündigungsschutz bei krankheitsbedingter Kündigung trifft den Arbeitgeber zudem eine Obliegenheit zur **Umsetzung von Arbeitnehmern**, die aus gesundheitlichen Gründen ihre arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht mehr (voll) erfüllen können, auf einen anderen Arbeitsplatz.

Nochmals mit Blick auf den Kündigungsschutz muss der Arbeitgeber zudem die Obliegenheit zur Nutzung der **Stufenweisen Wiedereingliederung** (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX) bedenken.

Eine weitere Obliegenheit ist die **Nutzung von sonstigen Angeboten der Träger zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben**; gegenüber Schwerbehinderten ist dies eine Pflicht, § 81 Abs. 4 SGB IX (s. weiter unten in diesem Kapitel).

Im Rahmen von § 8 TzBfG und § 81 Abs. 4-5 SGB IX besteht eine Pflicht des Arbeitgebers zur **Schaffung eines Teilzeitarbeitsplatzes**. Auch diese lässt sich direkt aus dem Gesetz ableiten. Diese Pflicht ist zwar im SGB IX nicht ausdrücklich normiert, ergibt sich aber im Zusammenspiel der genannten Vorschriften. Im Rahmen des Eingliederungsmanagements ist sie insofern relevant, als bei vielen (schwer-)behinderten Arbeitnehmern oft nur noch eine Teilzeitbeschäftigung in Betracht kommt.

Bezüglich schwerbehinderter Arbeitnehmer besteht zudem eine **materielle Verpflichtung des Arbeitgebers zu zumutbaren Integrationsmaßnahmen für schwerbehinderte Arbeitnehmer**.

Für schwerbehinderte Arbeitnehmer ergeben sich die Verpflichtungen des Arbeitgebers insbesondere aus § 81 SGB IX. Sie bilden den Mindeststandard, den das Eingliederungsmanagement anstreben muss. § 81 SGB IX gilt für die Einstellung schwerbehinderter Menschen und ebenso – was häufig zu wenig hervorgehoben wird – für die Integration von schwerbehinderten Arbeitnehmern des Betriebes. Die Schwerpunkte sind aber unterschiedlich.

Wo es um die Einstellung geht, liegt das Schwergewicht des Arbeitgebers darauf, Diskriminierungen zu vermeiden (§ 81 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX). Hier ist zu beachten, dass durch den oben zitierten Art. 5 der Richtlinie 2000/78 EG klar geworden ist, dass eine Diskriminierung auch dann vorliegt, wenn zumutbare Möglichkeiten, die Zumutbarkeit der Beschäftigung herzustellen, nicht genutzt werden.

Der Arbeitgeber ist darüber hinaus verpflichtet, den schwerbehinderten Arbeitnehmer möglichst so zu beschäftigen, dass er sich weiter **qualifizieren** kann und ein Aufstieg möglich wird⁵⁴. § 81 Abs. 4 Nr. 2 und 4 SGB IX verpflichten zu diesem Zweck den Arbeitgeber, auch die berufliche Weiterentwicklung zu fördern.

Ein dritter Komplex betrifft die Verpflichtung des Arbeitgebers zu einer den Bedürfnissen des behinderten Menschen entsprechenden **Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und des Arbeitsumfeldes** § 81 Abs. 4 Nr. 4 und 5 SGB IX sowie § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB IX.

Es geht dabei zum einen darum, dem schwerbehinderten Arbeitnehmer möglichst weitgehende Erleichterungen zu schaffen. Zum anderen wird aber durch solche Maßnahmen eine Beschäftigung des behinderten Arbeitnehmers überhaupt erst möglich. Bei Umsetzung dieser Verpflichtung erhält der Arbeitgeber vielfältige Unterstützung durch die Träger und das Integrationsamt sowohl in Form von Beratung als auch in Form von Leistungen. In diesen Bereich gehört auch die Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen (§ 81 Abs. 5 SGB IX).

Diese Hilfen spielen eine besondere Rolle für die Zumutbarkeit der erforderlichen Maßnahmen.

Das Eingliederungsmanagement muss also stets auch die möglichen Hilfen und Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen oder zulassen. Mehr zu diesen Hilfen findet sich unter Kapitel 4.1.1.4.4.

Ein Verstoß gegen die Pflichten aus § 81 Abs. 4 SGB IX hat für den Arbeitgeber schwerwiegende Folgen. Er hat nicht nur, wie im Falle der Diskriminierung, eine begrenzte Entschädigung zu zahlen (§ 81 Abs. 2 SGB IX), sondern ist zum **Schadensersatz** verpflichtet⁵⁵. Der Schadensersatz erstreckt sich insbesondere auf entgangenen Verdienst.

4.1.1.3.3.3 Die Interessenvertretung, § 93 SGB IX

Nach der Schaffung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements in § 84 Abs. 2 SGB IX auch für nicht schwerbehinderte Arbeitnehmer werden sich einige der hergebrachten Pflichten und Aufgaben der Interessenvertretung auch hier auswirken. Zudem wurden ihr **spezielle Aufgaben** auferlegt:

- Unterstützung von Wünschen und Beanstandungen der Arbeitnehmer (§§ 82 ff. BetrVG)
- Überwachung der Pflichten des Arbeitgebers, § 80 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG, § 84 Abs. 2 Satz 7 SGB IX
- Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle
- Beteiligung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement, § 84 Abs. 2 SGB IX
- Anspruch gegen den Arbeitgeber auf Initiierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX
- Förderung der Eingliederung von behinderten Menschen, § 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG.

4.1.1.3.3.4 Beauftragter des Arbeitgebers, § 98 SGB IX

Ebenso wie bei der Schwerbehindertenvertretung und dem Integrationsamt handelt es sich hier um einen Akteur, der ausschließlich bei Beteiligung Schwerbehinderter zum Einsatz

⁵⁴ BAG AP Nr. 2 zu § 11 SchwbG.

⁵⁵ u.a. BAG AP Nr.1 zu § 14 SchwBeschG.

kommt. Die Verpflichtung des Arbeitgebers, einen Beauftragten für Angelegenheiten der schwerbehinderten Menschen zu bestellen, beruht auf der Erkenntnis, dass die Eingliederung schwerbehinderter Menschen ein hohes Maß an Sachkunde erfordert, sowohl im rechtlichen Bereich wie auch darüber hinaus in Fragen der praktischen Umsetzung. Deshalb ist es notwendig, eine verantwortliche Person mit dieser Aufgabe zu betrauen, die entsprechend aus- und fortgebildet wird und Erfahrungen sammelt⁵⁶.

Das Gesetz stattet diesen Beauftragten mit der Befugnis aus, verantwortlich zu entscheiden, also auch **dem Arbeitgeber gegenüber verbindliche Entscheidungen** zu treffen (§ 98 Satz 1 SGB IX). Er ist zugleich **Verbindungsperson** zum Integrationsamt und der Bundesagentur für Arbeit (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX). Er kann unmittelbar mit diesen Stellen in Verbindung treten und von diesen angesprochen werden. Aus dem Zusammenhang kann gefolgert werden, dass ihn auch eine besondere Verantwortung trifft, die in § 99 Abs. 1 SGB IX postulierte Zusammenarbeit mit Arbeitgeber, Schwerbehindertenvertretung sowie Interessenvertretung und die in § 99 Abs. 2 Satz 1 SGB IX geforderte Kooperation mit verantwortlichen Stellen zu organisieren und zu fördern.

Die Tatsache, dass die Eingliederung der übrigen Behinderten nicht in den Aufgabenbereich des Beauftragten fällt, bleibt eine bedauerliche Lücke im Gesetz. Es bietet sich an, den Beauftragten mit einem umfassenden, alle behinderten Arbeitnehmer einschließenden Auftrag zu versehen. In der betrieblichen Realität ist es sinnvoll, diese Aufgaben zusammenzufassen, zumal in Ansätzen Regelungen für schwerbehinderte Arbeitnehmer auch für andere behinderte Arbeitnehmer gelten, so z.B. die Maßnahmen zur frühen Erfassung von Behinderungen (§ 84 Abs. 2 Satz 3 SGB IX) und die Einschaltung von Integrationsfachdiensten (§ 109 Abs. 4 SGB IX).

4.1.1.3.3.5 Die Schwerbehindertenvertretung

Als Schwerbehindertenvertreter wird eine Vertrauensperson und ihr Vertreter gewählt (§ 94 SGB IX).

Die Aufgaben bestehen darin, gegenüber dem Arbeitgeber und seinem Beauftragten die **Belange der schwerbehinderten Arbeitnehmer zu vertreten und sie auch gegenüber Trägern und sonstigen Stellen zu unterstützen** (§ 95 SGB IX). Die Schwerbehindertenvertretung ist außerdem neben dem Beauftragen des Arbeitgebers **Verbindungsperson** zur Bundesagentur für Arbeit und zum Integrationsamt (§ 99 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

Sie spielt eine wesentliche Rolle beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Sie hat **den Arbeitgeber zu überwachen und kann von ihm die Durchführung eines Eingliederungsmanagementprozesses verlangen**, § 84 Abs. 2 SGB IX. Diese Regelung hebt die Bedeutung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements angemessen hervor.

Die Befugnisse der Interessenvertretung (§ 93 SGB IX) werden nicht berührt. Ihr obliegt allein die Vertretung der übrigen behinderten Arbeitnehmer. Hintergrund der Einrichtung einer gesonderten Schwerbehindertenvertretung ist einerseits die Notwendigkeit besonderer Sachkunde, andererseits aber auch die Befürchtung, dass die Belange der behinderten Arbeitnehmer sonst nicht nachdrücklich genug verfolgt würden.

Diese Gedanken zeigen, dass zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement stets auch ein spezieller Ansprechpartner auf Arbeitnehmerseite gehört und es ist deshalb angezeigt, auch ein Mitglied der Interessenvertretung als Vertrauensperson zu wählen und ihr betriebsratsintern alle Aufgaben der Integration behinderter Arbeitnehmer zu übertragen.

⁵⁶ Düwell, LPK SGB IX § 98 Rz. 12

4.1.1.3.3.6 Das Integrationsamt

Das Integrationsamt hat generell den gesetzlichen Auftrag, **die Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben zu erfüllen**, falls dies nicht durch freie Entschließung der Arbeitgeber geschieht, § 101 Abs. 1 SGB IX. Meist im Zusammenhang mit dem besonderen **Kündigungsschutz** schwerbehinderter Arbeitnehmer erwähnt, wird es im Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX **eingebunden, wenn bei schwerbehinderten Arbeitnehmern Leistungen zur Teilhabe in Betracht** kommen (Satz 4). Dann muss es auf Beantragung und Erbringung der Leistungen innerhalb der Fristen des § 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX hinwirken. Dies korrespondiert mit seiner in § 102 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB IX festgelegten Rolle als **erster Ansprechpartner für begleitende Hilfe im Arbeitsleben**, ohne die sich eine betriebliche Eingliederung Schwerbehinderter kaum denken lässt, die aber auch über diesen Bereich hinausreicht. Seit dem 01.05.2004 ist die aufgabengerechte Ausstattung der Integrationsämter gesetzlich verankert, § 102 Abs. 1 Satz 2 SGB IX. Eine deutliche Ausprägung des erforderlichen integrativen Ansatzes der Eingliederungsbestrebungen zugunsten Schwerbehinderter ist die Verpflichtung des Integrationsamts zur **engen Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit**, § 101 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX. Das Integrationsamt stellt auch aufgrund seiner Sachkunde einen kompetenten und unverzichtbaren Teil des Eingliederungsmanagements dar. Gemeinsam mit den Sozialleistungsträgern haben die Integrationsämter zudem die **Gemeinsame Empfehlung** zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 9 SGB IX verabschiedet und somit einen wesentlichen Beitrag zur Ausgestaltung der Eingliederung Schwerbehinderter geleistet. Näheres dazu unter Kapitel 4.1.1.3.4.3.

4.1.1.3.3.7 Der Werksarzt

Dieser betriebliche Akteur, dem in der Praxis eine erhebliche Rolle zukommt, wird in § 84 Abs. 2 SGB IX nur am Rande erwähnt. Seine Zuziehung soll nur erfolgen, wenn sie erforderlich ist, § 84 Abs. 2 Satz 2.

4.1.1.3.3.8 Die Sozialleistungsträger

Diese sind zwar nicht unmittelbar im betrieblichen Bereich angesiedelt, spielen aber dennoch als Träger eventuell erforderlicher Maßnahmen eine überragende Rolle im Betrieblichen Eingliederungsmanagement. In § 84 Abs. 2 SGB IX werden sie nicht direkt dem das Betriebliche Eingliederungsmanagement vollziehenden Akteurskreis zugerechnet. Die Verbindung zu ihnen wird nach dem Gesetz über die **Gemeinsamen Servicestellen** hergestellt, wenn Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX. Im Gesetz wird auch nur diesen Servicestellen die Aufgabe übertragen, auf die Beantragung und Erbringung der erforderlichen Leistung hinzuwirken. Letztendlich liegt die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung der erforderlichen Maßnahmen jedoch zum erheblichen Teil wieder in den Händen der Träger. Dieser Verantwortung haben die Träger unter anderem durch Vereinbarung der **Gemeinsamen Empfehlung** zur Verbesserung Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 9 SGB IX mit den Integrationsämtern Rechnung getragen. Diese Vereinbarung beschränkt sich zwar nicht auf das Betriebliche Eingliederungsmanagement, gilt aber auch für dieses. Die danach bestehenden Aufgaben werden unter Kapitel 4.1.1.3.4.3 erörtert.

4.1.1.3.4 Rechtliche Instrumente zur Vernetzung

Wie verknüpft man diese Vielzahl von Akteuren, um zu Synergieeffekten statt zum heillosen Durcheinander zu kommen? Hier sind bereits einige rechtliche Instrumente zur Hand, die zwar noch ausbaufähig sind, aber ein gutes Rüstzeug für die Bewältigung der meisten anstehenden Aufgaben liefern.

4.1.1.3.4.1 Die allgemeine Kooperations- und Klärungspflicht

Der Gedanke, dass alle am Eingliederungsprozess Beteiligten zum Wohle der Betroffenen möglichst effizient zusammenwirken sollen, durchzieht das gesamte Sozialversicherungsrecht und insbesondere das SGB IX (s. nur § 14 SGB IX). Für den Bereich des Betrieblichen Eingliederungsmanagements wird dieses Anliegen in § 84 Abs. 2 SGB IX schon im ersten Satz besonders hervorgehoben. Hier wird keinem der angesprochenen Akteure ein Letztentscheidungsrecht eingeräumt. Stattdessen werden alle auf eine gemeinsame Klärung der Möglichkeiten zur Eingliederung verpflichtet. Diese allgemeine Kooperationspflicht ist der erste Schritt zu einem Eingliederungsablauf, der nicht durch Zuständigkeitsquerelen oder institutionelle Eitelkeiten gehemmt wird, birgt allerdings auch die Gefahr, dass die gegenseitige Rücksichtnahme jedes Vorhaben verlangsamt.

4.1.1.3.4.2 Integrationsvereinbarung und Betriebsvereinbarung

Das SGB IX stellt für die Planung und Strukturierung der Integration schwerbehinderter Arbeitnehmer das Instrument der Integrationsvereinbarung zur Verfügung (§ 83 SGB IX). Es handelt sich dabei um eine Verabredung zwischen Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertretung sowie der Interessenvertretung. Die Integrationsvereinbarung verbindet also die drei Hauptakteure der betrieblichen Eingliederung. Der Beauftragte des Arbeitgebers wird an dem Abschluss beteiligt. Es ist allerdings umstritten, ob sie lediglich den Charakter einer nur im Innenverhältnis der Vertragspartner (also nicht für oder gegen den Behinderten) bindenden Regelungsabrede hat⁵⁷, oder eine besondere Betriebsvereinbarung darstellt, die unmittelbare Rechte der Arbeitnehmer begründet⁵⁸. Es ist deshalb anzuraten, eine freiwillige Betriebsvereinbarung abzuschließen, wenn Rechte der Arbeitnehmer begründet werden sollen.

Mit der Integrationsvereinbarung werden Grundsätze und Rahmenbedingungen festgelegt. Das Gesetz nennt **Personalplanung, Arbeitsplatzgestaltung, Gestaltung des Arbeitsumfeldes, Arbeitsorganisation, Arbeitszeit und Durchführung**. Sie kann dabei auch konkrete Fragen der Umsetzung des SGB IX in Bezug auf aktuelle Probleme oder Bedürfnisse der in Betrieb oder Dienststelle beschäftigten schwerbehinderten Arbeitnehmer regeln. In Betracht kommt die Festlegung bestimmter Maßnahmen zur Verbesserung der Situation der schwerbehinderten Arbeitnehmer, ihr Umfang, die Rangfolge und die zeitliche Abfolge.

Seit dem 01.05.2004 gibt das Gesetz im neu eingefügten Absatz § 83 Abs. 2a SGB IX den Beteiligten eine beispielhafte, nicht abschließende Liste an die Hand, welche speziellen Bereiche, die in Absatz 2 nicht erwähnt sind, ebenfalls im Rahmen einer Integrationsvereinbarung geregelt werden können.

Neben der Integrationsvereinbarung gibt es – wie schon erwähnt – die Möglichkeit, dass zwischen der Interessenvertretung und dem Arbeitgeber freiwillige Betriebsvereinbarungen

⁵⁷ Düwell, LPK-SGB IX § 83 Rz. 3.

⁵⁸ Neumann in Neumann u.a. SGB IX 10. Aufl. § 83 Rz. 8.

abgeschlossen werden (§ 88 BetrVG). Diese haben den Vorteil, dass daraus **Rechte für die betroffenen Arbeitnehmer erwachsen können und sie außerdem ein Integrationskonzept für alle behinderten Arbeitnehmer** (auch die nicht schwerbehinderten), die bei dem Arbeitgeber beschäftigt sind, enthalten können.

4.1.1.3.4.3 Die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 9 SGB IX

Die Integrationsämter haben mit den Sozialleistungsträgern am 22. März 2004 eine Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 9 SGB IX vereinbart (GE)⁵⁹. Sie bildet die Plattform für eine kontinuierliche und verbesserte Kooperation von Betrieben mit den Trägern und der Träger untereinander und mit dem Integrationsamt und eröffnet die Chancen einer vertieften Zusammenarbeit.

Ein wichtiger Aspekt, der in der Gemeinsamen Empfehlung für den Fall sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit ausführlich behandelt wird, ist die Aufklärung im Vorfeld. In § 5 Abs. 2 GE werden Informationsblätter, Aushänge in Betrieben und Informationsveranstaltungen genannt mit dem Ziel, über Kriterien zur Feststellung eines möglichen Rehabilitationsbedarfs und zuständige Ansprechpartner sowie Verfahrenswege zu informieren. Hinweise auf die Gemeinsamen Servicestellen und einschlägige Internetadressen sind ebenfalls aufgeführt.

Unter anderem im Rahmen dieser Aufklärung, aber auch im Rahmen seiner Betriebskontakte wirkt der flächendeckende Rehabilitationsberatungsdienst nach § 4 Abs. 3 GE auf ein Erkennen notwendiger Teilhabeleistungen und deren zielführende Umsetzung hin.

§ 5 Abs. 5 GE legt fest, dass die Rehabilitationsträger an bereits in den Betrieben vorhandene Organisationsstrukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitswesens anknüpft. Ebenso unterstützen sie die Weiterentwicklung von Strukturen und Instrumenten zur frühzeitigen Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs und Leistungen zur Teilhabe von Maßnahmen zur Teilhabe in Kooperation mit allen in den Betrieben Beteiligten.

Die Vernetzung des Eingliederungsmanagements der Träger mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement ist vornehmlich in § 5 GE geregelt. Für die Konstellation der mehr als sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit findet sich in § 5 Abs. 3 GE ein wichtiges Angebot der Träger:

„Die Reha-Träger stellen sicher, dass ihre jeweiligen Reha-Berater/Berufshelfer/Reha-Manager auf Anforderung Betriebe aufsuchen, um in Beratungsgesprächen Wege zur Abklärung des Reha-Bedarfs und mögliche Leistungen zur Teilhabe aufzuzeigen. Sie leisten Unterstützung bei der Antragstellung. Bei der Abklärung und Einleitung von Maßnahmen arbeiten sie eng mit den in den Betrieben Beteiligten von Arbeitgeberseite und den Arbeitnehmervertretungen sowie den Betriebs- und Werksärzten entsprechend § 13 Abs. 2 Nrn. 8 und 8 bzw. § 84 SGB IX zusammen.“

Dieses Angebot wahrzunehmen, ist Aufgabe der Akteure des unmittelbaren Betrieblichen Eingliederungsmanagements, wie es § 84 Abs. 2 SGB IX umgrenzt.

Die Etablierung jeweiliger fester Ansprechpartner in den Betrieben einerseits, bei den Rehabilitationsträgern andererseits, würde die Verwirklichung dieser richtigen Ziele sicher beschleunigen. Ein Ansatz dafür findet sich im bereits erwähnten § 5 Abs. 5 GE mit seiner Anknüpfung an die vorhanden Betriebsstrukturen unter Einbindung aller Beteiligten. Diese breit gefächerte Herangehensweise hat ohne festen Ansprechpartner im Betrieb keine große Aussicht auf Erfolg.

⁵⁹ <http://www.bar-frankfurt.de/aktuell/pdf/GE%20VIK.pdf>.

4.1.1.3.5 Fazit und Anforderungen an die Praxis

Die Regelung des § 84 Abs. 2 SGB IX schafft einen vernünftigen rechtlichen Rahmen für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement für (schwer-)behinderte Arbeitnehmer. Die bisherige Situation wird vor allem für die nicht Schwerbehinderten verbessert. Wünschenswert wäre, die Rolle des Betroffenen auch gesetzlich stärker zu betonen. Die Stellung des Beauftragten des Arbeitgebers sollte den Veränderungen angepasst, sein Verantwortungsbereich entsprechend auch auf andere Behinderte ausgedehnt werden.

Zur zweckdienlichen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben muss ein **leichtgängiges System der Einbindung der Sozialleistungsträger und des Integrationsamts** sowohl bezüglich der Einleitung von Verfahren wie auch deren Durchführung geschaffen werden.

Dafür bietet es sich an, im Rahmen der vorgeschriebenen Zusammenarbeit mit den jeweiligen Arbeitnehmervertretungen, dem Integrationsamt, den einzelnen Trägern und der Gemeinsamen Servicestelle feste Kommunikationswege und Verfahrensstrukturen aufzubauen und zu sichern, am besten im Wege eines festen Ansprechpartners für die Träger im Betrieb und umgekehrt.

Dazu bedarf es auch einer **kollektiven Planung, die den Akteuren Handlungssicherheit gibt** hinsichtlich Zielen und Verfahren des Eingliederungsmanagements und seiner Kooperation mit Dritten (Integrationsvereinbarungen, Absprachen mit Trägern).

Schließlich sind innerbetrieblich differenzierte arbeits- und sozialrechtliche Kompetenzen zu schaffen, die die externen Hilfs- und Kooperationsoptionen auszuschöpfen in der Lage sind. Nicht nur das Reagieren, sondern das zielorientierte Agieren sollte oberste Maxime sein.

4.1.1.4 Handlungsanleitungen

Über die rechtlichen Vorgaben hinaus sind für Betriebliches Eingliederungsmanagement weitere Aspekte von Bedeutung.

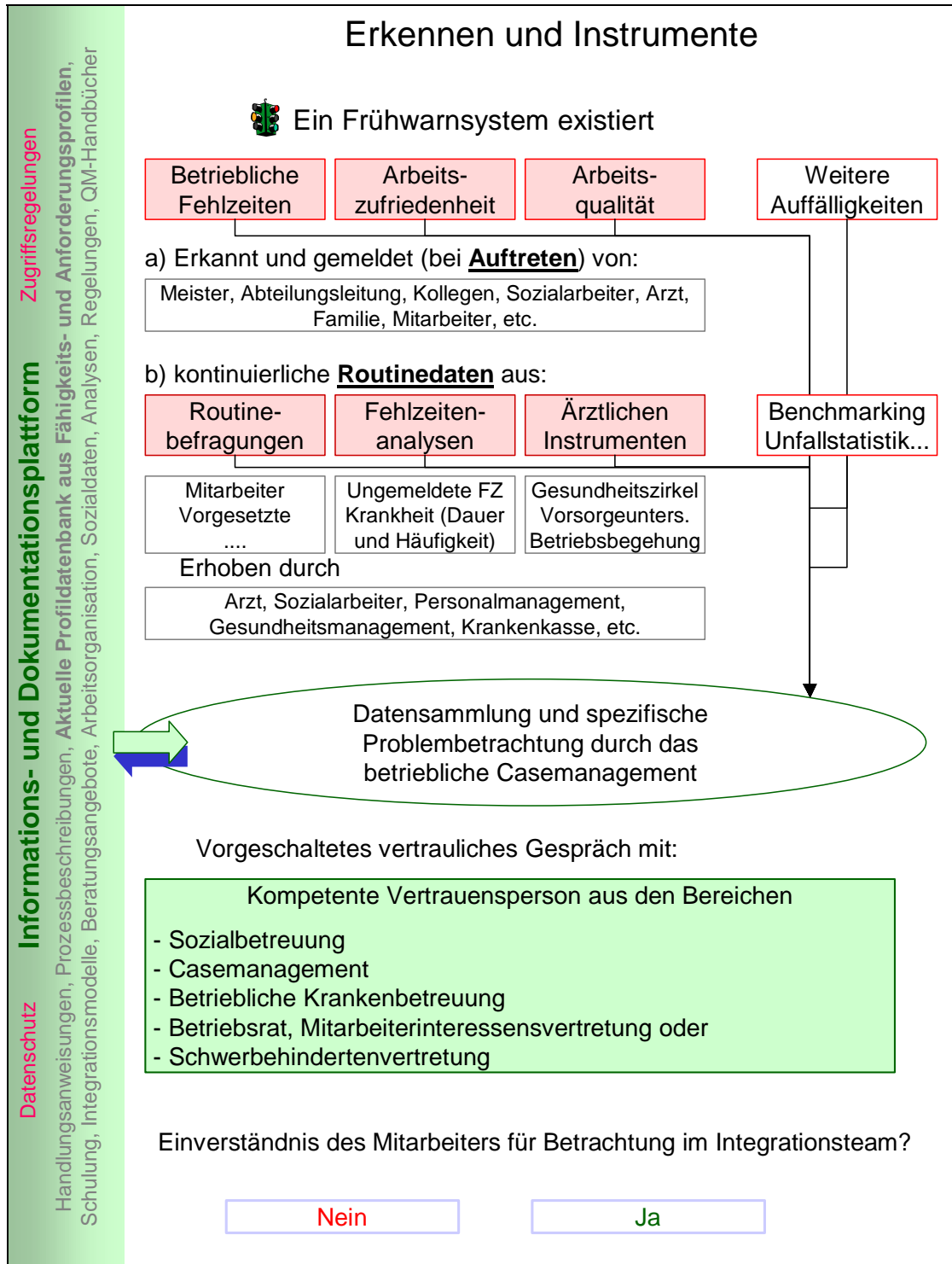
4.1.1.4.1 Erkennen und Instrumente

Das Modul „Erkennen und Instrumente“ teilt sich in zwei Bereiche, den Bereich der „zufälligen“ Datenermittlung und den der routinemäßig ermittelten Daten. Ferner lässt sich auf Grund der Verknüpfung der unterschiedlich erfassten Daten möglicher Handlungsbedarf identifizieren. So können sich z.B. aus Äußerungen des Mitarbeiters, die seine Unzufriedenheit mit der Arbeit oder Probleme im privaten Umfeld betreffen, wichtige und evtl. handlungsleitende Hinweise ergeben. Zufallsgesteuerte Informationen können sich in Routinesituationen wie einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung, einer Arbeitsplatzbegehung etc. ergeben.

Routinemäßig erhobene Daten sind z.B. die Fehlzeiten, Informationen über durchgeführte Reha- oder sonstige Maßnahmen, Ergebnisse aus regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen, Daten aus regelmäßigen betriebsmedizinischen Untersuchungen (soweit sie nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen), regelmäßige Qualitätskontrollen der Produkte/Arbeitsergebnisse, turnusmäßige Beurteilungen durch Vorgesetzte etc.

Alle Daten müssen – unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Betroffenen – ggf. geschützt, gesichtet und bewertet, auf evtl. weiteren Klärungs- und auf Handlungsbedarf beurteilt und im Informationssystem (Datenbank) gespeichert werden.

In Abb. 4.1-3 sind die wesentlichen Instrumente zusammengefasst.



Zugriffsregelungen

Informations- und Dokumentationsplattform

Datenschutz

Handlungsanweisungen, Prozessbeschreibungen, Aktuelle Profildatenbank aus Fähigkeits- und Anforderungsprofilen, Schulung, Integrationsmodelle, Beratungsangebote, Arbeitsorganisation, Sozialdaten, Analysen, Regelungen, QM-Handbücher

Abb. 4.1-3: Erkennen und Instrumente im Betrieblichen Eingliederungsmanagement

4.1.1.4.2 Schaltstelle Integrationsteam

Das **interdisziplinäre Integrationsteam** vereinigt die betrieblichen Akteure gemäß Kapitel 4.1.1.2 zur zentralen Schaltstelle.

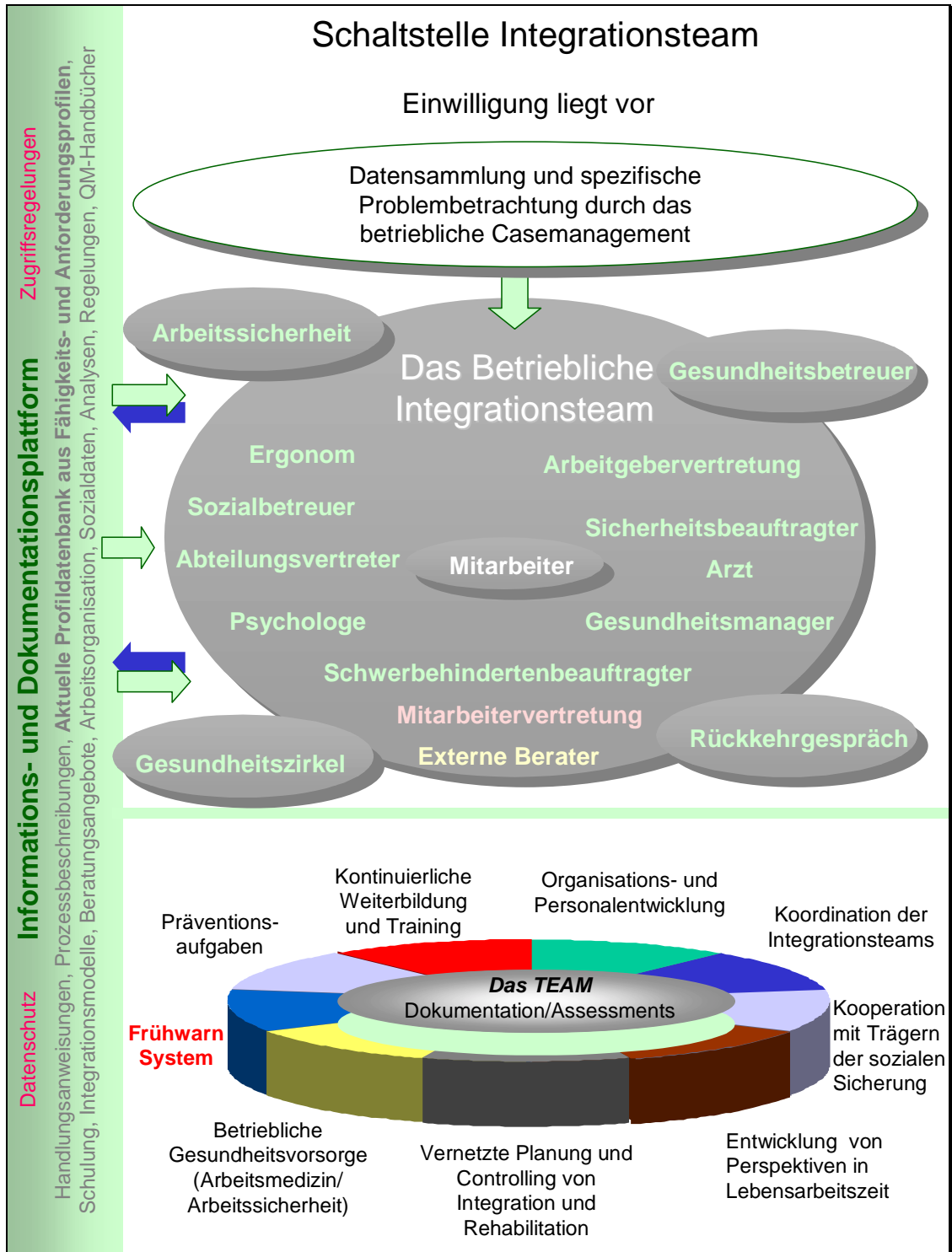


Abb. 4.1-4: Schaltstelle Integrationsteam

Das **Integrationsteam** ist die Sammelstelle für alle Informationen aus den Erhebungen zu den Gesundheitsdaten und der ergänzenden Informationen einschließlich Kontextfaktoren. „Routinemäßige“ und „zufallsgesteuerte“ Informationen werden im Integrationsteam nach dem Vorbild der Gesundheitszirkel diskutiert, verarbeitet und bewertet. Sie münden – im Dialog mit den Betroffenen – in die Einleitung und Steuerung notwendiger Maßnahmen. Das Integrationsteam steuert alle internen und externen Prozesse, nicht zuletzt auch der Weiterentwicklung des Eingliederungsmanagement-Systems selbst. Es trifft die Entscheidungen für allgemeine oder individuell einzuleitende Maßnahmen einschließlich solcher zur Unfallvermeidung und behält die Verantwortung für die Umsetzung und Qualitätssicherung solcher Maßnahmen bis hin zur Nachsorge.

Die Aufgaben erfordern regelmäßige, moderierte Zusammenkünfte mit einer strengen Ergebnisorientierung, einem Ergebnisprotokoll einschließlich Arbeitsplanung („Wer macht was bis wann?“) und einem „Wiedervorlage“-System zur Nachverfolgung eingeleiteter Prozesse.

Nicht zuletzt wegen dieser Anforderungen an Moderation, Kommunikation, Zeitmanagement und strukturierten Gruppenprozessen braucht das Team in aller Regel einen intern gewählten oder externen **Koordinator**. Er hat die Verantwortung (idealerweise auch ein Budget/eine Kostenstelle) und muss auf die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben oder interner betrieblicher Vereinbarungen sowie definierter Rollen und Zuständigkeiten der übrigen Akteure achten. Er muss entsprechend qualifiziert und mit den entsprechenden Führungskompetenzen ausgestattet sein.

4.1.1.4.3 Vernetzung mit externen Partnern

Die Vernetzung mit den externen Akteuren unterstützt insbesondere das Prinzip der Nahtlosigkeit. Sie beugt Unterbrechungen z.B. im Prozessverlauf von akutmedizinischer – rehabilitativ medizinischer – beruflich rehabilitativer – nachsorgender Maßnahmeketten vor. Aus der Aufgabenstellung des Integrationsteams ergibt sich zwingend, eng mit allen potenziell „zuständigen“ Partnern der sozialen Sicherung incl. Servicestellen zusammen zu arbeiten. Es liegt nahe, diese Kooperation zumindest teilweise zu institutionalisieren. Dies kann in Form eines zweiten trägerübergreifenden Teams, in Form eines „**Runden Tisches**“ oder in Form bedarfsgesteuerter Zusammenkünfte auf Einladung des Integrationsteams erfolgen. Er setzt sich im Idealfall aus Vertretern folgender Institutionen zusammen:

- Koordinator des betrieblichen Integrationsteams – der „Disability Manager“
- Betriebsarzt des Unternehmens
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung (LVA und BfA)
- Krankenkasse
- Arbeitsamt (Reha-Koordinationsstelle)
- Integrationsamt und/oder Integrationsfachdienst
- Arbeitsschutzbehörde (beispielsweise Stafa)
- Sozialverband (beispielsweise VdK)
- Gemeinsame Servicestelle
- Handwerkskammern (bei Klein- und Mittelbetrieben)

In diesem Gremium, das sich kontinuierlich (z.B. quartalsweise) trifft, werden konzeptionelle und strategisch zukunftsweisende Prozesse der nahtlosen und manchmal auch unkonventionellen und ergebnisorientierten Zusammenarbeit erarbeitet und eingeleitet. Alle

Vertreter mit den jeweiligen Zuständigkeiten und Interessen bilden den Rahmen in einem ganzheitlichen Eingliederungsmanagement und führen somit Betrieb, Gesundheitseinrichtungen und die Partner aus Prävention und Rehabilitation zusammen.

Themenschwerpunkte dieses Arbeitskreises sind beispielweise:

- Vernetzung von Betrieb und Einrichtungen der Rehabilitation (ambulante und stationäre Reha- und Therapieeinrichtungen, sowie Beratungsstellen)
- Ergonomische Einrichtung von Arbeitsplätzen, Jobrotation oder Jobsharing
- Einstellung von schwerbehinderten Mitarbeitern bzw. Erhalt von Arbeitsplätzen, Probebeschäftigung und die Förderung durch das Arbeitsamt, Diskussion zur Arbeitsmarktkapazitätserweiterung und künftiger Arbeitsumverteilung unter Aspekt der Lehrstellensituation und der Langzeitarbeitslosigkeit (besonders für Menschen mit Behinderung und den Personenkreis ab 45 Jahre)
- Gemeinsame Entwicklung eines trägerübergreifenden Frühwarnsystems mit Hilfe der Datenlagen aus Betrieb und Krankenkasse
- Innovative Gesundheitsförderung, Beteiligung der Träger an arbeitsplatzbegleitender Therapie, Trainingsprogramme, Training on the job, Fortbildungen und Beratungsangebote
- Arbeitsorganisatorische Umsetzungen, wie die Einführung neuer flexibler Arbeitszeitsysteme und deren Förderung, Stufenweise Wiedereingliederung
- Förderung zum Erhalt von Beschäftigung, Maßnahmen zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben, z.B.:
 - Förderungen zur technischen Arbeitsplatzgestaltung
 - Minderleistungsausgleich
 - Förderung von Integrationsprojekten
 - Arbeitsassistenten-Modell-Förderung
- finanzielle Anreizsysteme wie Leistungen der Integrationsämter, Bonus-Systeme für Integrationsinitiativen
- Schulung zu Themen aus den Sozialgesetzbüchern

Ein solcher Koordinationsausschuss kann für den Erfahrungsaustausch zwischen den Betrieben und Institutionen sorgen und schließlich auch generelle Bedeutung für die einschlägige Entwicklung auf der regionalen Ebene gewinnen.

4.1.1.4.4 Maßnahmeplanung- und durchführung

Notwendige Maßnahmen können an der betroffenen Person, am konkreten Arbeitsplatz und an der Organisation ansetzen. Die Auswahl geeigneter Maßnahmen oder Maßnahmekombinationen hängt einerseits vom spezifischen Bedarf auf Grund der festgestellten Problematik (z.B. medizinischer Befund, spezifische Leistungseinschränkung, Stress, ergonomischer Bedarf, Gefährdung etc.), andererseits von dem verfügbaren Angebot (ärztliche/betriebsärztliche Maßnahmen, Training, ambulante Rehabilitation, Arbeitsplatzanpassung, Arbeitszeitverkürzung etc.) ab. Die Perspektive bei der Auswahl von Maßnahmen muss aber die des Menschen als ein komplexes Individuum sein und in einer ganzheitlichen Betrachtung bestehen. Die Angebotsseite darf nicht dominieren, z.B. weil eine Maßnahme im Rehabilitationszentrum oder eine Inhouse-Fortbildungsmaßnahme gerade freie Plätze hat.

Neben der eigentlichen Maßnahmeplanung muss auch die Integrationsprognose gestellt werden, d.h. die Abschätzung, wann, in welchem Umfang und für welche Einsatzbereiche der Arbeitgeber nach einer erfolgreichen Maßnahme wieder mit dem Arbeitnehmer und seiner Produktivkraft rechnen kann. Auch hier ist die Dokumentation aller Schritte zwingend notwendig, um die Prozess-Qualität zu gewährleisten bzw. zu verbessern.

Ein Überblick über diagnostische, arbeitsbezogene und personenbezogene Maßnahmen ist in Abbildung Abb. 4.1-5 dargestellt, detaillierte Ausführungen in der Materialsammlung – V.

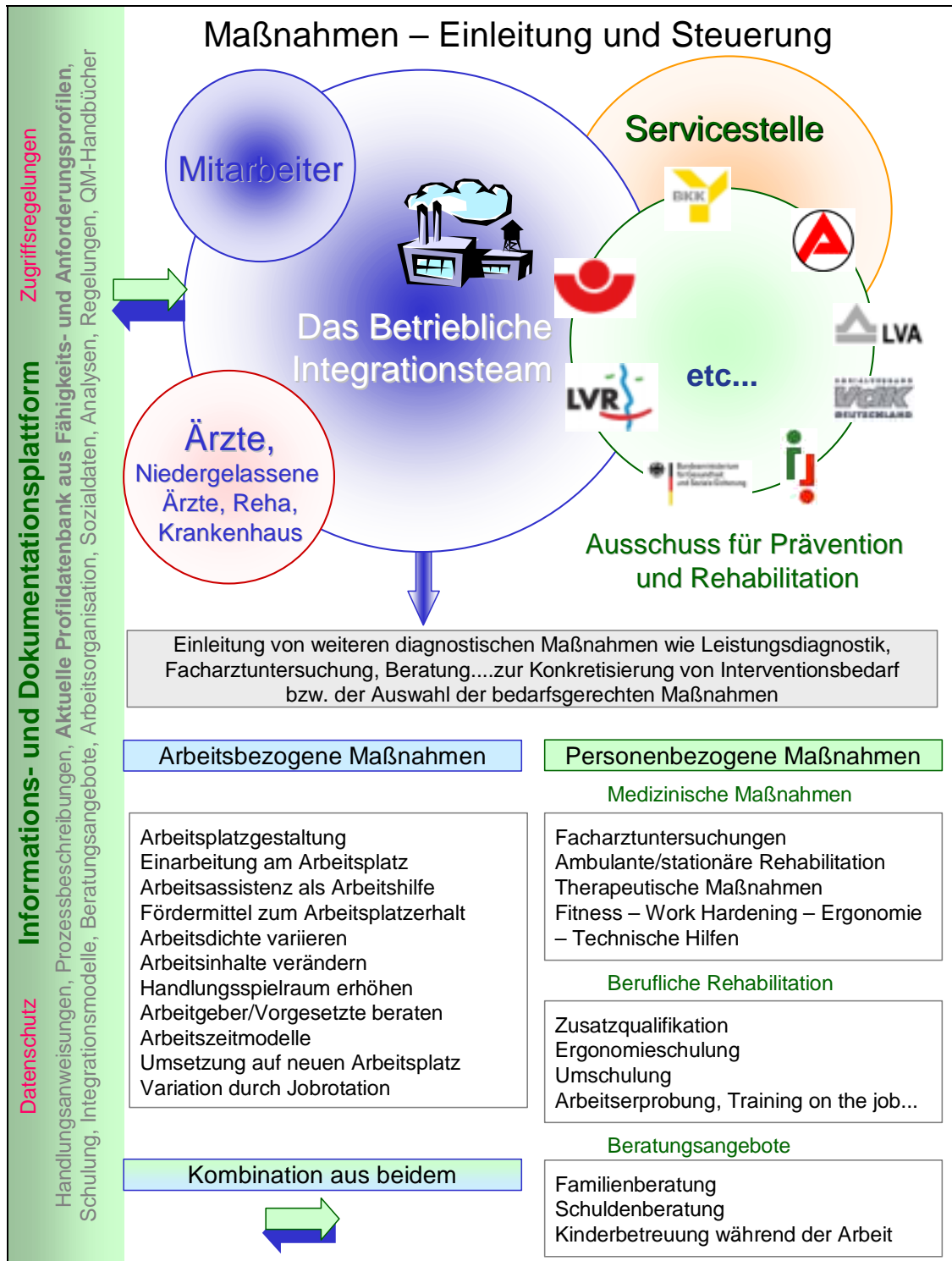


Abb. 4.1-5: Maßnahmen – Einleitung und Steuerung


Externe Hilfen

Als externe Hilfen stehen für das Eingliederungsmanagement vor Allem die Leistungen der Reha-Träger zur medizinischen Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX) und zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX) zur Verfügung. Daneben kann das Integrationsamt Leistungen erbringen (§ 102 SGB IX). Fachliche Unterstützung für das Eingliederungsmanagement bieten die Integrationsfachdienste (§§ 109 ff. SGB IX). Sie können auch zur Eingliederung behinderter Arbeitnehmer, die nicht schwerbehindert sind, beitragen (§ 109 Abs. 4 SGB IX).

An dieser Stelle soll den vielfältigen Möglichkeiten der Leistungserbringung nicht im Einzelnen nachgegangen werden. Der Blick soll in Ergänzung der obigen Ausführungen in Kapitel 4.1.1.3.3.2 und 4.1.1.3.4.2 vielmehr noch einmal gelenkt werden auf Obliegenheiten und Verpflichtungen des Arbeitgebers, von diesem Arsenal Gebrauch zu machen.

In § 84 Abs. 1 SGB IX ist von der Einschaltung des Integrationsamts, der Interessenvertretung und der Schwerbehindertenvertretung die Rede, in Abs. 2 auch von der Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle aller Reha-Träger (§ 22 SGB IX) - und damit der Träger selbst.

Eine Obliegenheit zur Nutzung der Hilfen ergibt sich nur aus dem allgemeinen Kündigungsschutz bei krankheitsbedingter Kündigung⁶⁰ und im Verfahren der Zustimmung zur Kündigung (§§ 85 ff. SGB IX, s. z.B. § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB IX). Eine Obliegenheit ergibt sich ferner im Rahmen des § 81 SGB IX dort, wo eine Verpflichtung zur Weiterbeschäftigung, erforderlichenfalls auf einem anderen Arbeitsplatz oder zu sonstiger Förderung im Rahmen der Zumutbarkeit besteht, da andernfalls Schadensersatzansprüche in Betracht kommen⁶¹. In diesem Zusammenhang wird durch Hilfen die Frage der Zumutbarkeit beeinflusst, die für den Anspruch auf Schadensersatz wesentliche Grundlage ist (s. Materialsammlung – IV 3. und 4.)

In diesem Zusammenhang ist auch  eine Beschreibung der Zumutbarkeit hinzuweisen, die sich aus Art. 5 der Richtlinie 2000/78 EG des Rates vom 27. November 2000 ergibt.

Es heißt dort:

„Angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderung

Um die Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes auf Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, sind angemessene Vorkehrungen zu treffen. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber die geeigneten und im konkreten Fall erforderlichen Maßnahmen ergreift, um den Menschen mit Behinderung den Zugang zur Beschäftigung, die Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen, es sei denn, diese Maßnahmen würden den Arbeitgeber unverhältnismäßig belasten. Diese Belastung ist nicht unverhältnismäßig, wenn sie durch geltende Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik des Mitgliedstaates ausreichend kompensiert wird.“

Es wird hier eine Verpflichtung begründet, im Interesse der Gleichbehandlung die Beschäftigung der behinderten Menschen zu fördern und dies für zumutbar erklärt, wenn die Aufwendungen ausreichend kompensiert werden.

Das BAG hatte allerdings zu § 74 SGB V (entspricht § 28 SGB IX) entschieden, dass der Arbeitgeber nicht verpflichtet ist, einen Wiedereingliederungsvertrag zu schließen, auch

⁶⁰ vgl. Kittner u.a. KSchG 4. Aufl. § 1 Rz. 83a; Bepler in Gagel SGB III § 2 Rz. 8 und 33 ff.

⁶¹ BAG AP Nr. 1 zu § 14 SchwBeschG.

nicht, wenn dies zumutbar ist⁶². Ob dem jetzt noch zu folgen ist, erscheint insbesondere angesichts der zitierten Antidiskriminierungsrichtlinie der EG zweifelhaft. Sie ist zwar insoweit nicht unmittelbar in innerstaatliches deutsches Recht umgesetzt worden. Aus ihr erwachsen auch keine unmittelbaren Ansprüche gegen den Arbeitgeber⁶³. Sie ist aber ein bei der Auslegung zu beachtender Faktor der Zumutbarkeit; deutsches Recht sollte nicht im Widerspruch zu EG-Recht ausgelegt werden, selbst wenn das EG-Recht nicht unmittelbar gilt.

Jedenfalls gilt diese Rechtsprechung nicht für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Integrationsmaßnahmen auf der Basis des § 81 SGB IX.

4.1.1.4.5 Dokumentation und Evaluation

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement braucht ein geeignetes Dokumentationssystem, um auf dieser Basis seinen Nutzen und die Nachhaltigkeit von Methoden, Instrumenten und Verfahren nachzuweisen. Dokumentation ist elementare Bedingung für Ergebnissicherung, Verbesserungsprozesse, Öffentlichkeitsarbeit und Auswertungen wie z.B. Kosten-Nutzen-Analysen, wissenschaftliche Begleitforschungen, Prozess- und Ergebnisevaluation und Veröffentlichungen (s. Abb. 4.1-6).

Darüber hinaus bietet eine einheitliche Dokumentation die Chance einer Informations- und Kommunikationsplattform, wenn relevante Dokumente für alle beteiligten Akteure betrieblicher Integrationsarbeit zur Verfügung stehen und Verknüpfungsmöglichkeiten zu externen Partnern erlauben. Die Datenbank enthält darüber hinaus das „Handwerkszeug“: notwendige allgemein zugängliche Informationen wie beispielsweise tarifliche Bestimmungen, Altersteilzeit, Gesetzestexte wie das SGB, Prozessbeschreibungen wie die Stufenweise Wiedereingliederung oder die Arbeitsassistenz, arbeitsorganisatorische Modelle wie Arbeitszeitmodelle (s. Materialsammlung - III) oder Schichtpläne, Eckdaten zur Qualitätssicherung, zu Produkten und Zielen des Unternehmens usw. Ferner sind erforderliche Routinedaten und persönliche Daten enthalten, die – unter Beachtung der Vorschriften zum Daten- und Persönlichkeitsschutz – den Akteuren zur Verfügung stehen. Hier sind insbesondere Statistiken zu Fehlzeiten (personen-, abteilungs-, und firmenbezogen), Profildaten zu Fähigkeit und Arbeitsanforderung, Fragebögen und deren Auswertungen, Untersuchungsprotokolle und weitere personen- und firmenbezogene Daten enthalten.

Diese firmeninterne Datenbank ist einer ständigen Aktualisierung der Datenlage und einer kontinuierlichen Optimierung von Prozessen und deren Beschreibungen sowie der Fortbildung der handelnden Akteure unterworfen. Für das Integrationsteam bzw. für zugriffsberechtigte Personen ist zu jedem Zeitpunkt, in jeder Phase ein Überblick über den Status der Prozesse und den weiteren Handlungsbedarf möglich. Gesetzliche Bestimmungen und betrieblichen Regelungen organisieren die Datenschutzbestimmungen und Zugriffsrechte.

⁶² BAG AP Nr. 1 und 3 zu § 74 SGB V; zur Kritik s. Gagel NZA 2001,988.

⁶³ BAG 18.2.2003, NZA 2003,742.

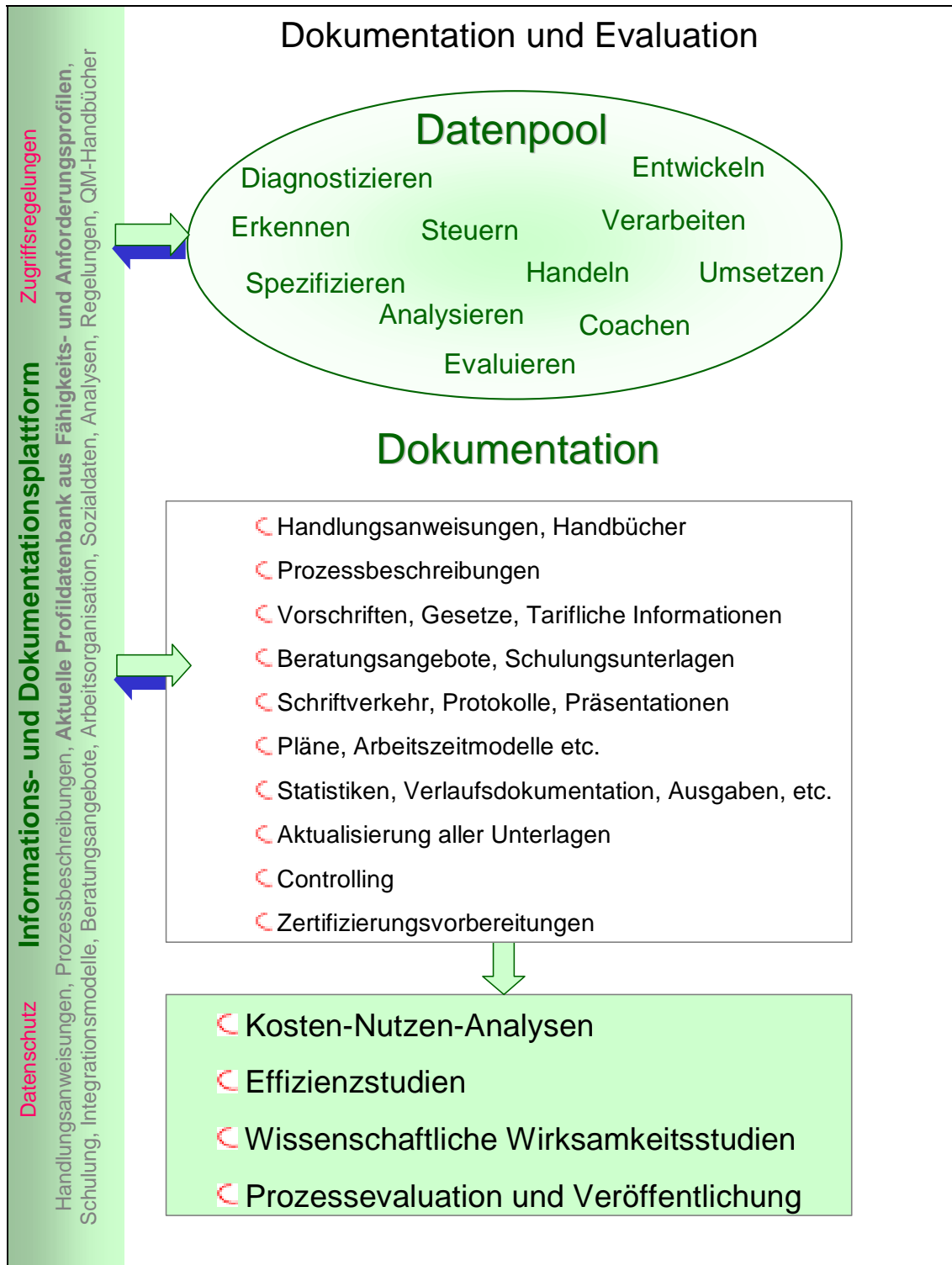


Abb. 4.1-6: Dokumentation und Evaluation im Betrieblichen Eingliederungsmanagement

4.1.1.5 Datenweitergabe und Datenschutz im Betrieb

Betriebliches Eingliederungsmanagement setzt voraus, dass personenbezogene Daten erhoben, an andere Akteure weitergegeben und in geeigneten Informationssystemen verarbeitet werden.

Dies birgt zwei Problemkreise die getrennt voneinander zu beurteilen sind:

- Schweigepflicht bezüglich personenbezogener Daten (StGB)
- Datenschutz nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Schweigepflicht

Bestimmte Berufsgruppen (Ärzte, Rechtsanwälte, Psychologen etc.) unterliegen per Gesetz einer Schweigepflicht über die im Rahmen ihrer Berufsausübung zur Kenntnis erlangten Daten. Darüber hinaus besteht eine gesetzlich nicht verankerte Pflicht zur Wahrung von Berufs- und Amtsgeheimnissen. Die unter diese Schweigepflichten fallenden Daten dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen weitergegeben werden. Der Betroffene ist mithin aufzuklären, welche Daten an wen weitergegeben werden sollen. Darüber hinaus ist seine Entbindung bezüglich der Schweigepflicht einzuholen. Wegen des Nachweises empfiehlt sich hier die Schriftform.

Datenschutz nach dem BDSG

Das BDSG regelt wann und wie die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogene Daten zulässig ist.

Wichtig ist es daher, dass der Datenschutzbeauftragte bei der Organisation von Eingliederungsmanagementsystemen, der Anschaffung von unterstützender Datenbanksystemen und sonstigen Fragen bezüglich der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten hinzugezogen wird.

Auch empfiehlt sich eine frühzeitige Information an Mitarbeiter, Abteilungen oder gegebenenfalls gesamten Betrieb, in der auf Inhalte der Eingliederungsmaßnahmen, z.B. in Betriebsversammlungen, hingewiesen wird und somit das Vertrauen der Mitarbeiter durch Transparenz und Kommunikation bereits früh hergestellt wird.

Kurze Beschreibungen gegebenenfalls externer Dienstleister fördern ebenfalls Transparenz und Akzeptanz. Eine Vorstellung mit den wichtigsten Eckdaten und Antworten zu folgenden Fragen helfen im Unternehmen:

- Wer sind wir?
- Was machen wir?
- Welche Informationen sammeln wir?
- Wie verwenden wir diese Informationen?
- Werden die Informationen an andere weitergegeben?

4.1.1.6 Finanzielle Anreize für Unternehmen

Neben Einsparungspotenzialen durch betriebsinterne Prozessoptimierung sind externe finanzielle Anreize von zentraler Bedeutung. Der Gesetzgeber hat entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen, die finanzielle Anreize ermöglichen.

Rehabilitationsträger und Integrationsämter

Nach dem neu geschaffenen § 84 Abs. 4 SGB IX können die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter die Arbeitgeber, die ein Betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern. Nach § 26c Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung können Arbeitgeber zur Einführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements Prämien erhalten.

Wie die Materialien zu § 84 Abs.4 SGB IX ergeben⁶⁴, ist mit Bonus eine Beitragsentlastung gemeint, sei es durch Zuschuss oder Beitragssenkung. Prämien sind finanzielle Zuschüsse.

Beitragserleichterungen zur Förderung gesundheitsdienlichen Verhaltens sind bisher nicht möglich gewesen⁶⁵. Man wird aber, obwohl das SGB V nicht geändert wurde, nun § 84 Abs.4 SGB IX als Rechtsgrundlage für Beitragserleichterungen ansehen können.

§ 26 c Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung sieht allerdings eine Förderung nur für die Einführung eines Eingliederungsmanagements vor und nicht als laufende Belohnung für erfolgreiches Management. § 84 Abs. 4 SGB IX lässt dies indes zu.

Krankenkassen und die Unfallversicherungsträger müssen diese Förderung in ihrer Satzung regeln.

Die Bundesanstalt für Arbeit kann auf freie Mittel nach § 10 SGB III zurückgreifen.

Es ist wichtig, dass die Träger und das Integrationsamt diese gesetzlichen Möglichkeiten schnell realisieren, damit die Betriebe Planungssicherheit erhalten und der beabsichtigte Anreiz wirken kann.

Unfallversicherung

Gem. § 162 SGB VII können die Unfallversicherungsträger unter Berücksichtigung der Wirksamkeit der von den Unternehmern getroffenen Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten und für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren Prämien gewähren. Dabei sollen sie auch die in Integrationsvereinbarungen (§ 83 SGB IX) getroffenen Maßnahmen der betrieblichen Prävention (§ 84 SGB IX) berücksichtigen.

Neben „präventiver Basisarbeit“ kann demnach auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement prämiengünstigt werden. In Kanada wird die Prämiengewährung der Unfallversicherung an eine Unternehmensauditierung geknüpft. Der HVBG hat die Lizenz für dieses Audit erworben und verfügt damit über ein Instrument, Kriterien für die Prämiengewährung objektiv zu messen (siehe Kap. 4.1.2.2.2).

Krankenversicherung

Gem. § 65a Abs. 3 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

⁶⁴ BT-Drs 15/2357.

⁶⁵ zur Problematik Linke NZS 2003,126; Koenig u.a. SGB 2003,189.

Damit haben die Krankenkassen die Möglichkeiten, vorbildliches Verhalten im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu fördern und damit sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer einen finanziellen Anreiz zu schaffen. Durch z.B. Erlassen eines Monatsbeitrages profitieren sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer profitieren, zumal die Beiträge paritätisch aufgeteilt sind. Voraussetzung für die Bonusvergabe in Bezug auf Betriebliches Eingliederungsmanagement ist, dass Schnittmengen zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement identifiziert werden. Kriterien für die Bonusvergabe werden derzeit von den einzelnen Krankenkassen entwickelt.

4.1.2 Disability Management

Der Umgang mit behinderten Mitarbeitern im Unternehmen – zunächst ohne Ansehen des zu Grunde liegenden Behinderungsbegriffes – war Gegenstand der Überlegungen, die 2001 zu der internationalen Empfehlung *Code of practice on managing disability in the workplace* geführt haben. Die *International Labour Organization* (ILO) definiert hier das Disability Management als einen „Prozess am Arbeitsplatz, der darauf abzielt, die Beschäftigung von Behinderten durch koordiniertes Bemühen zu erleichtern unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfssituation, der Arbeitsumwelt, der Unternehmensanforderungen und der rechtlichen Verpflichtungen⁶⁶.“ Dabei kam insbesondere ein stärkerer Fokus auf die Interessen und Fähigkeiten des Betroffenen bzw. die Implikationen des Einzelfalls zum Tragen.

Disability Management (DM) – der Titel signalisiert, dass hier ein ausschließlich rehabilitativer Ansatz verfolgt wurde. Die kanadischen Weiterentwicklungen und insbesondere die Erfahrung aus der praktischen Umsetzung haben aber sehr schnell dazu geführt, den „Umgang mit Behinderung“ zu ergänzen um alle Aktivitäten zur „Vermeidung von Behinderung“. In das Disability Management, wie es uns heute in den standardisierten kanadischen Programmen begegnet, ist deshalb die Prävention und die Früherkennung/Frühintervention mit einbezogen.

Ginge es nur um einen Katalog von ethisch gebotenen Soll-Vorschriften zum Thema Behinderung und eine neue Wortschöpfung, wäre keine weitere Diskussion erforderlich. Die Bedeutung des Konzeptes liegt aber in der hochgradigen Operationalisierung und Standardisierung der Verfahren, die eine weitgehend objektive Messung der einschlägigen Unternehmensleistung erlauben und damit ein Benchmarking sowie eine Bewertung aus der Perspektive der Sozialversicherungen zulassen. Die präventiven und/oder rehabilitativen Leistungen für Menschen im Unternehmen sind zudem für die Solidargemeinschaft und letztlich für die Gesellschaft effektiv. Es erscheint deswegen legitim, Unternehmen auf der Grundlage von Disability Management-Messungen zu sanktionieren: entsprechende Bonus-(Malus)-Systeme hinsichtlich der Prämien zur Sozialversicherung könnten auf diese Weise zu einem wirksamen Instrument der Motivation und Steuerung werden. Insbesondere dann, wenn auch die arbeitnehmerfinanzierten Beiträge zur Sozialversicherung mit in das Kalkül gezogen und nach Möglichkeit „bonusfähig“ entwickelt werden, kann der Konsens zwischen den Sozialpartnern auf betrieblicher Ebene hergestellt werden. Eine echte „win-win-Situation“ – d.h. Vorteile für Unternehmen, Arbeitnehmer und Sozialversicherungen gleichermaßen – wäre mit diesen Voraussetzungen realisierbar.

Nachfolgend wird der internationale Ansatz des Disability Managements umrissen sowie der diesbezügliche Status quo in Deutschland und dem damit verbundenen Diskussionsstand dargelegt.

⁶⁶ International Labour Organization (2001): *Leitfaden zum Management von Behinderung am Arbeitsplatz (Code of practice on managing disability in the workplace) – Arbeitsübersetzung aus der englischen in die deutsche Sprache*. S. 3. Zugriff am 09.01.2004 unter <http://www.ilo.org/public/german/region/eurpro/bonn/download/code.pdf>.

4.1.2.1 Internationale Ansätze des Disability Management

4.1.2.1.1 ILO: Code of practice on managing disability in the workplace

Auf der Grundlage eines umfangreichen internationalen Forschungsprogramms zur Wiedereingliederung Behinderter an den Arbeitsplatz hat die ILO im Jahre 2001 den *Code of practice on managing disability in the workplace (Code of practice)* formuliert⁶⁷.

Der Leitfaden bietet praktische Anleitung für das Management von Behinderung am Arbeitsplatz mit folgender **Zielsetzung**:

- Sicherstellung von Chancengleichheit am Arbeitsplatz von Menschen mit Behinderung
- Verbesserung der Beschäftigungsperspektiven von Menschen mit Behinderungen durch Erleichterung des Zugangs zu Beschäftigung, der Wiedereingliederung, des Erhalts des Arbeitsplatzes und des beruflichen Aufstiegs
- Förderung eines sicheren, zugänglichen und gesunden Arbeitsplatzes
- Minimierung der mit der Beschäftigung verbundenen Kosten für den Arbeitgeber - ggf. einschließlich der für Gesundheitsfürsorge und Versicherungsleistungen
- Maximierung der Beiträge Behinderter zum Unternehmenserfolg

Der Leitfaden richtet sich an Arbeitgeber, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Institutionen des öffentlichen Sektors, Behinderte sowie Behindertenverbände.

Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines **DM-Komitees** im Unternehmen, das sich zu gleichen Teilen aus Vertretern des Managements und Vertretern der Arbeitnehmer zusammensetzt. Mit der Bildung des Komitees bringen alle Akteure im Unternehmen zum Ausdruck, dass sie gemeinsam die Situation von behinderten Mitarbeitern verbessern wollen – nicht zuletzt durch eine ausgeprägte, systematische Kooperation.

Darüber hinaus wird einem unternehmensinternen **DM-Professional** eine zentrale Position zugewiesen. Dieser fungiert als Bindeglied zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und dem Betroffenen. Er steht nicht nur mit allen wichtigen unternehmensinternen Akteuren, sondern auch mit den Kostenträgern und Anbietern von Rehabilitationsleistungen in direktem Kontakt. Damit hat er die Möglichkeit, eine lückenlose und engmaschige Rehakette „aus einer Hand“ (Case-Management) zu organisieren.

4.1.2.1.2 NIDMAR in Kanada: Die Weiterentwicklung des „Code of practice“

In Kanada hat das *National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR)* den Disability Management-Ansatz forciert und praktisch weiterentwickelt. Die Zielgruppe der behinderten Arbeitnehmer wird erweitert. Der ausschließlich rehabilitative Ansatz im *Code of practice* wird ergänzt um die Aspekte Prävention und Früherkennung/Frühintervention. Es ist ein besonderer Verdienst von NIDMAR, die praktische Umsetzbarkeit, die internationale Akzeptanz und die Standardisierung des Disability Management in einem kurzen Zeitraum entscheidend vorangetrieben zu haben. Die wichtigsten **Bausteine dieser Weiterentwicklung** sollen nachfolgend beschrieben werden:

- Auditierung und Zertifizierung von Unternehmen nach einem standardisierten Verfahren: CBDMATM (s. nachfolgendes Kap. 4.1.2.1.3)

⁶⁷ International Labour Organization 2001, s.o.

- Refinanzierung der Kosten für den Aufbau des Disability Managements über eingesparte Versicherungsprämien
- Die Ausbildung zum *Certified Disability Management Professional* und zum *Certified Return to Work Coordinator*
- Die internationale Qualitätssicherung und Standardisierung durch das IDMSC™

Die Kosten für den Aufbau des Disability Managements werden in Kanada über eingesparte Versicherungsprämien refinanziert.

Die kanadischen Träger der Unfallversicherung haben, mindestens in einigen Pilotbereichen, **Bonus-Malus-Systeme** entwickelt, die mit einem effizienten betrieblichen Disability Management verknüpft sind. Je nach Erfolg der ergriffenen Maßnahmen erfolgen Beitragszuschläge und -nachlässe. Die Spannweite der Zahlungen hat sich in Kanada in den letzten Jahren zum Teil deutlich erhöht. Gegenwärtig können Unternehmen 10 % Reduzierung der Prämien für die Unfallversicherung erhalten, sobald das Audit mit mind. 80 von 100 Punkten abgeschlossen wurde. Weitere 50 % sind möglich, wenn die "gap analysis" (Analyse der Verbesserungspotenziale) zur Optimierung des Disability Managements genutzt wird.

In diesem Zusammenhang wurden innerbetriebliche Umlagesysteme entwickelt. So werden beispielsweise durch mangelnde Reintegrationserfolge verursachte Beitragszuschläge direkt der Kostenstelle belastet, die eine weitere Mitarbeit des behinderten Arbeitnehmers verweigert. Dadurch soll das Interesse und die Verantwortung des operativen Managements für Return to Work forciert werden. Im Gegenzug werden Beitragsnachlässe an die Mitarbeiter direkt weitergegeben.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Kanada erlauben, dass Unternehmen unter Wahrung bestimmter Standards ein „eigenes betriebliches Rehabilitationssystem“ aufbauen und sich aus dem staatlichen Unfallversicherungssystem lösen können. Dies bietet finanzielle und organisatorische Vorteile.

Die Ausbildung zum Certified Disability Management Professional und zum Certified Return to Work Coordinator⁶⁸

Ein **Certified Return to Work Coordinator** (CRTWC™) arbeitet unternehmensintern oder als externer Berater. Aufgaben sind u.a. die Beschleunigung, die Koordinierung und die Erleichterung der Wiedereingliederung von Mitarbeitern nach Krankheit, Unfall etc.

Ein **Certified Disability Management Professional** (CDMP™) arbeitet unternehmensintern oder als externer Dienstleister und Berater. Er bietet sowohl direkte persönliche Dienstleistungen als auch Leistungen im Bereich Konzeption, Schulung, Beratung, Evaluation für das Unternehmen an.

Für jede der beiden Berufsgruppen wird ein Ausbildungsprogramm mit 500 Std. Umfang absolviert und mit einer Prüfung abgeschlossen. Dafür müssen 300 Multiple Choice-Fragen beantwortet werden. Die Fragen basieren auf den *Occupational Standards in Disability Management* aus dem Jahr 1999⁶⁹ und wurden unter Beteiligung von Arbeitgebern, Gewerkschaften und Berufsgenossenschaften entwickelt. Die Validierung nahm ein renommiertes Institut für Testentwicklung vor.

⁶⁸ International Disability Management Council (2003): *Certification Process for Certified Disability Management Professional™ (CDMP™) and Certified Return to Work Coordinator™ (CRTWC™)*. Zugriff am 09.01.2004 unter <http://www.nidmar.ca/certification/CertificationProcess.PDF>.

⁶⁹ National Institute of Disability Management and Research (Hrsg.) (1999): *Development of Occupational Standards in Disability Management*. Port Alberni.

Die internationale Qualitätssicherung und Standardisierung durch das IDMSC™

Das *International Disability Management Standards Council* (IDMSC™) ist ein internationaler Zusammenschluss von nationalen Vertretern des Disability Management, insbesondere jener Organisationen, die in ihrem jeweiligen Land für die Zertifizierung von Ausbildung und/oder Unternehmen lizenziert sind. Dieses Gremium berät und entscheidet über die international gültigen Standards. Es strebt an, in noch unbestimmter Zukunft eine ISO-Standardisierung des Disability Management zu erwirken. Bisherige Mitglieder kommen aus Kanada, USA, Australien, Irland, den Niederlanden und Deutschland.

4.1.2.1.3 Auditierung und Zertifizierung von Unternehmen nach CBDMA™

Das **Consensus Based Disability Management Audit** (CBDMA™) geht auf internationale Forschung und Entwicklungen von NIDMAR zurück. CBDMA™ wird in Form eines systematischen Audits direkt im Unternehmen durchgeführt, bei dem eine Bewertung des Disability Management-Programms im Konsens zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerstandpunkten sowie durch unabhängige Dritte erfolgt.

Das Audit bietet die Chance, durch eine objektive Messung des unternehmenseigenen Disability Management-Programms einen hohen Standard der Früherkennung von Risiken, der frühzeitigen Intervention und Betreuung von Kranken und/oder Verletzten zu dokumentieren und daran z.B. finanzielle Anreize zu knüpfen. Das gilt für Gesundheitsrisiken innerhalb und außerhalb des Unternehmens.

Im Audit werden mit Hilfe eines umfangreichen und standardisierten Fragenkataloges Informationen gesammelt, analysiert und bewertet, um Verbesserungspotenziale, Ressourcen und Stärken eines Disability Management-Programms aufzuzeigen. Die Leistung des Unternehmens hinsichtlich der systematischen Umsetzung des Disability Management-Programms wird mit den idealtypischen Daten eines optimalen Systems verglichen. Als Ergebnis wird ein Score gebildet.

Abb. 4.1-7 zeigt eine Übersicht über die inhaltlichen Hauptkategorien und die verschiedenen Methoden der Datengewinnung bei CBDMA™.

CBDMA™ (171 Fragen mit fünfstufiger Skala)	
Inhalt	Datengewinnung
<ul style="list-style-type: none"> • Disability Management-Leitbild und Unternehmensressourcen • Prävention von Behinderungen • Frühe Intervention und rechtzeitige Wiedereingliederung 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsensrunde • Evidenz (Dokumentenanalyse) • Interview

Abb. 4.1-7: Inhalt und Datengewinnung bei CBDMA™

Der Fragenkatalog des CBDMA™ ist inhaltlich folgendermaßen gegliedert:

- Disability Management-Leitbild und Unternehmensressourcen
 - Engagement und Befähigung des Arbeitnehmer-Leitung-Ausschusses
 - Verantwortlichkeit, Zuständigkeitspflicht und Befugnis
 - Unternehmenskultur - interne und externe Erwartungen
 - Interne und externe Kommunikation
 - Konzept der Ersatzleistungen und Konsequenzen
 - Kenntnisse und Fertigkeiten der Disability Management-Fachleute

- Prävention von Behinderungen
 - Unfallverhütung und Arbeitssicherheit
 - Arbeitsplatzergonomie
 - Betriebliche Gesundheitsförderung und Förderung von Wohlbefinden
 - Muster von Verletzungen, Behinderungen und Fehlzeiten
 - Daten zu Kosten aus Behinderung

- Frühe Intervention und rechtzeitige Wiedereingliederung
 - Frühe Intervention und Monitoring von Arbeitnehmern
 - Case-Management
 - Koordinierung der Wiedereingliederung
 - Möglichkeiten für Übergangsarbeit
 - Arbeitsanpassungen

Die Datengewinnung erfolgt mithilfe von drei unterschiedlichen Fragetypen, und zwar Konsens-Fragen, Evidenz-Fragen und Fragebogen-/Interview-Fragen.

- Die **Konsens-Fragen** werden von der so genannten "Konsensrunde" beantwortet. Die Zusammensetzung dieser Runde wird zuvor mit dem Auditor abgestimmt. Neben Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern zu gleichen Anteilen können hier der Disability Manager sowie weitere betriebliche Akteure vertreten sein. In der Konsensrunde kann nur im Einvernehmen zwischen den Beteiligten geantwortet werden, ein Dissens führt zur Abwertung. Die Konsens-Fragen sollen Klarheit über die Realisierung des Systems einschließlich des Grades der Übereinstimmung zwischen den Partnern schaffen.
- Die **Evidenz-Fragen** werden nur vom Auditor beantwortet und dienen der Objektivierung. Es soll die Implementation des Disability Management-Programms verifiziert werden. Die Fragen sind der Leitfaden für die Dokumentenanalyse des Auditors. Relevante Dokumente sind u.a. Leitbilder, Verfahrensanweisungen, Fallakten, Protokolle des Integrationsteams.
- Die **Befragung-/Interview-Fragen** werden vom Auditor bei einer Zufallsstichprobe von Arbeitnehmern einschließlich Management angewendet. Dabei soll der relative Anteil bezüglich bestimmter Wahrnehmungen und Sichtweisen bestimmt werden.

Die Antwort auf die Fragen erfolgt jeweils auf einer fünfstufigen Ordinalskala. Die einzelnen Stufen sind mit Definitionen hinterlegt, so dass eine standardisierte Einordnung gewährleistet ist.

Die Dauer eines Audits ist abhängig von der Größe des auditierten Unternehmens bzw. Betriebsteils. Die kanadischen Erfahrungen basieren auf Unternehmensgrößen von weniger als 500 Mitarbeitern und haben dabei etwa 2-3 Tage Dauer für die Vor-Ort-Prüfung ergeben.

Zum Abschluss des Audits werden die Ergebnisse mit der Möglichkeit zur Rückmeldung präsentiert sowie ein standardisierter Abschlussbericht erstellt.

Der **Auditbericht** hat einen Empfehlungscharakter und fokussiert auf Verbesserungspotenziale. Er beinhaltet

- Scores für jedes der 16 Elemente (mit Bezug zum Optimum),
- Auflistung der gegenwärtigen Stärken und Verbesserungspotenziale,
- Zusammenfassung der Diskussionen für jedes Element und
- Empfehlungen für Verbesserungen basierend auf Best Practice, Forschung und Praxis.

Wird im Auditergebnis ein Mindeststandard erzielt, besteht die Möglichkeit der Zertifizierung durch den IDMSC™. An das Auditergebnis werden **Beitragsnachlässe** des Unternehmens zur Unfallversicherung gekoppelt. Ferner kann auf Grund der Standardisierung ein **Benchmarking** mit bereits zertifizierten Unternehmen vorgenommen werden, wodurch ein produktiver Wettbewerb angestoßen werden soll.

4.1.2.1.4 Beispiele für erfolgreiches Disability Management in Kanada⁷⁰

Eine gesetzliche Berufsgenossenschaft in British Columbia (2 800 Mitarbeiter, 150 000 versicherte Arbeitgeber, 175 000 gemeldete Arbeitsunfälle, 8 Milliarden \$ Kapital) erzielte mit ihrem DM-Programm (04/1998 bis 12/1999) folgende Resultate:

- 64 Mitarbeiter wurden aus Rentenbezug gelöst und wieder eingestellt
- 950 000 \$ Kosteneinsparung (Aufteilung zwischen Management und Mitarbeitern)

BC Hydro (staatliche Elektrizitätsgesellschaft mit 5 000 Mitarbeitern) erreichte seit 1995 mit DM folgende Resultate:

- Fehlzeiten durch Arbeitsunfälle um 65 % reduziert
- Berufsgenossenschaftsprämien um 700 000 \$ reduziert (1996)
- Laufende Ersparnisse pro Jahr: 250 000 - 500 000 \$

Pacifica Papers (Papierfabrik mit 1 000 Mitarbeitern) konnte innerhalb eines Jahres (1995/96) folgende Erfolge nachweisen:

- 28 Mitarbeiter aus Rentenbezug gelöst und wieder eingestellt
- 1,25 \$ Millionen Ersparnisse für Management
- 480 000 \$ Ersparnisse für Belegschaft durch reduzierte Prämienbeiträge und Zahlungserlass

⁷⁰ Vortrag von Zimmermann, W. am 16. April 2002 in der BG-Akademie in Hennef/Sieg anlässlich des Expertenhearings „Disability Management – Übertragbar auf das soziale Modell in Deutschland ?!“

4.1.2.2 Disability Management in Deutschland

Der kanadische Ansatz wird derzeit nach Deutschland „importiert“. Die Frage der Übertragbarkeit auf Deutschland wird auf verschiedenen Ebenen diskutiert⁷¹.

Die kanadischen Materialien zur Ausbildung, Zertifizierung und Auditierung sind zwar sehr elaboriert, sie bedürfen jedoch zum Teil erheblicher Anpassungen an das Rechts- und Sozialversicherungssystem in Deutschland. Grundlegende Unterschiede liegen auch in dem hierzulande geringeren sozialen Verantwortungsdruck (und den folgerichtig geringeren Handlungs- bzw. Steuerungsspielräumen) der Unternehmen dank breiterer staatlicher Zuständigkeit sowie der damit anders ausgeprägten Unternehmenskultur.

Sozialgesetzgebung und gesetzliche Regelungsdichte

Unstreitig ist, dass das Disability Management ausgezeichnet in die **Zielsetzung des SGB IX** passt. Sowohl Disability Management als auch das SGB IX propagieren Selbstbestimmung, die Zentrierung auf den Betroffenen und seine Teilhabe. Si ist mit der Forderung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in § 84 SGB IX eine verstärkte Förderung unternehmerischer Initiativen zu beobachten. Damit könnten Passung und Wirksamkeit von DM in Deutschland steigen.

Dennoch müssen zentrale Unterschiede zwischen Kanada und Deutschland zur Kenntnis genommen werden. Dazu gehört die gesetzliche Regelungsdichte insbesondere im Sozialversicherungsrecht.

Handlungsspielräume, die in Kanada – auch auf betrieblicher Ebene – überwiegend zwischen den Sozialpartnern verhandelt werden, sind in Deutschland gesetzlich geregelt. So kann beispielsweise die Dauer und die Höhe der Lohnfortzahlung für das einzelne Unternehmen ausgehandelt werden. Insgesamt erhält damit in Deutschland der dritte Partner „Staat“ ein höheres Gewicht. Das Prinzip der „Konsensbasierung“ ist – soweit es allein auf das Zweiparteiensystem Arbeitgeber-Arbeitnehmer beschränkt bleibt – möglicherweise nicht von gleicher Reichweite wie in Kanada.

Zu berücksichtigen sind u.a. die Sozialgesetzgebung (SGB), das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), das Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG), das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das Datenschutzgesetz (DschG), das Kündigungsschutzgesetz (KSchG), die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), die Gewerbeordnung (GewO) sowie berufsgenossenschaftliche Vorschriften (BGV). Ohne detailliert auf die einzelnen Gesetze einzugehen, sind folgende DM-relevanten Bereiche weitgehend rechtlich gefasst:

- Rollen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben überbetrieblicher Akteure (sieben Träger, Integrationsämter, gemeinsame Servicestellen) und betrieblicher Akteure einschließlich deren Vernetzung
- Case-Management und Verfahren (z.B. Stufenweise Wiedereingliederung)
- Finanzielle Ersatzleistungen im Krankheitsfall (Lohnfortzahlung, Kranken-/Verletzten-/Übergangsgeld, Arbeitslosenhilfe und -geld, Sozialhilfe⁷²)

⁷¹ u.a. Mehrhoff, F. (Hrsg.) (2004): *Disability Management. Strategien zur Integration von behinderten Menschen in das Arbeitsleben. Ein Kursbuch für Unternehmer, Behinderte, Versicherer und Leistungserbringer*. Stuttgart: Genter Verlag.

Vorträge von Zimmermann, W. am 16. April 2002 in der BG Akademie in Hennef/Sieg und am 10. Juli 2002 in Bochum.

Braun, H. & Kuwatsch, S. (2000): *Ansatzpunkte für Disability Management im deutschen System der Hilfen für Behinderte*. Trier: Universität Trier, Zentrum für Arbeit und Soziales.

Mehrhoft, F. & Zimmermann, W. (2000): Reha-Management - eine kanadische Perspektive. *Die BG*, Juli, 409-411.

- Dokumentationspflichten (z.B. Gefährdungsanalysen)
- an den Schwerbehindertenstatus geknüpfte Regelungen
- Arbeitsschutz und -sicherheit
- Betriebliche Mitbestimmung

Hier soll allerdings keineswegs einer generellen Flexibilisierung das Wort geredet werden – schließlich haben nicht zuletzt die gesetzgeberischen Maßnahmen den hohen Standard sozialer und gesundheitlicher Absicherung in Deutschland mit erzeugt. Es geht um die Anpassung des kanadischen Instrumentariums an die Rahmenbedingungen in Deutschland – dabei können und müssen aber im Einzelnen auch kritische, die (Selbst-)Steuerung und Verantwortlichkeit von Unternehmen und Arbeitnehmern einschränkende Einflussfaktoren identifiziert werden.

Schwerbehindertenstatus

Ein weitreichender Unterschied ist der Status des Schwerbehinderten. Er existiert in Kanada nicht, insofern gibt es auch keine daran geknüpften Vorschriften und Vorgehensweisen. Dazu gehören die Ausgleichsabgabe und Quotenregelung, Fördermittel, Integrationsämter, Schwerbehindertenvertrauensleute, Integrationsvereinbarung und Sonderrechte für Schwerbehinderte (Zusatzurlaub, Kündigungsschutz, Teilzeitanrecht).

Unternehmensverantwortung und aktive Unternehmenskultur

In Deutschland stehen staatliche Institutionen ungleich stärker als in Kanada in der Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter. Die Unternehmensverantwortlichkeit ist in Kanada weitaus höher.

Ein wichtiges Prinzip von Disability Management ist der frühzeitige und kontinuierliche Kontakt mit erkrankten oder verunfallten Mitarbeitern. Bewegen wir uns im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere der Arbeitsunfälle, so agieren Arbeitgeber in diesem Feld ähnlich pro-aktiv wie in Kanada. Seitens des Unternehmens sind dann Kommunikation mit dem Betroffenen und mit externen Akteuren, Case-Management, Monitoring von Akutbehandlung und Rehabilitation etc. durchaus die Regel. Ganz anders verhält es sich dagegen im Falle von nicht (oder nicht offensichtlich) arbeitsbedingten Unfällen/Erkrankungen. Die Kontaktaufnahme mit dem Erkrankten durch einen Unternehmensvertreter gilt in solchen Fällen als „politisch inkorrekt“. Dies gilt zumindest für große und mittelständische Betriebe – im Kleinbetrieb mag es sich auf Grund der engeren, überschaubaren sozialen Beziehungen teilweise anders darstellen.

Zwar wird der Arbeitgeber durch die sechswöchige Lohnfortzahlung finanziell belastet, dennoch sind aktive Wiedereingliederungsbemühungen in dieser Zeit sehr gering. In vielen Fällen wird der finanzielle Schaden nicht genügend evident, da der betriebswirtschaftliche Aufwand für AU-Zeiten in den Arbeitskosten für den vorgehaltenen Personalpuffer „versteckt“ ist und – sofern die Fehlzeiten nicht spektakulär werden – leicht als „normal“ bewertet werden. Erst kurz vor Ende der Lohnfortzahlung setzen dann möglicherweise Bemühungen um Kontaktaufnahme, Unterstützung und ggf. Beschleunigung ein – allerdings nicht durch die Unternehmen, sondern z.B. durch die Krankenversicherer.

In den Niederlanden wurde beispielsweise die Unternehmensverantwortung über die Erweiterung der Lohnfortzahlung auf zunächst 12 Monate (1997), jetzt gar 24 Monate (ab 2004; mind. 70% des Nettoeinkommens) erheblich forciert. Im Gegenzug wurden die Unternehmen bei den Sozialabgaben und den Steuern entlastet. Das Interesse der Unternehmen an einer gesunden Belegschaft und an schnellstmöglicher Wiederherstellung von Erkrankten steigt damit beträchtlich.

⁷² ab 01.01.2005 Arbeitslosengeld II

Aber nicht nur dem Arbeitgeber fehlen offenbar Anreize und Motivation, dasselbe gilt auch für den Arbeitnehmer. Sofern der Betroffene nicht seine Mitleistungspflicht grob vernachlässigt, steht die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall dem Nettolohn kaum nach. Ausnahmen gelten z.B. bei Schichtzulagen, die nicht in die Lohnfortzahlung eingehen. Entsprechend sind etwa beim Fehlzeiten-Vergleich zwischen Tages- und Nachtschicht desselben Betriebes signifikante Unterschiede feststellbar: der Nachtschichtler ist seltener krank.

Aktivierend wirken die Regelungen zur stufenweisen Wiedereingliederung. Allerdings greifen diese Regelungen erst bei Zuständigkeit eines Kostenträgers. Temporäre Umsetzungen oder Arbeitsplatzanpassungen innerhalb der Lohnfortzahlung fallen nicht darunter.

Die genannten gesetzlichen Regelungen haben nur eine begrenzt aktivierende Wirkung. Trotzdem oder gerade deshalb stellt sich die Frage wie darüber hinaus eine aktive Unternehmenskultur im Hinblick auf Disability Management forciert werden kann.

Zentral für den Erfolg des Konzepts ist, dass geeignete und überzeugte „**Promotoren**“ im Unternehmen gefunden werden, die für die Vorteile des Disability Management unternehmensintern werben – u.U. auch gegen die, bei strukturellen Veränderungen unvermeidlich auftretenden, Befürchtungen einzelner Abteilungen oder Funktionsträger, Einfluss zu verlieren. Bei den Betroffenen selbst ist möglicherweise die **Akzeptanz** nicht immer gegeben. So gehen beispielsweise kanadische Arbeitgeber direkter auf ihre Mitarbeiter zu. Beispiel: wenn diese sich krank melden, dann ist ein Telefonanruf am ersten Tag nicht ungewöhnlich.

Lohnenswert erscheint, traditionelle und gewachsene Vorgehensweisen im Betrieb zu überdenken und gegebenenfalls zu ändern, z.B. einen erkrankten Mitarbeiter nicht zu Hause anrufen dürfen. Liegt der Grund darin, dass der Betrieb dies schon immer so gemacht hat? Oder ist ein gewisses Misstrauen zwischen Betriebsrat und Unternehmensleitung dafür verantwortlich? Könnte diese Aufgabe nicht eine Vertrauensperson übernehmen?

Kosteneinsparungspotenziale

Der managementorientierte Ansatz des Modells kommt dem Blickwinkel vieler Akteure im Unternehmen entgegen und passt grundsätzlich sehr gut in die betriebliche Realität. Ein entscheidender Vorteil des Konzeptes insbesondere für Großunternehmen ist, dass es auf **kostenrelevante Gestaltungsfelder** hinweist, die bisher noch wenig systematisch bearbeitet werden. Dazu zählen die Reduzierung von Kosten für nicht optimalen Arbeitseinsatz, für Einbußen bei der Produktqualität, für Vertretungen bzw. Fehlzeiten, für eigene medizinische Dienste und ggf. auch für firmeneigene Förderungen (Beihilfen, Vorruhestand etc.).

Die Wirtschaftlichkeit des Disability Management konnte in zahlreichen kanadischen Unternehmen nachgewiesen werden. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass in Deutschland übliche Versicherungsleistungen unter bestimmten Voraussetzungen in Kanada Unternehmensleistungen sein können, z.B. können sich kanadische Unternehmen aus dem staatlichen System der Unfallversicherung lösen. Daraus ergeben sich direkte Einsparpotenziale, die in Deutschland nicht möglich sind.

Externe finanzielle Anreize für den Arbeitgeber

Finanzielle Anreizsysteme für den Arbeitgeber sind von großer Bedeutung, um Disability Management einzuführen und aufrecht zu erhalten. Aus diesem Grund werden auf verschiedenen Ebenen derzeit Anreizsysteme diskutiert. Ein Erfolg auf diesem Gebiet könnte der entscheidende Impuls für die Einführung des Disability Management in Deutschland sein. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) diskutiert gegenwärtig die Einführung von Prämien und Bonus-(Malus-)Systemen, wofür der **§ 162 Abs. 2 SGB VII** die gesetzliche Grundlage bietet. Darüber hinaus könnten die Rehabilitationsträger und die

Integrationsämter die Arbeitgeber durch Prämien fördern, wenn sie ein Betriebliches Eingliederungsmanagement einführen (§ 84 Abs. 2 SGB IX). Rechtsgültig seit dem 01.01.2004 ist die Regelung, dass die Krankenkassen dem Arbeitgeber bei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus bewilligen können, Grundlage ist der § 65a Abs. 3 SGB V.

Ein bereits existierendes Anreizsystem für den Arbeitgeber stellt die stufenweise Wiedereingliederung dar, bei der der Rekonvaleszent Unterhaltsleistungen des zuständigen Leistungsträgers erhält und das Unternehmen keinen Lohn zahlen muss. Darüber hinaus bestehen gesetzliche Regelungen für finanzielle Unterstützungen zu technischen Hilfsmitteln für Behinderte und insbesondere für Schwerbehinderte.

Ein Beispiel aus Kanada zur Prämienreduzierung bei der Unfallversicherung wird in Kap. 4.1.2.1.2 gegeben.

Finanzielle Anreize für den Arbeitnehmer

Nicht nur für Arbeitgeber, sondern auch für den verletzten oder erkrankten Arbeitnehmer sind Kosteneinsparungen und finanzielle Anreize bedeutsam, um eine frühzeitige und dennoch sichere Wiedereingliederung zu stimulieren. In Kanada besteht hier ein großer Spielraum, da z.B. Lohnkürzungen und Kürzungen von Lohnzusatzleistungen auf Grund gesetzlicher und gewerkschaftlicher Rahmenbedingungen bereits ab dem ersten Krankheitstag denkbar sind. Im Gegensatz dazu gewährleistet in Deutschland die sechswöchige Lohnfortzahlung sowie das Kranken- und Verletztengeld eine eindeutig geregelte finanzielle Absicherung auf einem hohen Niveau. Dieses Konzept hat aber auch zur Folge, dass eine aktive Rolle der Arbeitgeber und Arbeitnehmer im Hinblick auf eine frühzeitige und dennoch sichere Wiedereingliederung häufig ausbleibt und der Betroffene u.U. länger als nötig die Krankenrolle beibehält. Es wäre zu überprüfen, welche finanzielle Anreize in Deutschland ausgeschöpft werden können und welche Negativreize bestehen.

Eine mögliche Lohnkürzung ist der Wegfall von Zulagen (Schmutz, Nacht, Lärm) im Krankheitsfall oder zusätzliche finanziellen Belastungen im Krankheitsfall (z.B. durch die Gesundheitsreform).

Lohnzuwächse könnten sich ergeben, wenn eine hohe Gesundheitsquote oder frühzeitige Eingliederung mit Sonderbudgets (z.B. Prämien am Jahresende) belohnt wird oder der Arbeitgeber erzielte finanzielle Einsparungen auf seine Mitarbeiter umlegt. Ferner können die Krankenkassen gem. § 65a Abs. 3 SGB V den Arbeitnehmer mit Boni belohnen, wenn dieser entsprechende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch nimmt. Darüber werden temporäre Beitragsnachlässe zur Krankenversicherung diskutiert.

Case-Management und neues Berufsbild

Eng verknüpft mit der aktiven Rolle der Beteiligten ist das Thema Case-Management. Es fällt auf, dass die Teilhabe am Arbeitsleben aus der Perspektive des Unternehmens heraus entwickelt wird. Das Unternehmen ist nicht eine „nachgeordnete Stelle“ des staatlich strukturierten Rehabilitationssystems, sondern der Ausgangs- und Endpunkt aller Rehabilitationsbemühungen. Dieser Blick ist für deutsche Verhältnisse eher ungewöhnlich, aber darin liegt auch der Charme des Ansatzes. Wie bei dem berufsgenossenschaftlichen System der Berufshelfer wird Disability Management als ein Prozess verstanden, den es aus „einer Hand“ zu steuern gilt. Während kanadische Unternehmen Verantwortung für die Fallsteuerung auch bei überbetrieblichen Leistungen übernehmen, obliegt dies in Deutschland i.d.R. den Ärzten (Hausarzt als Lotse) oder den Trägern.

Mit dem *DM-Professional* bzw. dem *Return to Work Coordinator* entsteht in Deutschland ein neues Berufsbild, dessen institutionelle Einbindung z.T. noch offen ist, unternehmensintern oder auch -extern bei einem Träger bzw. privaten Anbieter. Unabhängig von berufspolitischen Diskussionen ist jedoch, dass ein erfolgreiches Case-Management nur

in kooperativer Zusammenarbeit betriebsinterner und -externer Experten (Gesetzliche Krankenversicherung, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, der niedergelassenen Ärzteschaft, den anliegenden Krankenhäusern und auch der Wissenschaft) funktioniert. Die Inanspruchnahme der Dienstleistungen privater Berater ist in Kanada – insbesondere auch für kleine und mittlere Unternehmen – durchaus die Regel. Entsprechende Anbieter müssen sich auf dem Markt durch die Qualität ihrer Arbeit behaupten. Hierzulande gibt es allenfalls im Bereich der privaten Versicherungen selbständige Case-Manager. Ein Wettbewerb ist in Deutschland in diesem Feld kaum zu beobachten.

Übergangsarbeit

Ein tragendes Element in den kanadischen Disability Management-Programmen ist die Übergangsarbeit. Darunter fallen temporäre Umsetzungen oder Tätigkeitsveränderungen, die eine sichere und frühzeitige Rückkehr zur Arbeit noch vor vollständiger Genesung möglich machen. In Deutschland werden derartige Konzepte unter dem Begriff der „**stufenweisen Wiedereingliederung**“ nach längerer Verletzung oder Erkrankung umgesetzt. Übergangsarbeit während der ersten 6 Wochen ist ein bislang wenig genutztes Instrument. In diesem Zusammenhang müssten die Betriebe für die damit verbundenen Einsparpotenziale sensibilisiert, die Arbeitnehmervertreter vom Nutzen überzeugt, die Kooperation mit den behandelnden Ärzten ausgebaut und die relevante Rechtsprechung berücksichtigt werden.

4.1.2.2.1 Die Ausbildung

Die kanadischen Ausbildungscurricula mit **25 Modulen**⁷³ einschließlich Prüfung werden derzeit unter der Federführung des HVBG auf deutsche Verhältnisse angepasst. Die Ausbildungsinhalte decken ein breites Spektrum von Kompetenzen ab: vom systematischen Aufbau des Disability Management-Systems, über Kommunikations- und Konfliktmanagement, Assessment, Arbeitsanalysen, körperliche und geistige Behinderung, Sozialrecht und soziale Sicherung, Arbeitssicherheit/Arbeitsschutz bis hin zu Marketing und Pressearbeit.

Diese Inhalte finden Eingang

- in das Bachelor-Curriculum (FH) des Studienganges "Sozialversicherung/ Unfallversicherung" (Abschluss: *Bachelor of Arts in Social Security Management*), der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg und zum anderen
- in sonstige Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung mit Prüfung zum *Certified Disability Management Professional (CDMP™)*, *Certified Return to Work Coordinator (CRTWC™)* oder ähnlichen Abschlüssen, die vom HVBG und anderen Versicherern, Organisationen bzw. Konsortien angeboten werden. Diese letztere Weiterbildung genügt den Standards von NIDMAR für eine Personalzertifizierung unter der Voraussetzung, dass der HVBG hierzu eine Prüfstelle errichtet und als exklusive Zertifizierungsstelle für eine bundesweite Qualitätssicherung sorgt.

Das Aufgabenspektrum für Absolventen dieser Qualifizierungsmaßnahmen hat große Schnittmengen mit dem eines Berufshelfers der Berufsgenossenschaft oder auch dem eines Case-Managers – wie er von verschiedenen Bildungsträgern, privaten Versicherern u.a. ausgebildet wird.

⁷³ National Institute of Disability Management and Research (2003): *Program Modules*. Zugriff am 08.09.2003 unter http://www.nidmar.ca/education/education_online/online_module_descriptions.asp.

4.1.2.2.2 Die Zertifizierung von Unternehmen durch den HVBG und das Audit durch IQPR

Zwischen NIDMAR, HVBG und dem *Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation (GmbH) an der Deutschen Sporthochschule Köln* (IQPR) wurde eine Einigung erzielt, die den Transfer des kanadischen Systems nach Deutschland einen entscheidenden Schritt weiter bringt: die Zertifizierung von Unternehmen nach dem IDMSCTM-Standard. Das Zertifikat wird vom HVBG verliehen, das **Audit (CBDMATM) von IQPR** abgenommen.

Um ein offizielles Zertifizierungsaudit durchführen zu dürfen, müssen die Auditoren nach dem CBDMATM-Standard geschult sein. Diese Anforderungen erfüllen die Auditoren des IQPR.

Das Zertifikat birgt verschiedene Vorteile für das Unternehmen (z.B. Marketing-Vorteile, Nachweis der Qualität des DM-Systems). Allerdings werden finanzielle Aspekte der entscheidende Anreiz für die Unternehmen sein. Aus diesem Grund finden gegenwärtig Gespräche statt, ein Bonus-Malus-System bei den Prämien zur Unfallversicherung zu entwickeln.

Anpassung des Auditinstruments auf deutsche Verhältnisse

Für die Anpassung des Instruments sind die oben genannten strukturellen und kulturellen Unterschiede zu reflektieren. Diese Vorüberlegungen sind noch nicht abgeschlossen, der Diskussionsstand ist zusammengefasst. Die daraus resultierenden Konsequenzen müssen auf die entsprechenden Auditelemente übertragen sowie die Bewertung und Gewichtung der standardisierten Antworten angepasst werden.

Die Datenerhebung im Audit erfolgt mittels der drei Fragetypen, d.h. den Konsensfragen (an die Konsensrunde aus Leitung, Arbeitnehmer, Experten), den Evidenzfragen (überwiegend durch Dokumentenanalyse) und den Interviewfragen (an eine Stichprobe aus der Belegschaft). Dieses Vorgehen erscheint auch für deutsche Verhältnisse sinnvoll. Für die Konsensfragen ist jedoch zu bedenken, dass die Gestaltungsspielräume durch einen Konsens zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Deutschland nicht die Reichweite besitzen, die im CBDMATM vorausgesetzt ist.

Die Bewertung von Unternehmen durch Auditierung soll sich nicht auf Faktoren beziehen, die durch das Unternehmen nicht beeinflusst werden können, weil sie gesetzlich geregelt sind. Anderenfalls würde die gewünschte stimulierende, motivierende Wirkung leiden. Andererseits können solche Faktoren durchaus in ein internationales Benchmarking eingehen. Für dieses Dilemma muss eine Lösung gefunden werden, wenn das Disability Management seinen großen Vorteil, die internationale Standardisierung, erhalten und ausbauen soll.

Vor diesem Hintergrund bietet sich ein modularer Aufbau des Instruments an, d.h. es gibt einen internationalen Teil und einen nationalen Teil.

Insgesamt bestehen für die inhaltliche Anpassung der 171 Fragen mit den zugehörigen Antworten folgende Optionen:

- übernehmen
(z.B. strukturelle Voraussetzungen zum DM-Programm)
- funktional adäquat ersetzen
(z.B. die kanadischen durch die deutschen Versicherungsträger⁷⁴)

⁷⁴ Das kanadische Sozialversicherungssystem ist u.a. durch private Anbieter für STD (short term disabilities) und LTD (long term disabilities) sowie durch WCB (Workers compensation boards) gekennzeichnet. Das damit gebotene Leistungsspektrum muss funktional adäquat durch das deutsche Spektrum mit seinen 7 Träger ersetzt werden.

- komplett streichen
(z.B. Evaluation des Ersatzleistungskonzepts⁷⁵)
- neu generieren
(z.B. Themen der Schwerbehinderung)

Eine quantitative Abschätzung des Anpassungsbedarfs ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich, da die Systemunterschiede – also das was gemessen werden soll – noch nicht ausreichend aufgearbeitet sind. Tendenziell können die meisten Fragen übernommen und/oder funktional adäquat ersetzt werden. Hier liegt der Schwerpunkt der gegenwärtigen Arbeit.

4.1.2.2.3 Die Umsetzung im Großunternehmen

Das Beispiel Ford-Werke AG Köln (s. Materialsammlung - I):

Die Ford-Werke AG Köln haben gemeinsam mit IQPR seit 2000 ein DM-System entwickelt und installiert, das mit der Personalposition eines „Disability Managers“ und einer zugehörigen Kostenstelle in einem Großunternehmen seinen vorläufigen Höhepunkt fand. Wichtig ist dabei, dass sowohl die gesamte Unternehmensführung, als auch die Arbeitnehmersvertretung, die Betriebsmediziner, die Schwerbehindertenvertreter, Techniker und Meister geschlossen hinter diesen Aktivitäten stehen. Für die nahe Zukunft ist die Zertifizierung des DM-Systems in den Ford-Werken AG nach dem kanadischen Standard (CBDMATM) vorgesehen.

Aus der Arbeit mit Ford und den kanadischen Erfahrungen lassen sich Schritte für die Einführung und Pflege eines DM-Systems definieren, die nachfolgend skizziert werden.

Die Unternehmensleitung und Arbeitnehmersvertretung müssen vom Nutzen eines Disability Management-Systems überzeugt sein und sich für dessen Aufbau sowie für die Bereitstellung der Ressourcen entscheiden (**Entscheidung und Legitimation**). In großen Unternehmen muss es aber nicht gleich die ganze Firma sein: Disability Management lässt sich auch in Teilbetrieben, Abteilungen o.ä. aufbauen und später erweitern.

Ein Team und ggf. ein externer Berater führen eine **Stärken-/Schwächenanalyse** des Unternehmens („Betriebsdiagnose“) durch. Auf dieser Grundlage werden Programmziele und erforderliche Ressourcen festgesetzt.

Struktureller Kern des DM-Systems ist das **Integrationsteam**, in dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer, aber auch alle wichtigen Unternehmensbereiche (Schwerbehindertenvertretung, Personaldienst, Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit, Technik) vertreten sind und zusammenarbeiten. Das Team hat strategische und operative Aufgaben. Idealerweise steht dem Team ein ausgebildeter **Disability Manager** vor. Dies sollte eine Person sein, die neben der persönlichen und fachlichen Eignung auch das Vertrauen sowohl der Unternehmensleitung als auch der Arbeitnehmersvertretung genießt.

Das **DM-Programm** ist schriftlich fixiert und beschreibt die Umsetzung der wesentlichen Disability Management-Aktivitäten. Die Aktivitäten folgen einem systematischen Regelkreislauf aus Analyse, Intervention und Evaluation. Inhaltlich beziehen sie sich auf die drei Kategorien des Disability Management:

- DM-Leitbild und Ressourcen des Unternehmens
- Prävention von Behinderungen
- Frühe Intervention und rechtzeitige Wiedereingliederung

⁷⁵ Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall sind in Kanada Verhandlungsgegenstand, in Deutschland dagegen durch die Sozialgesetzgebung eindeutig geregelt (s.o.).

Schlüsselprinzipien sind:

- Früherkennung und Frühe Intervention
- Kontakt zum Betroffenen
- Kontakt zu internen und externen Akteuren
- Assessment
- Konzipierung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Return-To-Work-Strategien
- Vernetzung der internen Akteure (Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit, Gesundheitsdienst etc.)

Ähnlich dem Qualitätshandbuch beim Qualitätsmanagement werden alle wesentlichen Festlegungen getroffen und verschriftlicht:

- Leitbilder, Zielsetzungen und Verfahren
- Aufgaben und Verantwortungsbereiche aller wichtigen Akteure
- Strategien für eine effektive Kommunikation im Unternehmen
- Return-To-Work-Strategien
- Struktur der Datenbank für alle Aufzeichnungen und Informationen sowie zugehörige Verfahren
- Monitoring, Evaluation und Verbesserungsprozeduren

Das Programm kann nur funktionieren, wenn es bekannt ist und festgelegte Verfahren sowie Kommunikationswege eingehalten werden (**interne und externe Kommunikation**). Hinter dieser trivial erscheinenden Feststellung steht in der betrieblichen Praxis jedoch ein zuweilen mühsamer Prozess der Eröffnung neuer, abteilungsübergreifender Kommunikationsstrategien.

Ein fortlaufendes **Monitoring** des Einzelfalls und eine **Datenbank** zum Disability Management-System bilden die Grundlage für Kosten-Nutzen-Analysen, für die Analyse und die Evaluation des Programmerfolgs und damit für eine kontinuierliche Verbesserung des Programms.

Mit dem **Audit** (CBDMA™) wird die Leistung des Unternehmens hinsichtlich der systematischen Umsetzung des Disability Management-Programms durch unabhängige Dritte gemessen. Das praktizierte System wird mit den Anforderungen an ein optimales System verglichen und dergestalt ein Score gebildet.

Die "gap analysis" (Analyse der Verbesserungspotenziale), die das Audit leistet, gibt Anhaltspunkte für Verbesserungen. Das schließt die **Reduzierung von Kosten** für nicht optimalen Arbeitseinsatz, für Einbußen bei der Produktqualität, für Vertretungen bzw. Fehlzeiten, für eigene medizinische Dienste und ggf. auch für firmeneigene Förderungen (Beihilfen, Vorruhestand etc.) ein.

An das Auditergebnis werden in Kanada Prämienreduzierungen bei der Unfallversicherung gekoppelt (s. Kap. 4.1.2.1.3). In Deutschland sind ähnliche Entwicklungen möglich: die gesetzlichen Grundlagen dürften künftig eine stärkere Verantwortung, aber auch eine entsprechende Förderung für die Unternehmen ermöglichen.

Im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung sowie weiterer Kostenreduzierung und Prämienreduzierung bei der Unfallversicherung wird nach einem angemessenen Zeitraum ein **Wiederholungs-Audit** durchgeführt.

4.1.2.2.4 Die Umsetzung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU)

In KMU arbeiten in Deutschland ungefähr 2/3 aller Beschäftigten. In KMU ist die Belastung und Beanspruchung der Arbeitnehmer nicht geringer ausgeprägt als in Großbetrieben. Fehlzeiten treten in KMU zwar weniger häufig auf, sind dafür aber umso schwerer zu kompensieren. Nicht nur deshalb besteht hier der Bedarf an Disability Management in vergleichbarer Weise. In den meisten KMU fehlt es jedoch an Institutionen wie Arbeitnehmerinteressenvertretung, Betriebsrat oder Gewerkschaft sowie an kompetenten Akteuren des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin. Insofern sind die o.g. Schritte, die sich auf Großunternehmen beziehen, nicht ohne weiteres auf KMU übertragbar.

Durch Unternehmenskooperationen – in der Praxis des Betrieblichen Gesundheitsmanagements haben sich homogene und regionale Zusammenschlüsse bewährt – lassen sich einerseits Defizite kompensieren und Synergieeffekte erzielen. Andererseits müssen Externe die fehlende Infrastruktur in KMU kompensieren, ohne die Betriebe aus der notwendigen Eigenverantwortung zu entlassen. Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt:

Welche Bereiche können KMU nur begrenzt oder gar nicht ausfüllen?

Exemplarisch seien genannt:

- Personelle, vor Allem fachliche und zeitliche Ressourcen (Integrationsteam und Disability Manager)
- Administration (z.B. Verschriftlichung der Verfahren, Strukturierung der Datenbank, Evaluation)
- Konzipierung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Return-To-Work-Strategien
- Aufbau von Vernetzungen mit überbetrieblichen Experten

Welche Experten oder Institutionen können diese Bereiche übernehmen?

Voraussetzung für externe DM-Dienstleistungen ist – neben der Qualifikation der Fachkräfte, die wesentlich über geeignete Aus-/Fortbildung sicher zu stellen ist – dass alle Facetten und Stationen des DM „aus einer Hand“ bearbeitet werden können. Hier darf es weder zu einer Reduzierung auf Schwerbehinderung, noch zu Zuständigkeitsbarrieren auf Grund von Unfallkausalität o.ä. kommen. Gerade das kleine Unternehmen ist auf das „rote Telefon“ bzw. den pro-aktiv agierenden, breitbandig kompetenten Berater angewiesen, lange Recherchen nach dem richtigen Ansprechpartner führen hier zum Abbruch der Aktivitäten.

Mögliche Experten und Institutionen sind z.B. Gemeinsame Servicestellen aller Reha-Träger, Experten einzelner Reha-Träger, Integrationsfachdienste und private Anbieter sowie die Vernetzung von Experten in Kompetenzzentren.

Die Gemeinsamen Servicestellen aller Reha-Träger verfolgen die in § 22 SGB IX definierten Aufgabenbereiche und beraten behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, ihre Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten, dagegen werden Arbeitgeber nicht aufgeführt. Nach § 84 Abs. 2 SGB IX werden jedoch Arbeitgeber als möglicher Kunde einer gemeinsamen Servicestelle – bei Fragen zur Schwerbehinderung das Integrationsamt – benannt. Insofern ist eine Arbeitgeberberatung durch Gemeinsame Servicestellen möglich.

Als private Anbieter kommen z.B. Unternehmensberatungen, Beratungsstellen der Gewerkschaften, Unternehmensverbände, Experten privater Versicherungen, Wissenschaftseinrichtungen oder Kammern in Frage.

Integrationsfachdienste könnten ihre bisherigen Zuständigkeiten über den Bereich der Schwerbehinderung hinaus erweitern.

Experten einzelner Reha-Träger, wie z.B. die Berufshelfer der Berufsgenossenschaften, sind möglicherweise von der institutionellen wie fachlich Einbindung prädestiniert, allerdings besteht hier das Risiko der erneuten Errichtung von Zuständigkeitsgrenzen.

Träger externer DM-Dienstleistungen müssen, unabhängig von ihrer institutionellen Herkunft/Einbindung, einer entsprechenden Qualitätssicherung unterworfen sein. Die Eckpunkte eines solchen Kriterienkatalogs könnten sein:

- standardisierte Ausbildung zur DM-Fachkraft (s. Kap. 4.1.2.2.1),
- maximale Unabhängigkeit von den Interessen Dritter
- Unternehmensnähe: die Sprache der Unternehmen verstehen/sprechen und gleichermaßen
- Nähe zu den betroffenen Menschen: die Situation und die Bedarfe der von Krankheit und/oder Behinderung bedrohten/betroffenen Menschen verstehen/beurteilen können

Die Entwicklung und Umsetzung praktikabler Modelle, die den Bedarf der KMU einschließlich des institutionellen Umfelds berücksichtigen, wird in Zukunft verstärktes Interesse gewidmet werden müssen.

4.2 Frühwarnsystem

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.2.1	Begriffsbestimmung und Begriffsabgrenzung im Kontext präventiver Interventionsentscheidungen 117
4.2.2	Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs unter Berücksichtigung institutioneller variabler und grundsätzlicher Rahmenbedingungen 118
4.2.3	Wirkungskettenmodell und Prognosemodell als theoretisch-konzeptionelle Basis von Frühwarnsystemen..... 121
4.2.4	Charakteristische Mechanismen und Merkmale eines Frühwarnsystems 123
4.2.5	Resümee – „Frühwarnsystem“ 127

Neben den Aufgaben der (Primär-) **Prävention** gemäß § 20 SGB V beziehen sich die übergeordneten Ziele von Prävention auf **frühzeitiges Erkennen** und **frühzeitiges Eingreifen** zum Zwecke der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit im Sinne von Integration, Re-Integration und Weiterbeschäftigung. Folgerichtig ist – entsprechend dem aus dem sozialen Recht abgeleiteten Grundsatz der „möglichst frühen Intervention“⁷⁶ – die soziale und berufliche Desintegration eines Versicherten nur dann zu vermeiden, wenn Interventionen bereits bei einer existierenden Gefährdung der Erwerbsfähigkeit beim Versicherten oder Arbeitnehmer frühzeitig einsetzen. Eine entsprechende gesetzliche Verankerung findet sich diesbezüglich u.a. im § 84 SGB IX wieder, durch den der Arbeitgeber verpflichtet wird, frühzeitig zu reagieren, wenn sich Interventionsbedarf andeutet.

Die frühzeitige Einschätzung der existierenden Gefährdung kann sich nur auf die Vorhersage einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Gesundheit stützen. Die Erarbeitung prognostischer Aussagen und die Auseinandersetzung mit bestehenden Wirkungszusammenhängen hinsichtlich der bestehenden Gefährdung ist zwingend notwendig, denn sie stellt die Voraussetzung der **Bedarfs- bzw. Bedürftigkeitsklärung** dar. Sie begründet daher erst die Notwendigkeit zur Intervention. Darüber hinaus setzt die tatsächliche Erkennung von Gefährdungspotenzialen qualifizierte Instrumente der Diagnostik voraus.

Bislang sind Ansätze zur systematischen frühzeitigen Erkennung gefährdeter Beschäftigter bzw. zur Identifikation von Risikopotenzialen in der Arbeitswelt unzureichend entwickelt oder der hohe Stellenwert von prognostischen Aussagen und Wirkungskettenmodellen bleibt in den zu Grunde gelegten methodischen Überlegungen existenter Ansätze häufig unberücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung und Implementierung von Systemen zur **Frühwarnung**, den **Frühwarnsystemen**, von Bedeutung. Diese können als mit einer Kernfunktion versehene Systeme im Rahmen des Gesundheitsmanagements angesehen werden. Ihre Funktion besteht insbesondere in der speziellen Art der **Diagnostik**, in der sowohl Personen bzw. Personengruppen, Arbeitsplätze als auch beide Bereiche hinsichtlich bestehende Gefährdungspotenziale betrachtet werden können. Der diagnostische Ansatz zeichnet sich vor Allem durch den Anspruch auf systematische Umsetzung (**Systemcharakter**), die starke Orientierung am tatsächlich bestehenden Bedarf (**Bedarfsorientierung**) und durch die Umsetzung vom Prinzip der **Frühzeitigkeit** aus (s. Kap.3.1). Die Umsetzung dieser Prinzipien findet sowohl bei der Analyse von Arbeitsplätzen als auch bei der Betrachtung von Personen statt. Der personenfokussierten Betrachtung sollte darüber hinaus ein **individuumorientierter Ansatz** zu Grunde liegen.

Einsatzbereiche für Frühwarnsysteme können unterschiedliche am Gesundheitssystem beteiligte Institutionen und Organisationen sein. Sowohl auf betrieblicher Ebene in den Unternehmen als auch überbetrieblich, z.B. auf der Sozialleistungsträgerebene wie den Krankenkassen können diese Systeme zur Umsetzung des Präventionsgedankens beitragen.

In den folgenden Kapiteln soll zunächst die nähere Begriffsbestimmung und Begriffsabgrenzung für das Frühwarnsystem vorgenommen werden, begleitet von dem Versuch eine für den Bereich der Gesundheitsförderung allgemein gültige Definition des Begriffs aufzustellen. Daran anschließend werden, unter Berücksichtigung von grundsätzlichen sowie speziellen betrieblichen und überbetrieblichen Rahmenbedingungen, Eckpunkte für die Entwicklung eines konkreten Frühwarnsystem-Designs beschrieben. Angesichts ihrer großen Bedeutung für die Systementwicklung werden im weiteren Verlauf theoretische Grundlagen zu **Wirkungskettenmodellen** aus arbeitswissenschaftlicher Sicht sowie zu **Prognosemodellen** erarbeitet und am Beispiel der Erwerbsminderung veranschaulicht. Darauf aufbauend werden modellhaft die charakteristischen Merkmale und

⁷⁶ Haines, H. (2000, 361): Eingliederung behinderter Menschen. In: BMA [Hrsg.]: Übersicht über das Sozialrecht. Bonn: BMA.

Mechanismen eines Frühwarnsystems in Grundzügen beschrieben, wobei weitgehend von den entsprechenden konkreten betrieblichen oder überbetrieblichen Strukturen abstrahiert wird. Dieses kann beim Aufbau von Frühwarnsystemen als Orientierungshilfe fungieren.

4.2.1 Begriffsbestimmung und Begriffsabgrenzung im Kontext präventiver Interventionsentscheidungen

Der Begriff Frühwarnsystem wird überwiegend im betriebswirtschaftlichen Bereich im Zusammenhang mit der frühzeitigen Erkennung finanzieller Engpässe und Risiken verwendet. Dies geschieht beispielweise unter Verwendung der *Balanced Scorecard* als Leistungsmessungssystem finanzieller und nicht finanzieller betrieblicher Kennzahlen⁷⁷. Auf diese Weise werden auf der Grundlage vorliegender Daten, kennzahlengestützt, sich anbahnende Fehlentwicklungen ökonomischer Art prognostiziert und frühzeitig entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet.

In Anlehnung an diese Sichtweise ist für das Verständnis von Frühwarnsystemen im Bereich der Gesundheitsförderung bedeutsam, dass sich ein entsprechendes System als ein handlungsauslösendes System betrachten muss. Es greift auf daten- bzw. erhebungsgestützte Informationen zurück und hebt den Stellenwert des Prinzips der **Frühzeitigkeit** hervor.

Zur Einordnung von Frühwarnsystemen in bestehende Präventionsansätze muss deutlich werden, dass präventive Ansätze der primären, sekundären und tertiären Prävention stets mit einer Absicht zur Intervention einhergehen. Dabei stehen Maßnahmen im Vordergrund, die auf das Reduzieren oder das Verhindern unerwünschter Effekte, einer Fehlentwicklung, die in ihrem Entwicklungsverlauf durch bestimmte Einflussfaktoren beeinflusst wird, abzielen. Präventive Maßnahmen können an verschiedenen Stellen dieses Prozesses ansetzen (s. Abb. 4.2-1).

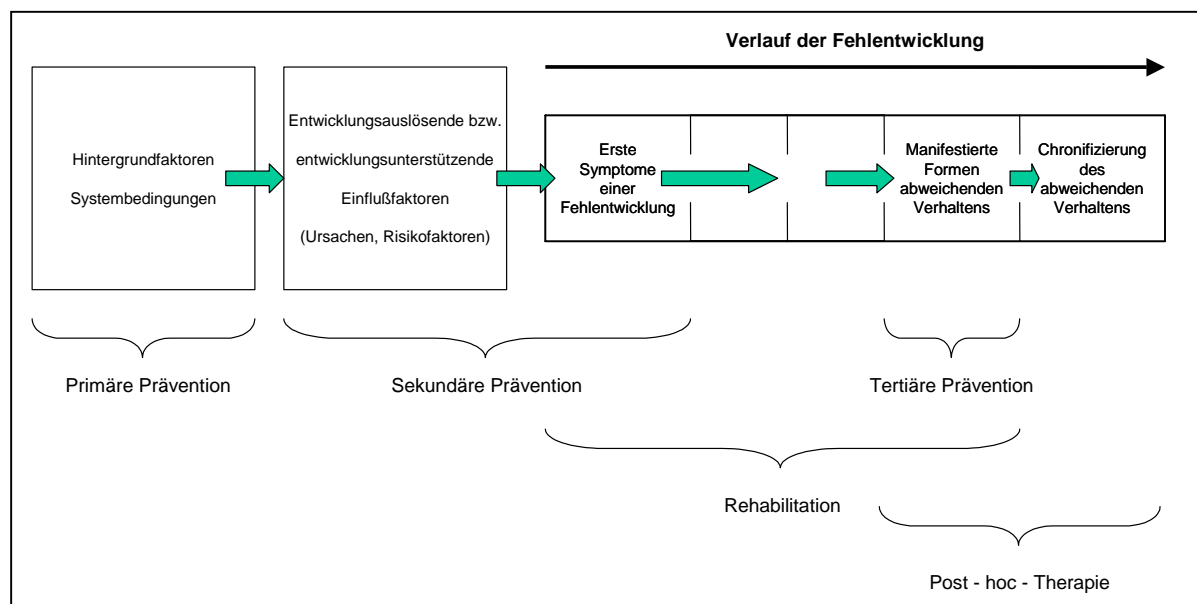


Abb. 4.2-1: Das hypothetische Denkmodell der präventiven Handlungsstrategie⁷⁸

⁷⁷ Kaplan, R., Norton, S., David, P. (1997): *Balanced Scorecard - Strategien erfolgreich umsetzen*, aus dem Amerikanischen von Péter Horváth, Beatrix Kuhn-Wüfel, Claudia Vogelhuber, Stuttgart: Schäffer-Poeschel 1997.

⁷⁸ Abbildung modifiziert und überarbeitet Krapp A (1979, 209): *Prognose und Entscheidung: zur theoretischen Begründung und Differenzierung der pädagogischen Prognose*. Weinheim, Basel: Beltz.

Hinsichtlich des handlungsauslösenden Charakters von Frühwarnsystemen ist eine definitorische Abgrenzung zwischen Frühwarnsystemen und den möglicherweise darauf aufbauend eingeleiteten Interventionen zwingend notwendig. Demzufolge repräsentiert das Frühwarnsystem ausschließlich die **Ebene der Diagnostik** und schließt die einzelnen Interventionen bzw. das Maßnahmensystem zunächst aus. Es existieren jedoch trotzdem Berührungspunkte zwischen beiden Ebenen, so z.B. bei der Auswahl von zu analysierenden Kriterien, die mit den potentiellen Handlungsmöglichkeiten bzw. den Kapazitäten des Maßnahmensystems abgestimmt werden müssen (s. Kap. 4.2.2).

Vor diesem Hintergrund könnte eine allgemeine Begriffsdefinition von Frühwarnsystem im Kontext der Gesundheitsförderung wie folgt vorgenommen werden:

Ein Frühwarnsystem ist als ein überbetriebliches und/oder betriebliches, datenbasiertes Informationssystem zu verstehen, welches mögliche gesundheitsrelevante Gefährdungen und Risiken mit zeitlichem Vorlauf frühzeitig signalisiert und bewertet und damit die Möglichkeit schafft, frühzeitig geeignete Maßnahmen zur Verhinderung oder Minderung der signalisierten Gefahr zu ergreifen.

Dieser Definition folgend wird in den nächsten Kapiteln der theoretisch-konzeptionelle Hintergrund für den Aufbau von Frühwarnsystemen in Grundzügen erörtert.

4.2.2 Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs unter Berücksichtigung institutioneller variabler und grundsätzlicher Rahmenbedingungen

Die Entwicklung eines konkreten Frühwarnsystem-Designs setzt neben einem bestimmten Ablaufschema und einem typischen Mechanismus (s. Kap. 4.2.4) zunächst die Berücksichtigung relevanter **grundsätzlicher, konstanter und institutionsabhängiger, variabler Rahmenbedingungen** voraus. Wesentlich für diese Entwicklung ist, dass außer der **Bestimmung der Zielgruppe** die verfolgten Ziele auf betrieblicher bzw. überbetrieblicher Ebene gemeinsam mit dem Auftraggeber und gegebenenfalls mit weiteren Entscheidungsträgern konkretisiert werden müssen (s. Analysetool 1 in Abb. 4.2-2). Diese **Zielkonkretisierung** sollte unter Berücksichtigung der **existenten Interessen** und der **vorhandenen Ressourcen** erarbeitet werden. Die bestehenden Interessen, die z.T. sehr unterschiedlich sein können, sind dabei zunächst in Form eines Kataloges zusammenzustellen und vor dem Hintergrund des praktisch Möglichen bzw. Unmöglichen zu sortieren. In dieser Konkretisierungsphase sind bestimmte Leitfragen zu beantworten, wie zum Beispiel:

- Wovor wird gewarnt?
- Was soll verhindert werden?
- Welche Funktion nimmt das Frühwarnsystem im Gesundheitsmanagement ein?

Den Leitfragen folgend kann bereits an dieser Stelle entschieden werden, ob Personen oder Arbeitsplätze oder eventuell beide Ebenen im Fokus der Betrachtung stehen. Darüber hinaus kann festgelegt werden, ob sich die Frühwarnaktivitäten auf die Gesamtheit der Personen oder Arbeitsplätze oder nur auf eine spezifische Gruppe beziehen.

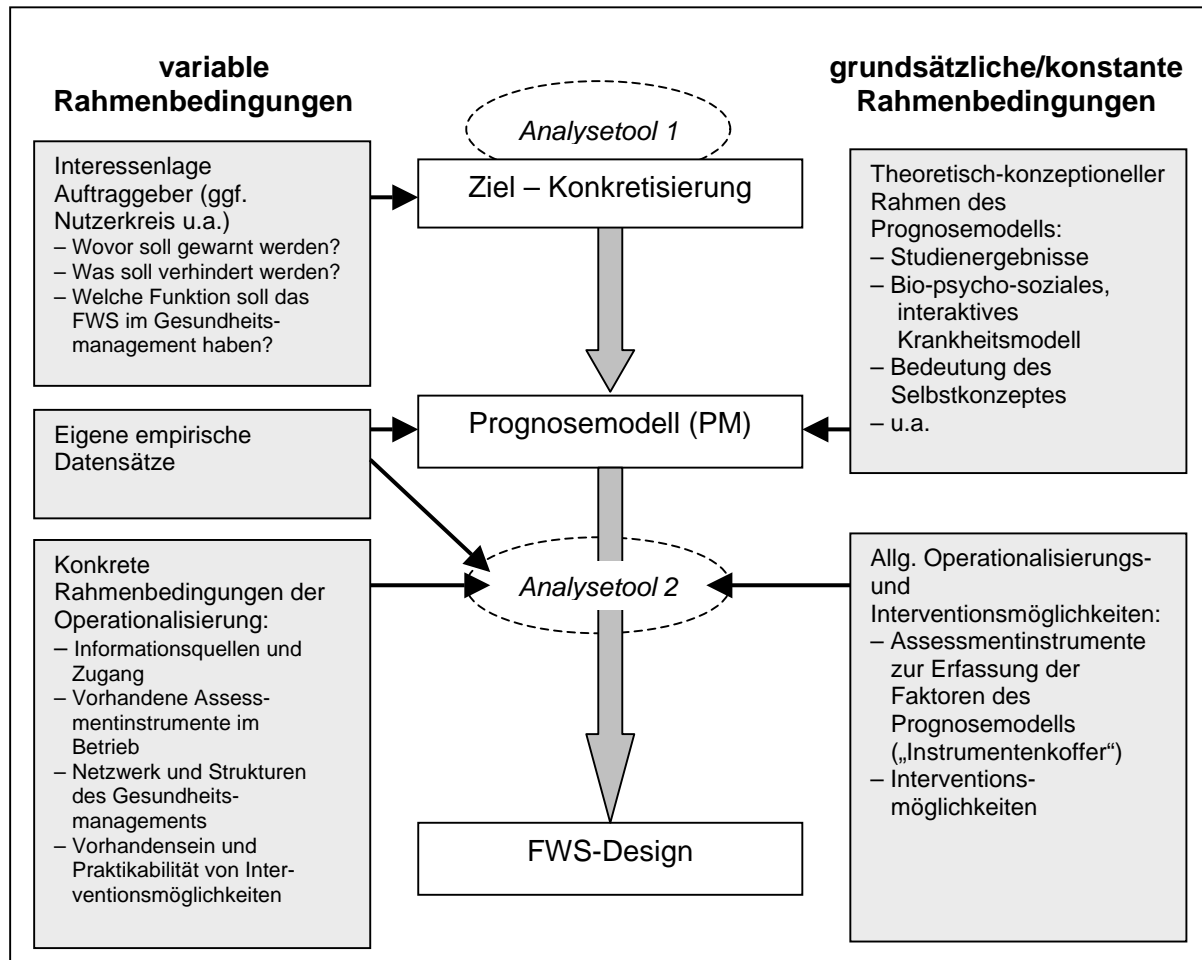


Abb. 4.2-2: Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs auf der Basis des Prognosemodells unter Berücksichtigung von variablen und eher konstanten Rahmenbedingungen

An die Aufstellung konkreter Ziele schließt sich die Erarbeitung eines darauf abgestimmten **Prognosemodells** an (s. Kap. 4.2.3). Zum einen berücksichtigt dieses Modell in einem theoretisch-konzeptionellen Rahmen grundsätzliche Aspekte, die in der Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Fragestellungen im Allgemeinen von Bedeutung sind, z.B. das bio-psycho-soziale, interaktive Krankheitsmodell. Auf der anderen Seite können auch eigene institutionsspezifische empirische Datensätze z.B. in Form vorhandener Arbeitsunfähigkeitsdaten in das Modell einfließen (s. Abb. 4.2-2).

In einem weiteren Konzeptionsschritt des **konkreten Frühwarnsystem-Designs** werden grundsätzliche und allgemeine Operationalisierungs- und Interventionsmöglichkeiten (konstante Rahmenbedingungen) betrachtet, als auch weitere spezifische institutionelle Variablen und Rahmenbedingungen (variable Rahmenbedingungen) berücksichtigt (Analysetool 2).

Das Vorhandensein **praktikabler Assessmentinstrumente** (konstante Rahmenbedingungen) ist wesentlich für die Operationalisierung des Prognosemodells und der darin definierten Faktoren. Solche Operationalisierungsmöglichkeiten können z.B. in Form eines Instrumentenkoffers bzw. Assessmentkataloges, welcher unabhängig von institutionellen Rahmenbedingungen existiert (s. Kap. 4.5.1), erschlossen werden. Die Auswahl der Faktoren für das konkrete FWS-Design ist weiterhin davon abhängig, welche Instrumente auf betrieblicher oder überbetrieblicher Ebene im konkreten Fall bereits zur Anwendung kommen, bzw. zur Anwendung kommen können. Dies kann unter Umständen in der jeweiligen Institution (Betrieb, Krankenkasse) variieren.

Ein weiterer variabler institutionsabhängiger Aspekt bezieht sich auf das Vorhandensein und den Zugang zu **Informationsquellen**. Es sollte Klarheit darüber herrschen, welche Quellen der Information vorhanden sind und welche weiteren adäquaten Quellen neu erschlossen werden können. Die internen Quellen (z.B. Betriebsarzt) als auch die externen Informationsquellen (z.B. Hausarzt) sind hierbei in Betracht zu ziehen.

Die Auswahl relevanter Kriterien bedarf einer Abstimmung mit den vorhandenen oder potentiellen **Interventionsabsichten**. Bei bestehender Interventionsabsicht empfiehlt es sich, solche Faktoren auszuwählen, bei denen eine eventuelle Verknüpfung zu vorhandenen oder potentiellen Interventionsangeboten möglich ist. Hierbei sollten sowohl bestehende institutionsabhängige Maßnahmen berücksichtigt als auch allgemeine Interventionsmöglichkeiten betrachtet werden.

Soll das Frühwarnsystem als ein wesentlicher Bestandteil im Rahmen eines Gesundheitsmanagements integriert werden, so ist im Vorfeld eine ausführliche Beschreibung des bestehenden **Gesundheitsmanagements** mit den vorhandenen Schnittstellen zu dessen einzelnen Teilbereichen notwendig (s. Kap. 4.1).

4.2.3 Wirkungskettenmodell und Prognosemodell als theoretisch-konzeptionelle Basis von Frühwarnsystemen

Die Auseinandersetzung mit **Wirkungskettenmodellen** sowie **Prognosemodellen** stellt **die wesentliche Grundvoraussetzung** im Rahmen methodischer Überlegungen und des methodischen Vorgehens bei der Konzeption von Frühwarnsystemen dar. Während Prognosemodelle eher einen allgemeinen Charakter besitzen, sind Wirkungskettenmodelle besonders im Zusammenhang mit arbeitswissenschaftlichen Fragestellungen bei arbeitsplatzbezogenen Analysen von Bedeutung. Beide Formen verfolgen dabei das gemeinsame Ziel, **Wirkungszusammenhänge** zwischen relevanten Faktoren auf der Personenebene oder Arbeitsplatzebene und einer definierten Zielgröße wie Gesundheit modellhaft darzustellen.

Beim **Prognosemodell** handelt es sich im Allgemeinen um ein **Aussagesystem**, aus dem Vorhersagen zukünftiger Ereignisse abgeleitet werden können. Bei der Erstellung von Prognosemodellen im Kontext präventiver Entscheidungen ist zu beachten, dass solche Modelle bestimmte strukturelle und inhaltliche Aspekte zwingend berücksichtigen müssen.

Das vorherzusagende Ereignis, das verschiedene Sachverhalte betreffen kann, wird als das **Kriterium** der Prognose bezeichnet. So kann beispielsweise individuelles Verhalten, ein auf eine Person bezogenes Merkmal oder ein Ereignis wie die Erwerbsminderung ein vorherzusagendes Kriterium darstellen. Sachverhalte und Faktoren, die zur Vorhersage eines Kriteriums geeignet sind, werden als **Prädiktoren** bezeichnet. Im Hinblick auf die Operationalisierung solcher Modelle sind darüber hinaus die gegebenen Rahmenbedingungen bzw. die Merkmale der Handlungssituation zu beachten (s. Abb. 4.2-3). Dies kann dazu führen, dass nur eine Auswahl der in Frage kommenden Prädiktoren Berücksichtigung findet (s. Kap. 4.2.2).

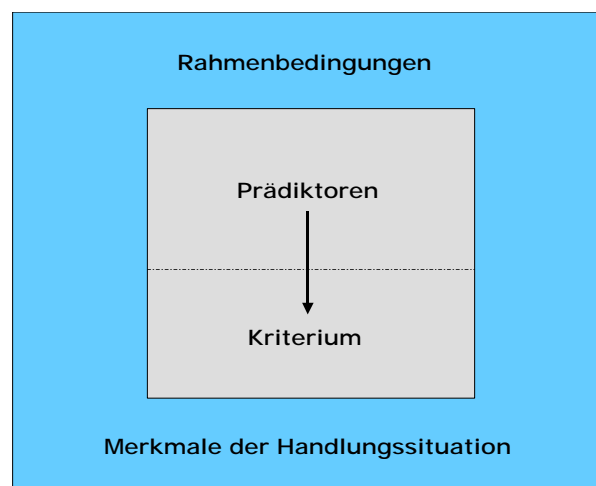


Abb. 4.2-3: vereinfachtes allgemeines Prognosemodell

Die Prognoseerarbeitung setzt zunächst voraus, dass entsprechend dem definierten Zielrahmen **prädiktive Faktoren** definiert werden, die eine Vorhersage über das Eintreten des unerwünschten, zu vermeidenden Ereignisses erlauben.

Eines der bekanntesten Prognosemodelle, das sich auf eine gesundheitsrelevante Fragestellung bezieht, ist das Risikofaktorenmodell im Bereich der Inneren Medizin. Über die Erhebung von Kriterien wie Blutdruck, Rauchverhalten oder Alkoholkonsum etc. geht dieses empirisch begründete Modell auf die Annahme zurück, dass kausale Zusammenhänge

zwischen den genannten Faktoren und der Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bestehen.

Bei der Entwicklung eines Prognosemodells für die „Erwerbsfähigkeit“ als Grundlage eines Frühwarnsystems zur Verhinderung und **Prävention von Erwerbsminderung** geht man zunächst von der Annahme aus, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit den unerwünschten Endpunkt eines Entwicklungsverlaufs und somit das zu prognostizierende Kriterium darstellt. Weiterhin wird angenommen, dass diese prognostizierte Entwicklung durch frühzeitige Interventionen auf der Grundlage bestimmter Risikokonstellationen der betroffenen Person möglicherweise abgewendet bzw. verändert werden kann.

Mit Blick auf zahlreiche einschlägige Studien zum Problemfeld der Erwerbsminderung und mit dem Anspruch, der **ganzheitlichen Betrachtungsweise** gerecht zu werden, kann ein vereinfachtes Prognosemodell zur Verhinderung von Erwerbsminderung, welches die bio-psycho-soziale Sichtweise berücksichtigt, wie folgt dargestellt werden (s. Abb. 4.2-4):

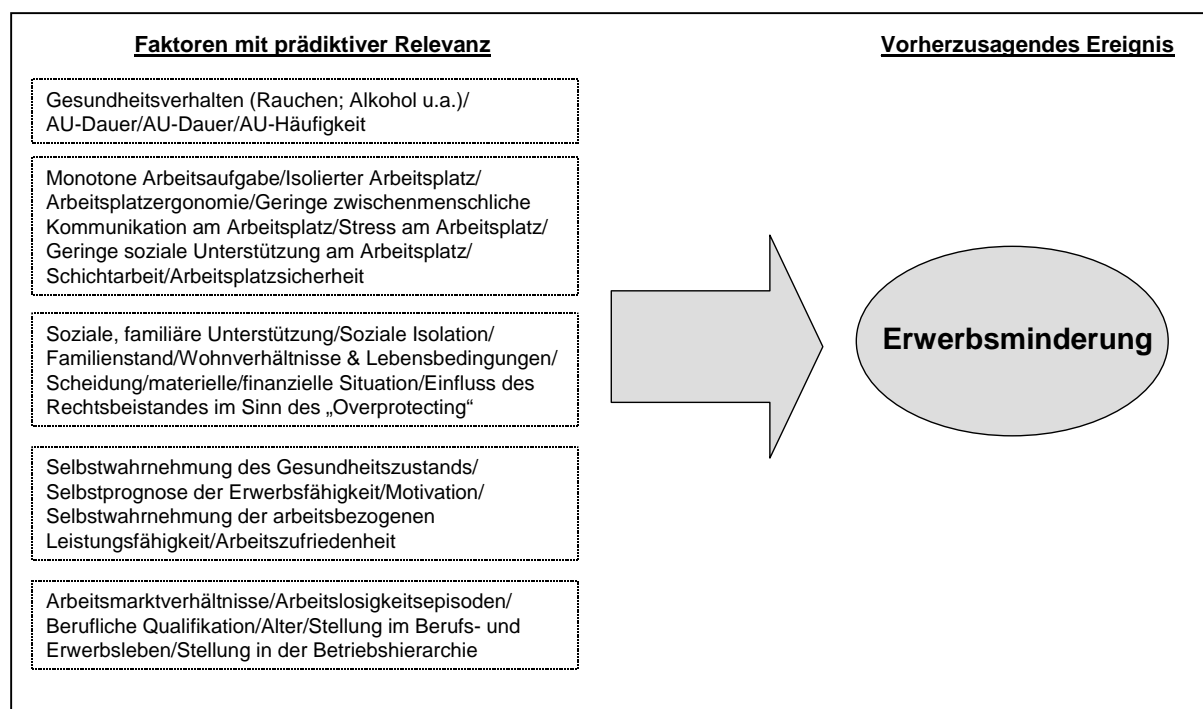


Abb. 4.2-4: Vereinfachtes Prognosemodell der Erwerbsminderung

Im Zuge der Operationalisierung muss ein solches Modell hinsichtlich der jeweiligen unternehmensspezifischen Konkretisierung der Ziele, den vorherrschenden betrieblichen bzw. überbetrieblichen Rahmenbedingungen und den ausgewählten Bezugsbereichen der Analyse angepasst werden (s. Kap. 4.2.2). Entscheidend wird dabei sein, welche Faktoren unter den gegebenen Bedingungen erfassbar sind und somit einen Bestandteil der Analyse darstellen. Das Prognosemodell muss darüber hinaus, wie auch das gesamte Frühwarnsystem, einem Optimierungsprozess unterliegen.

Der Aufbau eines Frühwarnsystems, das für die Diagnostik und die anschließende Intervention die Arbeitsplatzcharakteristika und im Speziellen die Arbeitsergonomie in den Vordergrund stellt, basiert im Wesentlichen auf der Entwicklung von Wirkungskettenmodellen. Inhaltlich wird in diesem Modell eine Brücke zwischen dem auftretenden **Belastungsmuster** am Arbeitsplatz und dem eventuell daraus resultierenden **Beschwerdemuster** in Form von Funktionsstörungen oder Erkrankungen der Mitarbeiter geschlagen.

(s.

Abb. 4.2-5.) Die Betrachtung von ergonomischen Daten steht hierbei im Zusammenhang mit der Annahme, dass unergonomische Arbeitsbedingungen zu arbeitsbedingten Erkrankungen beispielsweise des Stütz- und Bewegungsapparates führen können.

Die Bausteine eines Frühwarnsystems aus arbeitswissenschaftlicher Sicht werden in der Materialsammlung – IX ausführlich beschrieben.

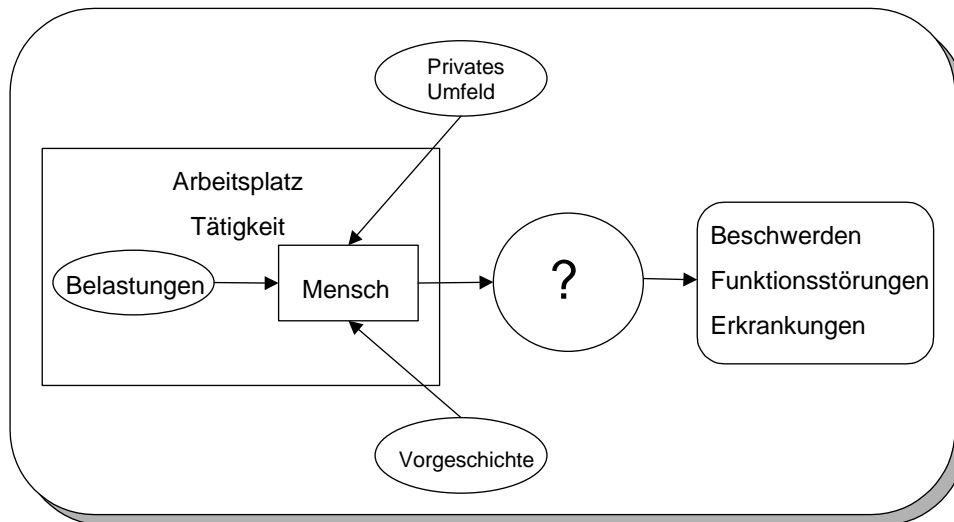


Abb. 4.2-5: Grundschemata einer Wirkungskette zwischen Belastungen und daraus resultierenden Beschwerden⁷⁹

4.2.4 Charakteristische Mechanismen und Merkmale eines Frühwarnsystems

Unterschiedliche Gegebenheiten und Zielsetzungen auf der betrieblichen und der überbetrieblichen Ebene können zu einer Vielzahl der daraus abzuleitenden Entwicklungsanforderungen an ein Frühwarnsystem führen. Es kann kein allgemeingültiges Muster für den Aufbau eines Frühwarnsystems geben, sondern es ist immer von den speziellen Rahmenbedingungen und Strukturen sowie der konkreten Fragestellung abhängig (s. Kap. 4.2.2). Trotz dieser Abhängigkeit weisen Frühwarnsysteme im allgemeinen typische Merkmale und Ablaufmechanismen auf. Diese werden in den einzelnen Fällen im unterschiedlichen Ausmaß umgesetzt werden können, jedoch in Grundzügen für den Aufbau und insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung der Systematik eines Frühwarnsystems zutreffen. Zur Veranschaulichung des Aufbaus und der Funktionsweise von Frühwarnsystemen werden im Folgenden, ohne Bezugnahme auf konkrete betriebliche oder überbetriebliche Strukturen, die wesentlichen Mechanismen und Merkmale skizziert.

Das hypothetische Modell des Ablaufschemas wird in Abb. 4.2-6 veranschaulicht, wobei die differenzierte Beschreibung einzelner Ablaufschritte in der Materialsammlung - VI stattfindet.

⁷⁹ Abbildung von Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt (IAD) im Rahmen des PRVE-Projekts erstellt.

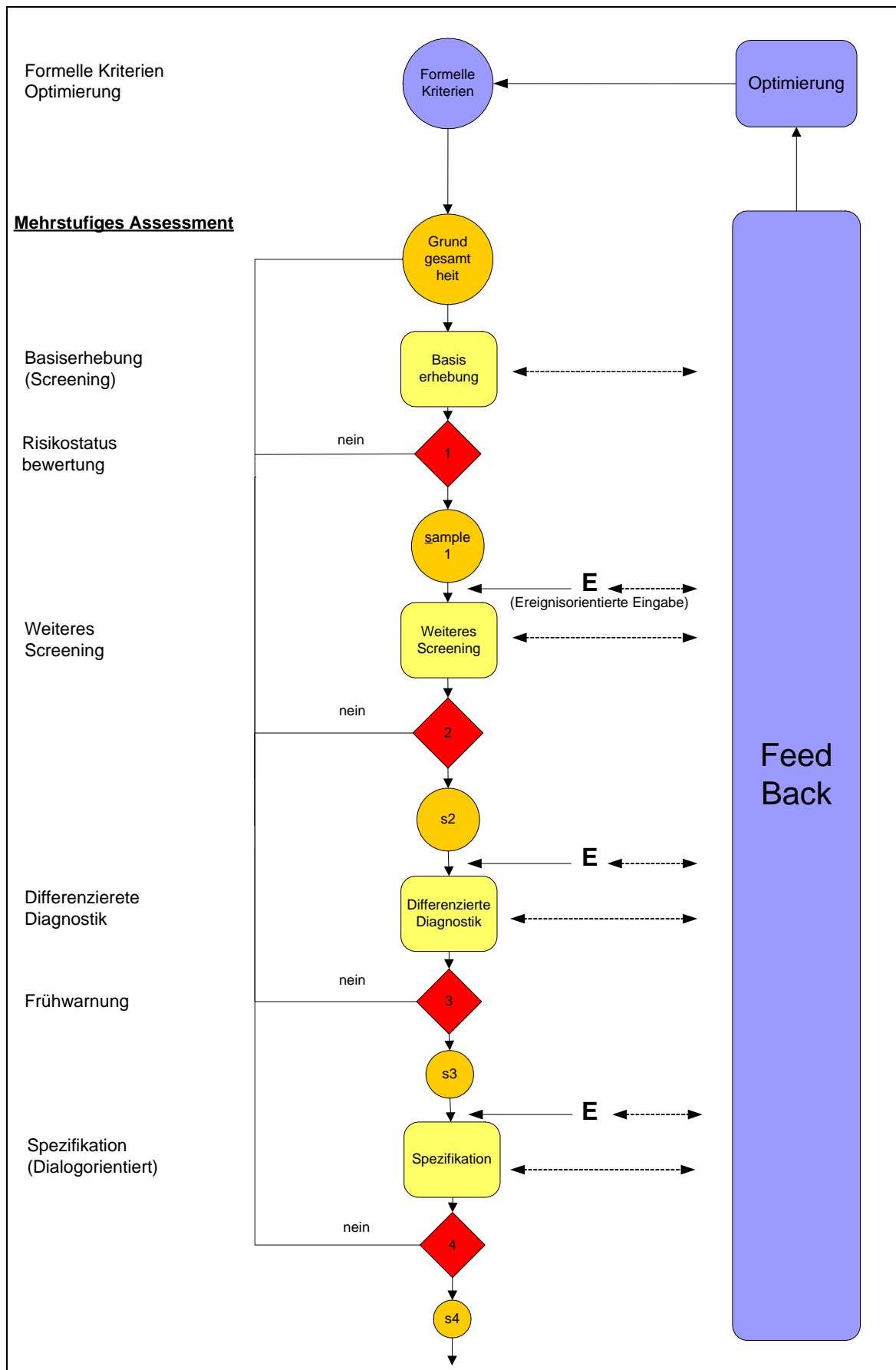


Abb. 4.2-6: Das hypothetische Modell des Ablaufschemas eines Frühwarnsystems

Im Wesentlichen liegt dem Frühwarnsystem ein **mehrstufiger Diagnostikansatz** zu Grunde, der sich mit der Zielsetzung der zunehmenden Reduktion der zu betrachtenden Personen oder Arbeitsplätze und der progressiven Annäherung an den tatsächlichen Handlungsbedarf vor Allem durch die gestuft **ansteigende Analysetiefe** auszeichnet.

Am Anfang steht die Festlegung von allen *formellen Kriterien*, die für die nachfolgenden Konzeptionsschritte, insbesondere für die diagnostische Tätigkeit, richtungsweisend sind. Dazu zählen Aspekte wie z.B. der Bezugsbereich des Frühwarnsystems, die zu betrachtenden Merkmale, die Schwellenwerte für Merkmale und Assessmentinstrumente für einzelne diagnostische Schritte (s. Materialsammlung - VI). Die Festlegung solcher Kriterien erfolgt einerseits vor dem Hintergrund der speziellen betrieblichen bzw. überbetrieblichen Gegebenheiten und andererseits in Anlehnung an die aus einem Prognose- bzw. Wirkungskettenmodell gewonnenen Erkenntnisse über Wirkungszusammenhänge (s. Kap. 4.2.3).

Auf Grundlage der festgelegten Kriterien werden für den Bezugsbereich (Grundgesamtheit) des Frühwarnsystems in der ersten Stufe der Diagnostik *Basiserhebungen* durchgeführt. In Form eines groben Screening sollen dabei gesundheitlich auffällige Personen oder Arbeitsplätze im betrachteten Bezugsbereich verfahrensökonomisch identifiziert und der Kreis der weiterhin genauer zu betrachtenden Fälle reduziert werden. Darüber hinaus bietet die Basiserhebung als Erhebungsprozess, der regelmäßig (routinemäßig) und systematisch durchgeführt und dokumentiert wird, einen diagnostischen Zugang für die Implementierung eines Monitorings der gesundheitlichen Situation (s. Materialsammlung - VI).

Im Anschluss an die Basiserhebung erfolgt im Hinblick auf die Interpretation der gewonnenen Informationen die erste *Risikostatusbewertung* (Raute 1: Risikostatus) für die Personen oder Arbeitsplätze des gewählten Bezugsbereiches. Als unmittelbare Folge reduzieren sich die betrachteten Fälle (Sample 1). Darüber hinaus wird vorgemerkt, bei welchen Fällen zur Aufklärung der bestehenden Risikokonstellationen weitere diagnostische Schritte unter Einsatz von Screeninginstrumenten oder weiteren Assessments eingeleitet werden müssen (s. Materialsammlung - VI).

Die weiteren Diagnostikprozesse (*weiteres Screening, differenzierte Diagnostik*) schließen bereits nur noch eine Auswahl von Personen bzw. Arbeitsplätzen mit positiver Risikostatusbewertung ein. Diese gestufte Analyse, die der Ermittlung des konkreten Handlungsbedarfs vorausgeht, hat zum Ziel, alle Fälle mit positivem Risikostatus differenzierter einzuschätzen. Beim Durchgang durch diese Assessmentsschritte (Sample 2) und die entsprechenden Inklusionsentscheidungen (Raute 2: Status der Weiterbetrachtung) wird die potentielle Risikogruppe weiterhin reduziert (s. Materialsammlung - VI).

Nachdem das Assessment abgeschlossen ist und dadurch eine breitere Informationsbasis vorliegt, wird durch die *Generierung von Frühwarnungen* (Raute 3: Frühwarnstatus) spezifischer Handlungsbedarf angezeigt und eine weitere Reduktion betroffener Fälle vorgenommen (Sample 3). Angesichts der konkreten Ziele und spezifischen betrieblichen bzw. überbetrieblichen Handlungsmöglichkeiten und der Kapazität des Maßnahmensystems müssen die Kriterien, die zur Frühwarnung führen, auf die Ressourcen aller beteiligten Systeme, insbesondere des Maßnahmensystems abgestimmt sein (s. Materialsammlung - VI).

Die im System verbleibenden Fälle werden im Rahmen der *Spezifikation* (bei Personenbetrachtung in Form einer dialogorientierten Ermittlung von Handlungsbedarf) und die anschließende Entscheidung (Raute 4: Spezifikationsstatus) weiterhin reduziert (Sample 4). Unter Einbezug einer breiten Informationsbasis soll für betroffene Personen oder Arbeitsplätze ermittelt werden, ob tatsächlich aktueller Handlungsbedarf vorliegt und welche Intervention bei Einbeziehung aller Aspekte geeignet ist (s. Materialsammlung - VI).

Die Aktivitäten im Frühwarnsystem werden zu allen Zeitpunkten durch eine *Evaluation* begleitet (Feedback). Deren Ergebnisse fließen in die *Optimierung*, die die beschriebenen Prozesse der Diagnostik und Entscheidungsfindung bei der Beurteilung des Risikostatus und

Frühwarnung gegebenenfalls modifiziert, das Gesamtsystem optimiert und es auf diese Weise zum lernenden System ausgebaut (s. Materialsammlung - VI).

Neben den systematischen frequenzabhängigen, d.h. taktororientierten Erhebungslinien besteht eine Möglichkeit zu einer *ereignisorientierten Eingabe (E)*. Sofern Auffälligkeiten entstehen, sind alle Beteiligten aufgefordert, ihre diesbezüglichen Kenntnisse auch außerhalb des Taktes, d.h. ereignisorientiert, umgehend in die Risikostatusbewertung einzubringen. An mehreren Stellen können *ereignisorientierte Eingaben* z.B. des Mitarbeiters selbst oder Dritter (z.B. des Hausarztes) erfolgen und das weitere Prozedere anstoßen.

4.2.5 Resümee – „Frühwarnsystem“

Das Frühwarnsystem ist ein in das Gesundheitsmanagement integriertes System, welches im Sinne der Prävention zur frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Gefährdungspotenzialen dient und somit die Notwendigkeit einer entsprechenden Intervention rechtzeitig anzeigt. Frühwarnsysteme können sowohl auf betrieblicher als auch auf überbetrieblicher Ebene eingeführt werden.

Die Aktivitäten im Rahmen eines Frühwarnsystems beziehen sich schwerpunktmäßig auf die **Diagnostik** bzw. **Analyse** bestehender potentieller **Risikokonstellationen**. Dabei können sowohl Arbeitsplätze als auch Personen im Fokus der Betrachtung stehen. Die Konzeptionsgrundlage eines Frühwarnsystems bildet die Erstellung von Prognosemodellen bzw. Wirkungskettenmodellen, in denen theoretisch-konzeptionell oder empirisch begründete Wirkungszusammenhänge zwischen einzelnen verursachenden Faktoren und dem unerwünschten und zu verhindernden Ereignis abgebildet werden.

Die Entwicklung und Implementierung eines Frühwarnsystems ist stets von spezifischen betrieblichen und überbetrieblichen Rahmenbedingungen und Strukturen sowie der konkreten Fragestellung abhängig. Trotzdem lassen sich im Allgemeinen typische Ablaufmechanismen und charakteristische Merkmale von Frühwarnsystemen beschreiben. Sie bestehen aus der Festlegung von allen formellen Kriterien, der mehrstufigen Diagnostik durch **Basiserhebung** (z.B. Routinedatenanalysen), **weiteres Screening** (z.B. Befragung mit IRES) und die **differenzierte Diagnostik** (z.B. ärztliche Untersuchung), die Risikostatusbewertung, die Generierung von Frühwarnungen, die Spezifikation tatsächlicher Handlungsbedarfe sowie der Evaluation und Optimierung des Systems.

Diese Merkmale und Abläufe bilden das Gerüst für das generelle Funktionieren eines Frühwarnsystems. Es bleibt zu klären, welche spezifischen Anforderungen der potentiellen Anwender auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene vorliegen. Angesichts der im unterschiedlichen Ausmaß verfügbaren personellen und ökonomischen Ressourcen sowie der differierten strukturellen Begebenheiten und Rahmenbedingungen ist die Umsetzbarkeit des Frühwarnkonzeptes, insbesondere auf der Ebene der klein- und mittelständischen Unternehmen zu prüfen. Ferner könnten die existierenden Unterschiede potentieller Einsatzbereiche einen weiteren Bedarf an der Weiter- bzw. Neuentwicklung von Erhebungsverfahren, vor Allem für den systematischen Screeningeinsatz, anzeigen. Dabei treten nicht nur ökonomische Gesichtspunkte in den Vordergrund, sondern ebenfalls die Ausweitung der zu betrachtenden Bereiche. Neben dem Fokus auf Personen und Arbeitsplätze ist im Rahmen der Analyse vielmehr ein **ganzheitlicher Ansatz** (einschließlich salutogener Faktoren wie Betriebsklima oder soziale Unterstützung) zu suchen, der hinsichtlich gesundheitsrelevanter Aspekte ebenfalls strukturelle und organisatorische Begebenheiten z.B. aus gesamtbetrieblicher Sicht betrachtet.

Frühwarnansätze zur systematischen frühzeitigen Erkennung und Intervention als diagnostisches Instrument im Rahmen des Gesundheitsmanagements sind zurzeit in der praktischen Umsetzung unzureichend etabliert. Ein großes Defizit besteht dabei in der Unklarheit darüber, welche Daten auf welche Weise verknüpft werden können und müssen, um im Sinne der Frühwarnung aussagefähige Informationen zu liefern.

Häufig wird versucht, Prävention in Form punktuell durchgeführter und zeitlich begrenzter Interventionen umzusetzen. An dieser Stelle könnten Frühwarnsysteme und ihre Implementierung als fester Bestandteil im Gesundheitsmanagement, vor Allem durch ihren Systemcharakter, einen großen Beitrag dazu leisten, den **Präventionsgedanken**, wie er im SGB IX verankert ist, zu einem Leitgedanken im Unternehmen zu entwickeln und dabei die Umsetzung von Präventionsansätzen im Sinne der Nachhaltigkeit dauerhaft zu sichern. Hierbei würde das regelgesteuerte und lernende System die Funktion als Steuerungselement präventiver Aktivitäten im Gesundheitsmanagement einnehmen.

Ausblickend sollten weiterhin die Möglichkeiten erörtert werden, wie ein entsprechendes Frühwarnsystem, nicht ausschließlich als ein sich am Risiko orientiertes System, implementiert werden kann, sondern darüber hinaus die Erkennung vorhandener Ressourcen mit dem Ziel ressourcenförderlicher Intervention berücksichtigt.

4.3 Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.3.1	Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen 131
4.3.1.1	Vorschriften des SGB I im Zusammenhang mit Gemeinsamen Servicestellen 131
4.3.1.2	Organisation und Vernetzung der Gemeinsamen Servicestellen im SGB IX 132
4.3.1.3	Diskussion der Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX 135
4.3.1.3.1	Informationen über Leistungen, Leistungsvoraussetzungen und Verwaltungsabläufe 135
4.3.1.3.2	Hilfe bei Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der Erfüllung von Mitwirkungspflichten 136
4.3.1.3.3	Zuständigkeitsklärung und Einleitung des Verfahrens 137
4.3.1.3.4	Information über die Erforderlichkeit eines Gutachtens 138
4.3.1.3.5	Umfassende Vorbereitung in offenkundigen Fällen 138
4.3.1.3.6	Unterstützende Begleitung 139
4.3.1.3.7	Hinwirken auf zeitnahe Entscheidung 140
4.3.1.3.8	Koordination und Vermittlung 141
4.3.1.4	Gemeinsame Servicestellen im Kontext von Erwerbsminderung 142
4.3.2	Arbeitgeberberatung in Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements 143
4.3.2.1	Unterschiedliche Arbeitgeberberatungsprofile 144
4.3.2.2	Weitergehende Fragestellungen 149
4.3.3	Beratungspflichten der Ärzte 151
4.3.3.1	Nutzung der Zeit, in der Arbeitsunfähigkeit besteht 151
4.3.3.2	Beratung durch Hinweise auf Leistungen der Träger 152
4.3.3.3	Unterstützung der Träger im Verfahren 152
4.3.4	Resümee – „Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation“ 153

Im Folgenden sollen die beiden Adressatengruppen von Beratung (Betroffene und Arbeitgeber) aus unterschiedlicher Perspektive angesprochen werden. In Kapitel 4.3.1 wird mit den Gemeinsamen Servicestellen eine der am meisten diskutierten Neuerungen des SGB IX vorgestellt. An dieser Stelle wird also eine Beratungsinstitution für die Ratsuchenden – behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen – diskutiert. Kapitel 4.3.2 richtet den Fokus dagegen auf die Arbeitgeber bzw. die Beratung von Unternehmen in Fragen der Prävention und Rehabilitation. Die zunehmend mehr Raum einnehmende Diskussion und Umsetzung von betrieblicher Gesundheitspolitik macht es erforderlich, dass der Versuch einer Standortbestimmung hinsichtlich der Möglichkeiten der Arbeitgeberberatung in diesem Bereich unternommen wird. Schließlich werden in Kapitel 4.3.3 die Beratungspflichten der Ärzte betrachtet. Insbesondere die Hausärzte verfügen oft über langen und regelmäßigen Kontakt zu den Betroffenen und können somit einer schleichenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes (der Erwerbsfähigkeit) entgegenwirken und präventive sowie rehabilitative Maßnahmen anregen.

4.3.1 Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen

Als wesentliches Instrument zur Beratung und Unterstützung der Betroffenen und ihren Personensorgeberechtigten sieht das SGB IX so genannte **Gemeinsame Servicestellen** vor, denen das Gesetz mit § 22 SGB IX eine breite und noch nicht abschließende Aufgabenliste zuschreibt. Beratung ist keine Erfindung des neuen Rehabilitationsrechts, sondern eine zusammen mit der Verpflichtung zur Aufklärung und Auskunft seit dem 1. Januar 1976 im SGB I verankerte Aufgabe insbesondere der Sozialversicherungsträger. Der Gesetzgeber hat jedoch erkannt, dass die in den §§ 14 (**Beratung**) und 15 (**Auskunft**) SGB I getroffenen Vorschriften (s. Kap. 3.2.2.2) dem umfangreichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf in der Rehabilitation nicht gerecht werden und daher ergänzt und präzisiert werden müssen. Angestrebt wird eine qualifizierte, trägerübergreifende, anbieterneutrale und zugleich verbindliche Beratung und Unterstützung⁸⁰.

Mit der Schaffung des SGB IX sollten die Unübersichtlichkeiten des bisherigen Rehabilitationsrechts mit seiner Vielzahl der Leistungsvorschriften überwunden werden⁸¹. Für die Betroffenen und diejenigen, die das Rehabilitationsrecht im Beruf anzuwenden haben, ist insofern von juristischer Seite ein Grundstein für mehr **Effizienz** in der Rehabilitation gelegt worden.

Die Gemeinsamen Servicestellen – wo Rat Suchende und Rat Gebende zusammentreffen – werden somit zu einem zentralen Ort und stehen in der Verantwortung, zu dieser Effizienzsteigerung maßgeblich beizutragen. Insbesondere durch die **Beschleunigung des Verwaltungsverfahrens** (z.B. in Form von kürzeren Wartezeiten auf Beratung oder zwischen einzelnen Maßnahmen) soll den Leistungsberechtigten so schnell wie möglich der Zugang zu den notwendigen Leistungen geebnet werden. Dadurch verspricht sich der Gesetzgeber Einsparungen – z.B. bei Lohnersatzleistungen in Höhe von bis zu ca. 26 Mio. € pro verkürzter Woche. Beschleunigung ist aber nicht das einzige Mittel der Gemeinsamen Servicestellen, um für mehr Effizienz zu sorgen. Durch ihre Arbeit sollen auch **Fehlentscheidungen** hinsichtlich der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe **und** damit beispielsweise **spätere Maßnahmeabbrüche vermieden** werden⁸². Um so wichtiger erscheint es, dass die Gemeinsamen Servicestellen ihren Aufgabenkatalog qualifiziert bewältigen können und entscheidend zu einer verbesserten Zusammenarbeit von Leistungsträgern, Leistungserbringern und Leistungsempfängern beitragen.

4.3.1.1 Vorschriften des SGB I im Zusammenhang mit Gemeinsamen Servicestellen

Die in Kapitel 3.2.2.2 beschriebenen generellen Informationspflichten, die durch das SGB I festgelegt sind, gelten selbstverständlich auch mit Einführung des SGB IX weiter. Daher ist zu klären, inwieweit sich die Bestimmungen über **Aufklärung** (§ 13 SGB I) und **Auskunft** (§ 15 SGB I) auf die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen auswirken (der Aspekt des erweiterten Beratungsauftrags des § 14 SGB I wird ausführlich in Kap. 4.3.1.3 erörtert).

Die Beschreibung zur Aufklärung nach § 13 SGB I (s. Kap. 3.2.2.2) lässt darauf schließen, dass diese im Prinzip nicht in den Aufgabenbereich der Gemeinsamen Servicestellen fällt, da sie z.B. nicht an die Einzelperson, sondern an die Allgemeinheit gerichtet ist. Trotzdem spielt

⁸⁰ BT-Drucksache 14/5074.

⁸¹ Ob die Vereinheitlichung eines Rechtsgebietes stets zu einer einfacheren Anwendung führt, ist strittig. Für Giese geht damit z.B. auch die Notwendigkeit einer höheren Abstraktion ein, was gerade den Bedarf an Aufklärung, Auskunft und Beratung bei den Laien hervorruft. Vgl. Giese, D.; Melzer, G. (Hrsg.) (1974). Die Beratung in der sozialen Arbeit – Rechtsfragen – Methoden – Gespräche. Eigenverlag des Dt. Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge: Frankfurt a.M. 1974. Ebenso von Maydell, B. (1986). Das Informationsrecht der Bürger im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuchs. ZfSH/SGB (8) 361-374.

⁸² BT-Drucksache 14/5074.

sie für die Rehabilitation eine wichtige Rolle. Schließlich muss die Bevölkerung überhaupt erst einmal über das SGB IX in Kenntnis gesetzt werden und wissen, welche Absichten der Gesetzgeber damit verfolgt. Auf jeden Fall **sollte diese Aufklärung auch die Existenz und Funktion der Gemeinsamen Servicestellen beinhalten**, quasi um den Weg zu einer vertiefenden Auskunft und Beratung zu ebnen. Im Vergleich zu anderen neuen Gesetzeswerken, beispielsweise der Pflegeversicherung und dem SGB XI – wenngleich die damalige Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung auch durch die privaten und öffentlichen Medien in die Öffentlichkeit getragen wurde und direkte Auswirkungen auf die Beitragszahlungen nach sich zog wurde das SGB IX kaum in der breiten Öffentlichkeit diskutiert oder von ihr wahrgenommen. Um so mehr haben die Reha-Träger ihren Aufklärungspflichten nachzukommen. D.h., dass sie zukünftig noch intensiver als bisher über die Leistungen zur Teilhabe und die Bedeutung der Rehabilitation – sowohl für das Individuum als auch für das System der sozialen Sicherung – aufklären müssen. Dies bedeutet u.a., **der Bevölkerung die Grundsätze ‚Reha vor Rente‘ und ‚Reha vor Pflege‘ zu vermitteln.**

In diesem Zusammenhang gilt es zu bedenken, dass auch nach der vollständigen Implementierung der Gemeinsamen Servicestellen ab dem Jahr 2003 die herkömmlichen, trägerspezifischen Auskunfts- und Beratungsstellen in der Anzahl stark überwiegen. Es wird also im Sinne der Aufklärung auch darum gehen, den Weg der Klientel von Gemeinsamen Servicestellen nicht erst nach der Inanspruchnahme einer trägereigenen Auskunfts- und Beratungsstelle umzuleiten, sondern solche Umwege möglichst zu vermeiden.

Der Auskunft nach § 15 SGB I wird vor Allem eine ‚**Wegweiserfunktion**‘ zugeschrieben (s. Kap. 3.2.2.2), wobei den Auskunftssuchenden der zuständige Träger zu nennen und auch eine inhaltliche Auskunft über Sach- und Rechtsfragen zu leisten ist⁸³. Für die Gemeinsamen Servicestellen erweist sich diese Funktion demnach als gegenstandslos. Schließlich sind sie u.a. deswegen eingerichtet, damit die Betroffenen gleich bei der ersten Anlaufstelle den oder die richtigen Ansprechpartner finden und Unterstützung und Beratung erhalten. Für Auskünfte in dem oben verstandenen Sinne sind die Gemeinsamen Servicestellen also gar nicht zuständig, sofern es sich um Themen der Rehabilitation bzw. der Leistungen zur Teilhabe handelt (unabhängig davon ist die Weiterleitung an den zuständigen Träger nach § 22 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX zu sehen).

§ 22 Abs. 2 Satz 2 SGB IX stellt zwar klar, dass nun alle Reha-Träger nach § 15 SGB I Auskünfte zu erteilen haben. Dies bezieht sich jedoch auf die trägereigenen Auskunfts- und Beratungsstellen, die nicht als Gemeinsame Servicestelle deklariert wurden. Diese Auskunfts- und Beratungsstellen können demnach auch auf eine Gemeinsame Servicestelle verweisen, wenn es sich in dem konkreten Fall anbietet. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn der Träger der Auskunfts- oder Beratungsstelle offensichtlich nicht zuständig ist, die Mitarbeiter sich nicht zu weitergehender Beratung in der Lage sehen oder der Fall so komplex gelagert zu sein scheint, dass das trägerumfassende Know-how der Gemeinsamen Servicestellen zur weiteren Fallbearbeitung erforderlich ist.

4.3.1.2 Organisation und Vernetzung der Gemeinsamen Servicestellen im SGB IX

Zunächst erfolgt ein kurzer Rückblick auf das Rehabilitations-Angleichungsgesetz (**RehaAnglG**) von 1974 und die darauf aufbauende ‚**Gesamtvereinbarung über Auskunft und Beratung nach dem Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation**‘ vom 01.07.1977 (Gesamtvereinbarung). Beide sind zwar durch das SGB IX bzw. die ‚**Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom April 2001**‘ (Rahmenempfehlung) abgelöst worden. Dennoch lohnt sich

⁸³ Schwede, J. (1998). Die Aufklärung und Beratung von Sozialleistungsberechtigten. ZFSH/SGB (4), 207-209.

die Betrachtung, weil die Erfahrungen mit der (Nicht-) Umsetzung der dort vereinbarten Grundsätze maßgeblich zu den überarbeiteten Regelungen des SGB IX geführt haben dürften.

§ 3 RehaAnglG sah die Unterrichtung der Bevölkerung (Abs. 1) und die Beratung der behinderten Menschen vor (Abs. 2). Aufgabe der Träger nach Absatz 1 war es, die Bevölkerung über die potentiellen Maßnahmen und Möglichkeiten der Rehabilitation allgemein und abstrakt zu informieren. Damit wurde der Informationspflicht im Sinne der Aufklärung nach § 13 SGB I gefolgt⁸⁴. Absatz 2 zielte auf die Auskunftspflichten eines einzelnen Reha-Trägers auf die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe. Rechtzeitige und umfassende Beratung war dagegen nur im Rahmen der eigenen Zuständigkeit vorgesehen.

§ 5 RehaAnglG sollte allgemein die Zusammenarbeit der Reha-Träger regeln und der raschen und dauerhaften Eingliederung von behinderten Menschen dienen. Als ein Instrument waren gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen vorgesehen. Die Gesamtvereinbarung griff allerdings nur die Idee der gemeinsamen Auskunftsstellen (§ 1 Abs. 2), nicht aber die der gemeinsamen Beratungsstellen (§ 4) auf. Die konkrete Umsetzung von **gemeinsamen Auskunftsstellen** aller Reha-Träger wurde nach in Kraft treten der Gesamtvereinbarung jedoch nicht weiter verfolgt. In den Anmerkungen zu der Gesamtvereinbarung heißt es hierzu, dass auf Grund der Kompetenzen der Fachkräfte keine gemeinschaftlichen Auskunftsstellen erforderlich wären. Ebenso wird dort angemerkt, dass zwar eine gemeinsame Beratung im Einzelfall sinnvoll sein kann, dies aber nicht die Schaffung von gemeinsamen Beratungsstellen als Institution rechtfertige. Festzuhalten bleibt, dass die Idee von gemeinsamen Auskunfts- und Beratungsstellen mit dem SGB IX nicht neu erfunden wurde. Vielmehr wurden bereits ein Viertel Jahrhundert vorher Überlegungen darüber angestellt, wie der Zugang zum Rehabilitationssystem bürgernah gestaltet werden kann.

Die Umsetzung der Gesamtvereinbarung führte bis zum in Kraft treten des SGB IX dazu, dass mehrere tausend Anlaufstellen flächendeckend bei den Krankenkassen, den Auskunfts- und Beratungsstellen der Rentenversicherungsträger, den Arbeitsämtern und den Unfallversicherungsträgern entstanden⁸⁵. Darüber hinaus entstanden bei den Rentenversicherungsträgern gemeinsame Auskunfts- und Beratungsstellen von BfA und LVA. Offensichtlich haben diese Bemühungen aber eine hinreichende Auskunft und Beratung noch nicht ausreichend absichern können. Die Notwendigkeit der Intensivierung von trägerübergreifenden Beratungsaktivitäten kommt spätestens durch die von den Trägern selbst initiierte **„Rahmenempfehlung zur Einrichtung trägerübergreifender Servicestellen für Rehabilitation vom April 2001“** (Rahmenempfehlung) zum Ausdruck. Sie ist allerdings maßgeblich auf Grund des bevorstehenden SGB IX entworfen worden.

Im SGB IX findet sich nun ein eigenes Kapitel über die Regelungen der Gemeinsamen Servicestellen wieder. Für die tägliche Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen sind dabei die **§§ 22 und 23 des dritten Kapitels SGB IX** entscheidend, welche die Aufgaben (allerdings nicht abschließend) und ihren organisatorischen Rahmen (§ 23 SGB IX) festlegen. Nach § 22 SGB IX sollen die Gemeinsamen Servicestellen allen behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sowie deren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 SGB IX Beratung und Unterstützung anbieten (s. Kap. 4.3.1.3).

Bedeutsam für die vorgeschriebene flächendeckende Einrichtung in jedem Kreis und in jeder kreisfreien Stadt ist der Passus in § 23 SGB IX, wonach die Reha-Träger für die Einrichtung der Gemeinsamen Servicestellen die bereits vorhandenen Strukturen zu nutzen haben.

⁸⁴ Kolb, R. A.; Seidel, E. (1985). Rehabilitationsrecht – Kommentar. Aschendorffs Juristische Handbücher Band 89. Aschendorff: Münster.

⁸⁵ Stähler, T. P. (2001). Servicestellen für Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung (3-4), 199-205.

Hauptsächlich sind die Gemeinsamen Servicestellen daher in bestehenden Räumlichkeiten eines Reha-Trägers eingerichtet und der Personalbedarf wird durch die vorhandenen Arbeitskräfte gedeckt. Das Personal in den Gemeinsamen Servicestellen – wobei schwerbehinderte Menschen bei der Stellenbesetzung bevorzugt werden sollen – soll seine Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können. Zugangs- sowie Kommunikationsbarrieren dürfen nicht bestehen⁸⁶.

§ 24 SGB IX sieht eine Berichtspflicht der Reha-Träger über die Erfahrungen mit den Gemeinsamen Servicestellen vor. Ab 2004 hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) alle drei Jahre dem BMGS und den jeweiligen Ländern einen Bericht vorzulegen. Für die Erstellung soll die BAR verschiedene Institutionen, z.B. die Behindertenverbände und die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege beteiligen.

Schließlich hatte das BMGS in Form einer Verordnungsermächtigung (**§ 25 SGB IX**) die Möglichkeit, Näheres über das Wo und Wie der Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen festzulegen, sofern diese nicht fristgerecht bis Ende des Jahres 2002 eingerichtet wurden. Davon ist allerdings – soweit ersichtlich – kein Gebrauch gemacht worden, weil die quantitativen Anforderungen der Gesetzgebung erfüllt wurden. Nur in Einzelfällen ist eine Gemeinsame Servicestelle erst im Jahr 2003 eröffnet worden.

Im SGB IX finden sich außerhalb des dritten Kapitels eine Reihe weiterer Vorschriften, die der Vernetzung von Beratungsaktivitäten dienen sollen und nach denen die Einschaltung einer Gemeinsamen Servicestelle durch andere Institutionen vorgesehen ist. Grundsätzlich ist dafür allerdings die Zustimmung der Betroffenen nötig; eine Gemeinsame Servicestelle kann also nicht gegen deren Willen tätig werden.

Der erste Titel des achten Kapitels SGB IX beinhaltet Vorschriften, die zur **Sicherung der Beratung und Auskunft** beitragen sollen. Demnach sollen Personensorgeberechtigte nach **§ 60 SGB IX** die ihnen anvertrauten Personen an eine Gemeinsame Servicestelle weitervermitteln, wenn sie bei ihnen eine (drohende) Behinderung wahrnehmen. Auch die ärztliche Beratungstätigkeit umfasst nach **§ 61 SGB IX** neben der Beratung über die Leistungen zur Teilhabe die Verpflichtung, u.a. auf die Gemeinsamen Servicestellen hinzuweisen. § 61 SGB IX erfasst noch eine Reihe anderer Berufsgruppen – darunter z.B. Lehrer, Sozialarbeiter, Jugendleiter und Erzieher – und verpflichtet sie, die Personensorgeberechtigten bei der Wahrnehmung einer Behinderung u.a. auf die Möglichkeiten der Beratung durch die Gemeinsamen Servicestellen hinzuweisen.

Mögen die vorab genannten Vorschriften auch für den außerberuflichen Bereich von großer Bedeutung für die Inanspruchnahme der Gemeinsamen Servicestellen sein, sieht **§ 84 Abs. 2 SGB IX** eine wichtige Regelung für den beruflichen/betrieblichen Sektor vor. Bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit (>6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt) soll der Arbeitgeber zusammen mit anderen betrieblichen Akteuren (z.B. Schwerbehindertenvertretung) für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement sorgen. Daran sollen auch die Gemeinsamen Servicestellen beteiligt werden. Durch den Bezug zur zeitlichen Dauer der Erkrankung gilt die Vorschrift auch für (noch) nicht schwerbehinderte Personen. Wird diese Form der Zusammenarbeit von Seiten des Arbeitgebers unterlassen, kann sich eine mögliche Kündigung des betroffenen Arbeitnehmers u.U. sogar als ungerechtfertigt erweisen⁸⁷.

⁸⁶ Nach einer Umfrage des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) bei allen Gemeinsamen Servicestellen sind diese in über 90 % der Fälle unter der Nutzung bereits bestehender Beratungsstrukturen eingerichtet worden. Die Mitarbeiter verfügen zu 70 % über Qualifikationen im Bereich der Sozialversicherung bzw. der Administration bzw. der Verwaltung. Im Bereich der Beratung sind lediglich ein Fünftel der Mitarbeiter qualifiziert (ISG (Hrsg.) (2003). Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen – Zwischenbericht.).

⁸⁷ Düwell, LPK – SGB IX, § 84 Rn 5.

Die bereits angesprochene von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, dem VDR, den Unfallversicherungsträgern und der Bundesagentur für Arbeit verabschiedete Rahmenempfehlung konkretisiert die Beratungsstrukturen. Die darin beschriebene inhaltliche Konzeption von Gemeinsamen Servicestellen sieht zusammengefasst vor, dass sie jeweils bei einem Reha-Träger eingerichtet werden. In diesem ‚**Front-Office**‘ beraten die trägereigenen Mitarbeiter die Bürger umfassend, partei- und trägerunabhängig. Sehen sich die Mitarbeiter nicht in der Lage dem Anliegen der Anfragenden gerecht zu werden, stehen Telefon, Fax und E-Mail zur Verfügung, um mit dem ‚**Back-Office**‘ – also mit Vertretern der übrigen Reha-Träger, die für die Servicestellenarbeit auserwählt wurden – in Kontakt zu treten und die notwendigen Hilfen bzw. Informationen einzufordern. Organisatorisch wird der Umsetzungsprozess in den einzelnen Bundesländern von den jeweiligen Landesversicherungsanstalten begleitet.

Die Rahmenempfehlung ist durch das zuständige Ministerium (damals noch BMA, heute BMGS) akzeptiert worden. Eine gemeinsame Beratungsstelle, die durch die örtliche Anwesenheit von Rehabilitationsberatern aller sieben Träger sowie durch die obligatorische Vertretung einer Behindertenorganisation gekennzeichnet ist, wird also auch mit dem SGB IX nicht geschaffen.

4.3.1.3 Diskussion der Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 SGB IX

Der Zwischenbericht des ISG über die Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen gibt Aussagen darüber, welche Aufgaben des § 22 Abs. 1 SGB IX mit welcher Häufigkeit wahrgenommen werden. Danach kommen die Gemeinsamen Servicestellen in erster Linie ihren Informationspflichten über das Rehabilitationssystem (Leistungsvoraussetzungen, Leistungen einzelner Träger usw.) nach. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Zuständigkeitsklärung. Hierzu sind die Gemeinsamen Servicestellen nach der gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung auch verpflichtet. Im Folgenden soll darüber hinaus diskutiert werden, wie die Aufgaben des § 22 SGB IX genau zu interpretieren bzw. zu erfüllen sind.

4.3.1.3.1 Informationen über Leistungen, Leistungsvoraussetzungen und Verwaltungsabläufe

§ 22 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX verpflichtet die Gemeinsamen Servicestellen zu **umfassenden und über SGB I hinausgehenden Informationstätigkeiten**. Sie können in **fünf Bereiche** unterteilt werden⁸⁸. Selbstverständlich müssen die Servicestellenmitarbeiter erstens über die Sozialleistungen des Trägers, bei dem die Gemeinsame Servicestelle eingerichtet ist, verbindlich informieren können. Unabhängig von der Leistungszuständigkeit dieses Trägers muss zweitens eine trägerübergreifende Einschätzung der im Einzelfall notwendigen Leistungen zur Teilhabe vorgenommen werden können. Die Mitarbeiter in den Gemeinsamen Servicestellen müssen sich jedoch gleichzeitig und damit drittens so gut in den sonstigen Sozialleistungen (auch der übrigen Reha-Träger) auskennen, die in geeigneten Fällen den speziellen Leistungen zur Teilhabe vorzuziehen sind. Viertens umfassen die verbindlich zu erbringenden Informationen auch die besonderen Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 2 des SGB IX. Fünftens sollen Informationen über möglichst alle Sozialleistungen und sonstigen Hilfen, die unter Berücksichtigung der drohenden oder bereits eingetretenen Behinderung die Lebenssituation der betroffenen Menschen beeinflussen können, gegeben werden können.

Die aufgeführten Gebiete der Informationspflichten lassen erkennen, welche breite Kenntnisse die Mitarbeiter der Gemeinsamen Servicestelle allein im Sozialrecht aufweisen müssen. Konsequenterweise werden die meisten der Beratungsgespräche mit einer Auswahl der obigen Informationspflichten beginnen. Die Rat Suchenden müssen über die persönlichen

⁸⁸ Haines, LPK – SGB IX, § 22 Rn 7.

und versicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen und über die Leistungen der Reha-Träger sowie über deren Verwaltungsabläufe informiert werden. Standardmäßig sollten die Hilfe Suchenden z.B. über die neuen Laufzeiten des § 14 SGB IX und die damit verbundenen Rechte hinsichtlich der Gutachterausswahl sowie über die mit dem SGB IX verstärkten Wunsch- und Wahlrechte (inkl. persönliches Budget) informiert werden. Es geht also zunächst einmal ganz grundlegend darum, die vorhandenen Wissensnachteile der Betroffenen gegenüber den Reha-Trägern zu beseitigen⁸⁹. Lediglich allgemeine Informationen (quasi im Sinne der Aufklärung) werden die Hilfe Suchenden in ihrem speziellen Anliegen allerdings nicht weiterbringen können, weswegen die Informationen genau dem individuellen Fall angepasst werden sollten. Aber bereits hier können die ersten Probleme auftauchen. Eine Information über die Leistungsvoraussetzungen macht es z.B. zwangsweise notwendig, dass praktisch von Beginn an der richtige Reha-Träger von dem Personal der Gemeinsamen Servicestelle ausfindig gemacht wird, denn die Leistungsvoraussetzungen sind bekanntermaßen nicht für alle Reha-Träger gleich.

Die gebotenen Informationen dienen nicht nur den Hilfe Suchenden. Gleichzeitig können sich die Servicestellenmitarbeiter ein (erstes) Bild über die Situation des Betroffenen machen, was sich für die weiteren Aufgaben – insbesondere die Bedarfsklärung – als unabdingbar herausstellen dürfte. Es wird also das Wissensgefälle – wie in Kap. 3.2.2.1 beschrieben – in beiden Richtungen abgebaut.

4.3.1.3.2 Hilfe bei Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und der Erfüllung von Mitwirkungspflichten

Die Servicestellenmitarbeiter sollen nach **§ 22 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX** dabei helfen, den **Rehabilitationsbedarf zu klären**. Dies ist eine entscheidende Aufgabe während des Rehabilitationsverfahrens. Dementsprechend handelt es sich bei dem Rehabilitationsbedarf um ein Konstrukt, dessen genaue Klärung innerhalb der Rehabilitationswissenschaften noch nicht gelungen ist. Zwar liegt mit der **ICF** eine international anerkannte Klassifikation vor, mit deren Hilfe der Begriff der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen, sowie der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an sämtlichen Lebensbereichen operationalisiert werden kann. Sie stellt allerdings kein Assessmentinstrument dar und ist in der jetzigen Form noch nicht für die tägliche Praxis tauglich⁹⁰.

Im Zuge der Bedarfsklärung gilt es auch, eine positive **Rehabilitationsprognose** stellen zu können; die Maßnahmen müssen also aller Voraussicht nach mit Erfolg durchgeführt werden können. Das macht es erforderlich, dass auch die **Rehabilitationsfähigkeit** des (zukünftigen) Antragstellers ermittelt werden muss, inwieweit er überhaupt in der Lage ist, an Präventionsmaßnahmen oder an Leistungen zur Teilhabe teilzunehmen.

Die **Bedarfsklärung** ist im günstigsten Fall bereits mit der Antragsabgabe weitgehend erfolgt – entsprechend erscheint die Ansiedlung dieser Aufgabe bei der Gemeinsamen Servicestelle gerechtfertigt. Hierzu gehört in den meisten Fällen auch die ärztliche Stellungnahme, in der Regel durch den Hausarzt. Es können aber auch andere Fachdisziplinen und andere Institutionen für die Bedarfsklärung eingeschaltet werden. Erinnert werden soll z.B. an die Bedeutung von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen. Sie tragen oftmals dazu bei, dass sich die Betroffenen in ihrer gesamten Problemsituation öffnen und dadurch auch erst der gesamte Bedarf an Hilfen offensichtlich wird.

Ist die Bedarfsermittlung im Vorfeld optimal gelaufen, kann sich die Aufgabe des sozialmedizinischen Dienstes des jeweiligen Trägers um so mehr darauf beschränken, die

⁸⁹ Schütze, SGB IX, Grw. IX/01, K § 22, Rn. 10.

⁹⁰ Schuntermann, M. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung (1-2), 52-59.

beantragten Leistungen auf ihre Bedarfsgerechtigkeit zu prüfen. Der erste Ermittlungsschritt der Bedarfsklärung wird ihnen sozusagen abgenommen bzw. erleichtert.

Nichts desto trotz ist es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle notwendig, einen Sachverständigen für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs einzuschalten. Dies muss nicht immer der Arzt sein. Auch Psychologen, Sozialarbeiter oder Pädagogen kommen für die Bedarfsermittlung in Frage. Berücksichtigt man das Qualifikationsprofil der Servicestellenmitarbeiter, finden sich diese Professionen – mit Ausnahme der Pädagogen – jedoch nicht wieder. Es erscheint somit unklar, wie die Aufgabe der Bedarfsermittlung von dieser Stelle erfüllt werden kann. Es bleibt die Möglichkeit, entsprechende Dienste einzuschalten. Dazu fehlt der Gemeinsamen Servicestelle allerdings die Entscheidungskompetenz. Selbst wenn sie darüber verfügen würde, stellt sich hieran die Frage, ob durch das Einschalten der erforderlichen Dienste die angestrebte Verfahrensbeschleunigung wirklich in dem angestrebten Umfang erreicht werden kann.

Weiterhin gilt es, **über geeignete Rehabilitationsdienste und -einrichtungen zu informieren** und evtl. erforderliche Kontakte zu anderen Trägern bzw. zum Integrationsamt frühzeitig herzustellen, um bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe unterstützend zu wirken. Dieser Handlungsauftrag bedeutet für die Gemeinsamen Servicestellen aber wiederum einen Spagat zu machen zwischen dieser Funktionserfüllung und der Überschreitung von Entscheidungskompetenzen. Selbst bei eindeutig gelagerten Fällen und evtl. dringlich zu erbringenden Leistungen können die Gemeinsamen Servicestellen die Inanspruchnahme nicht selbst veranlassen. Auch hier sind der Verfahrensbeschleunigung enge Grenzen gesetzt.

Weniger problematisch erscheint es, die Antragsteller **bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu unterstützen**, wenngleich dies keine wirklich neue Aufgabe gegenüber den §§ 13 bis 17 SGB I darstellt.

4.3.1.3.3 Zuständigkeitsklärung und Einleitung des Verfahrens

§ 22 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX sieht vor, dass die Gemeinsamen Servicestellen den zuständigen Reha-Träger ermitteln. Dies scheint nach Aussage der Reha-Träger nur in den seltensten Fällen ein wirkliches Problem zu sein. Im Hinblick auf die übrigen Fälle gibt es jedoch auch Stimmen, die der Gemeinsamen Servicestelle die Fähigkeit absprechen, gerade in den kompliziert gelagerten Fällen, in denen medizinische, berufliche und soziale Faktoren zusammenwirken, den richtigen Träger ermitteln zu können⁹¹. Nach § 1 Nr. 3 der gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung muss sie hierzu jedoch in der Lage sein, denn die Vorschrift integriert die Gemeinsamen Servicestellen in die Ablaufvorschriften des § 14 SGB IX, sofern dort ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt wird. Dass es realistischer Weise nicht immer möglich sein wird, im Laufe des Erstgespräches den oder die zuständigen Träger zu ermitteln, ist eine andere Frage. Innerhalb der Zwei-Wochen-Frist des § 14 SGB IX (beginnt nach § 1 Nr. 3 der gemeinsamen Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung am Folgetag der Antragstellung) muss die Zuständigkeit allerdings durch die Gemeinsame Servicestelle bzw. durch den Träger, bei dem sie eingerichtet ist, ermittelt werden.

In Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB IX geht es weiterhin um die Verpflichtung, auf die korrekte Form der Anträge zu achten – **auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken** – und sie den Trägern zukommen zu lassen. Dies ist keine neue Aufgabe, sondern nach § 16 Abs. 3 SGB I eine lang bestehende Verpflichtung der Sozialversicherungsträger. Insofern muss es als fragwürdig angesehen werden, ob sich hierdurch positive Effekte für eine zügigere Fallbearbeitung erzielen lassen. Sollte dies der Fall sein, kann daraus zumindest der Rückschluss gezogen werden, dass dieser Verpflichtung in der Vergangenheit nicht

⁹¹ So Herbert Rebscher, Vorsitzender im Vorstand des VdAK auf dem Workshop ‚Sozialgesetzbuch IX: Ziele, Anstöße, Folgerungen‘. LVA Sachsen-Anhalt (Hrsg.) (2002). Sozialgesetzbuch IX: Ziele, Anstöße, Folgerungen. Workshop am 24.10.2001 in Halle (Saale). Halle.

genügend Rechnung getragen worden ist. Ist die Regelung jedoch vor dem Hintergrund aufgenommen worden, dass mit der Antragstellung die Klärung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt ist, gelangt man zu den im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Problemen.

4.3.1.3.4 Information über die Erforderlichkeit eines Gutachtens

Kritisch ist die Regelung von **§ 22 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX** zu betrachten, wonach dem zuständigen Reha-Träger das Erfordernis einer Begutachtung mitgeteilt werden muss. Sie erscheint insofern als konsequent, als dass die Gemeinsamen Servicestellen keine eigene Entscheidungskompetenz besitzen und wirkt sicherlich dahingehend verfahrensbeschleunigend, als dass die Erkenntnis, dass es einer Begutachtung bedarf, nicht mehr umfassend durch den eigentlichen Träger eruiert werden muss. Das setzt allerdings voraus, dass der zuständige Reha-Träger nicht selbst noch mal den Gutachtenbedarf prüft, demnach eine doppelte Prüfung erfolgt. Wenn dem so ist, könnte die Einleitung von Leistungen zur Teilhabe noch mehr beschleunigt werden, wenn die Gemeinsamen Servicestellen die Gutachter direkt beauftragen könnten.

Inkonsequent ist die Vorschrift dahingehend, dass die Servicestellenmitarbeiter selbst in der Lage sein sollen, bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs zu helfen. Hierzu wird in aller Regel – wenn auch nicht immer durch einen Arzt – ein Sachverständigengutachten angefertigt werden. Eine denkbare Erweiterung der Handlungsmöglichkeiten von Gemeinsamen Servicestellen würde folglich darin bestehen, selbst Gutachter vorzuhalten. Sofern die Gemeinsame Servicestelle bei einem Träger untergebracht ist, der im Hause selbst Gutachtertätigkeiten durchführt, könnte auch an diese Dienste unmittelbar weiter vermittelt werden. Der organisatorische Rahmen für solche Überlegungen wäre durch die Reha-Träger genauer zu erarbeiten. Auch muss die Wahlfreiheit der Betroffenen bei der Gutachterausswahl nach § 14 Abs. 5 SGB IX berücksichtigt werden. Es darf auf keinen Fall das Gefühl bei ihnen aufkommen, dass sie auf Grund trägerspezifischer Interessen an die hauseigenen Sachverständigen vermittelt werden.

Eine direkte Anbindung des Gutachters an die Gemeinsame Servicestelle hätte neben dem zu erwartenden Zeitgewinn den Vorteil, dass ihm in Person der Servicestellenmitarbeiter sachkundige Ansprechpartner in allen Fragen über die Leistungen zur Teilhabe zur Verfügung stehen würden, an die er sich bei Bedarf wenden kann. Es kann nicht erwartet werden, dass die Mediziner, Psychologen etc. alle Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe abrufbereit haben, wohl aber Ideen und Chancen für die von ihnen zu untersuchenden Personen entwickeln werden. Konkrete und trägerübergreifende Vorschläge zur Rehabilitation könnten somit unmittelbar in Absprache mit dem Servicestellenteam in die Gutachten eingearbeitet werden, die damit dem Anspruch einer umfassenden sozialmedizinischen Begutachtung (vgl. § 14 Abs. 5 SGB IX) ein Stück weit gerechter werden.

4.3.1.3.5 Umfassende Vorbereitung in offenkundigen Fällen

Nach **§ 22 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX** sollen die Gemeinsamen Servicestellen in den Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, die Entscheidung so umfassend vorbereiten, dass der eigentliche Reha-Träger unverzüglich über den Antrag entscheiden kann. Auch bei dieser Aufgabe kann erneut die Frage aufgeworfen werden, ob nicht den Gemeinsamen Servicestellen selbst die Entscheidungskompetenz in derartigen Fällen zugestanden werden sollte. Sicherlich kommt dieser Vorschlag auf der einen Seite einem Eingriff in die Selbstverwaltung eines jeden Reha-Trägers gleich. Andererseits ist es aber auch deren Aufgabe, die im Einzelfall notwendigen Sozialleistungen/Leistungen zur Teilhabe den Betroffenen zeitnah und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten zu bewilligen. Warum sollte also ein von einem Expertenteam vorbereiteter und als notwendig angesehener Antrag auf Leistungen zur Teilhabe noch eine zweite Revision durchlaufen?

Dies kann im letzten Schluss nur bedeuten, dass die Träger dem von ihnen selbst bereit gestellten Personal nicht ausreichend Vertrauen entgegenbringen.

Allerdings gilt es die Frage zu klären, wann denn die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe „offenkundig“ ist. Die Gesetzesbegründung spricht hier von „einfacher gelagerten Fällen“⁹², was aber einer hinreichenden Erklärung nicht genügt. Es lassen sich Fälle konstruieren oder aus der Praxis heranziehen, aus denen zweifelsohne die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe hervorgeht, die aber u.U. wegen komplexer Leistungen und/oder mehrerer oder unklarer Reha-Träger keineswegs als einfach eingestuft werden können. Insofern bleibt zu hoffen, dass im Fall einer offenkundigen Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe es nicht stets zu einem doppelten Entscheidungsprozess durch die Gemeinsame Servicestelle und den zuständigen Reha-Trägern kommt.

Ein weiterer Punkt muss zum § 22 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX angemerkt werden. Wird davon ausgegangen, dass offenkundige Fälle nicht mit Fällen gleichgesetzt werden, bei denen der Träger eindeutig zu sein scheint, sondern es sich um einen offenkundigen Rehabilitationsbedarf handelt, kommen bei schwierigen Fällen u.U. unterschiedliche Leistungen zur Teilhabe in Betracht. Dies bedeutet für die Gemeinsame Servicestelle, dass sie auch gemäß § 11 SGB IX zu handeln hat, um das Zusammenwirken von Leistungen zu optimieren. Hierfür fehlen ihr aber einmal mehr die Entscheidungskompetenzen.

Schließlich wird mit der Diskussion um offenkundige Fälle auch die Frage aufgeworfen, wann es sich überhaupt um ‚**typische Servicestellenfälle**‘ handelt. In der derzeitigen Praxis zeichnet sich eine Definition ab, die nur in solchen Beratungsgesprächen von Servicestellenfällen ausgeht, wenn ein anderer Träger in die Beratung einbezogen werden musste und Rehabilitationsbedarf vorliegt. Eine solche Definition entzieht sich jeglicher gesetzlicher Grundlage. Nur einen kleinen Bruchteil der anfallenden – und ohnehin wenigen – Beratungsfälle als Servicestellenfälle zu deklarieren, kann nur konträr zu den Bemühungen laufen, mit dem neuen Beratungsangebot eine bürgernahe Anlaufstelle zu schaffen. Es muss doch gerade das Ziel sein, dass große Reservoir an potentiell Rehabilitationsbedürftigen zu mobilisieren, um ihnen frühzeitig und angemessenen Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Prävention zukommen zu lassen. Mit der derzeitigen Fallausgrenzung kann die Gemeinsame Servicestelle aber nur als eine Institution wahrgenommen werden, die sich ‚Spezialfällen‘ annimmt, nicht aber für die Allgemeinheit zugänglich ist. Im Zuge dieser Kritik erscheint es auch dringend geboten, die durchaus übliche Praxis zu untersagen, dass am Empfang eines Reha-Trägers entschieden wird, ob es sich bei dem Anliegen des Rat Suchenden um einen ‚Servicestellenfall‘ handelt. Dies läuft entgegen der Idee des bürgernahen Zugangs zum Rehabilitationssystem und untergräbt die oberste Leitlinie des SGB IX: die Selbstbestimmung der Betroffenen.

4.3.1.3.6 Unterstützende Begleitung

Die Antragsteller auf Leistungen zur Teilhabe sollen nach **§ 22 Abs. 1 Nr. 6 SGB IX** bis zur Entscheidung über die bzw. bis zum Beginn von Leistungen durch die Gemeinsamen Servicestellen unterstützend begleitet werden. In der Kommentarliteratur werden darunter z.B. auch die psycho-soziale Unterstützung durch die Gemeinsamen Servicestellen selbst oder auch Leistungen zur Teilhabe – insbesondere Leistungen nach § 26 Abs. 3 Nr. 5 und 7 und § 33 Abs. 6 Nr. 5 und 7 SGB IX – summiert⁹³. Diese dienen dazu, die Betroffenen zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe zu motivieren und um sie seelisch zu stabilisieren.

Aus diesem vorzuhaltenden Angebot ergibt sich weiterer Erörterungsbedarf. Wie soll konkret die psycho-soziale Unterstützung durch die Servicestellenmitarbeiter aussehen? Gehören dazu auch Aufgaben, die z.B. den Leistungen nach **§ 26 Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB IX** entsprechen, wonach Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und

⁹² BT-DS 14/5074, S. 105.

⁹³ Haines, LPK – SGB IX, § 22 Rn 19.

Behinderungsverarbeitung zu geben sind und die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen zu fördern ist? Wenn dem so ist, erwachsen daraus zunächst Konsequenzen für die Qualifikation und Ausbildung der Servicestellenmitarbeiter. Zwar finden sich laut der ISG-Studie auch Mitarbeiter mit Qualifikationen im pädagogischen Bereich und in der Beratung. Speziell ausgebildete psychologische Fachkräfte scheinen allerdings nicht vertreten zu sein.

Darüber hinaus steht die Frage im Raum, wer die Leistungen nach §§ 26 Abs. 3 und 33 Abs. 6 SGB IX bzw. die von den Servicestellenmitarbeitern erbrachten Leistungen zur psychosozialen Unterstützung trägt. Gerade wenn die eigentlich zu erbringende Leistung von einem anderen Reha-Träger zu erbringen ist als von dem Träger, bei dem die Gemeinsame Servicestelle eingerichtet ist, sind Einigungsschwierigkeiten zwischen diesen Trägern zu erwarten. Auch hier mangelt es folglich wieder an Entscheidungskompetenzen für die Gemeinsamen Servicestellen, ob die Leistungen der u.U. sehr aufwendigen psycho-sozialen Unterstützung im Einzelfall zu erbringen sind.

Vor allem bei den besonders hervorgehobenen Leistungen (§§ 26 Abs. 3 Nr. 5 und 7 und 33 Abs. 6 Nr. 5 und 7 SGB IX) erscheint dringender **Kooperationsbedarf** mit dem zuständigen Träger. Man möge sich beispielsweise den Fall vorstellen, bei dem der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe abgelehnt wird, nachdem sich die Servicestellenmitarbeiter in aufwendiger Arbeit um die Motivation zur Rehabilitation des Antragstellers bemüht haben. Oder jemand wird auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorbereitet und im Vorfeld zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten angeleitet, bekommt dann aber letztlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz bewilligt. Solche Konstellationen hätten sicherlich keine positiven Effekte für den Umgang mit Krisensituationen, der ja gerade durch diese Leistungen gefördert werden soll.

Schließlich muss mit der Aufgabenstellung der psycho-sozialen Unterstützung auch hervorgehoben werden, dass sich die Gemeinsamen Servicestellen damit der unmittelbaren Konkurrenz von Behindertenverbänden und insbesondere von Selbsthilfegruppen aussetzen. Letztere sind u.a. gerade deswegen entstanden, weil sie den Betroffenen in diesem Bereich wesentlich kompetenter erscheinen als die Mitarbeiter in den Verwaltungen.

4.3.1.3.7 Hinwirken auf zeitnahe Entscheidung

§ 22 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX sieht vor, dass die Gemeinsamen Servicestellen bei den für die beantragte Leistung zuständigen Trägern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinwirken sollen. Dabei sollen die Servicestellenmitarbeiter als amtlicher Anwalt der Betroffenen gegenüber den Reha-Trägern auftreten⁹⁴.

Um die Aufgabe erfüllen zu können wird es ganz wesentlich darauf ankommen, diese anwaltliche Rolle den Hilfe Suchenden gegenüber glaubhaft repräsentieren zu können. Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang die tatkräftige Unterstützung bei der Inanspruchnahme des **§ 15 SGB IX**. Die dort verankerte Möglichkeit der Selbstbeschaffung von Leistungen durch die Betroffenen bei den Reha-Trägern anzulastenden Verzögerungen im Verfahrensablauf stellt einen wertvollen Fortschritt zur Verfahrensbeschleunigung dar. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass sich viele Betroffene überfordert fühlen, die exakt richtigen Leistungen zur Teilhabe auszuwählen, um später die vorgestreckten Gelder in voller Höhe rückerstattet zu bekommen. Das finanzielle Risiko liegt somit auf Seiten der Antragsteller. Wie sollen sie einschätzen können, welche Kosten der Reha-Träger unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirksamkeit und der Sparsamkeit erstattet? Hierüber sollten aber die Mitarbeiter in der Gemeinsamen Servicestelle umfangreiche Kenntnisse besitzen, um bei der Inanspruchnahme von § 15 SGB IX beratend und unterstützend tätig zu sein. Es ist allerdings zu hinterfragen, ob dies dem Interesse der Reha-Träger nachkommt. Eine stringente Umsetzung in die Praxis muss sich daher erst noch beweisen.

⁹⁴ Haines, LPK – SGB IX, § 22 Rn 20.

Die Fristen bis zur Entscheidung durch einen Reha-Träger wurden im Übrigen nicht umsonst mit dem § 14 SGB IX differenziert festgelegt. Der Gesetzgeber hat zunächst von der Erfüllung dieser Fristen auszugehen. Folglich dürfte es sich sowieso nur um Ausnahmefälle handeln, in denen der Bedarf der Verfahrensbeschleunigung durch die Gemeinsame Servicestelle erkennbar wird. Andernfalls kann mit zeitnahen Entscheidungen nur ein Zeitraum gemeint sein, der die Fristen des § 14 SGB IX sogar noch unterschreitet. Die Servicestellenmitarbeiter stehen dann jedoch vor der schwierigen Frage, welche Fälle als besonders zeitnah zu gelten haben. Denn wenn sämtliche Fälle als besonders dringend deklariert werden, würde die mahnende Wirkung rasch an Wirksamkeit verlieren.

Neben der glaubhaften Rollenerfüllung stellt sich außerdem die Frage, wie wirksam die Vorschrift in die alltägliche Praxis umgesetzt werden kann. Direkte bzw. persönliche Kontakte und Kenntnisse über formelle und informelle Organisationsabläufe mag ein Servicestellenmitarbeiter bei dem bzw. über den Träger haben, bei dem die Gemeinsame Servicestelle eingerichtet ist. Dieser Wissensvorteil lässt sich u.U. zu Gunsten einer Verfahrensbeschleunigung ausnutzen. Problematischer dürfte es in den Fällen werden, in denen fremde Träger über die Anträge zu entscheiden haben. Es gilt, die dort zuständigen Sachbearbeiter ausfindig zu machen und sie von der Notwendigkeit einer beschleunigten Fallbearbeitung zu überzeugen. Eine nicht leichte Aufgabe, sind doch den Gemeinsamen Servicestellen keine Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Reha-Trägern zugestanden worden. Insofern mögen sich zwar die Servicestellenmitarbeiter um eine Verfahrensbeschleunigung bemühen, negative Konsequenzen sind damit für die Träger – sofern sie die Fristen des § 14 SGB IX einhalten – nicht verbunden. Es ist daher zu befürchten, dass die Anstrengungen erfolglos bleiben.

4.3.1.3.8 Koordination und Vermittlung

Die bisherigen Aufgaben bezogen sich allesamt auf den Zeitraum vor der Leistungsbewilligung bzw. der Leistungserbringung. Die Gemeinsamen Servicestellen haben aber nach **§ 22 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX** weiterhin die Aufgabe, auch während der Leistungserbringung zwischen mehreren Reha-Trägern und den Beteiligten zu koordinieren und zu vermitteln. Wer genau zu den Beteiligten gehört, geht aus der Gesetzesbegründung nicht hervor. Das Spektrum dürfte daher neben den Betroffenen bzw. Rehabilitanden auch die Leistungserbringer, Haus- bzw. Fachärzte, Selbsthilfegruppen und Behindertenorganisationen etc. umfassen. Dies deutet erneut darauf hin, dass der Beratungsbegriff nach § 22 SGB IX wesentlich weiter zu fassen ist als derjenige des § 14 SGB I.

Im Zuge dieser Aufgabe wird von **Rehabilitationsbegleitung** und **Teilhabemanagement** gesprochen, was sich auch auf die Zeit nach der Leistungserbringung erstrecken kann⁹⁵. Gleichfalls wird § 22 Abs. 1 Nr. 8 SGB IX mit der Aufgabe eines koordinierten und effizienten **Fall- bzw. Case-Managements** gleichgesetzt⁹⁶. Damit hätte die Gemeinsame Servicestelle neben der Vorfeldklärung (inkl. Assessment) auch die Dimensionen der Planung und der kontrollierten Umsetzung (Monitoring) sowie der Evaluation und der Berichterstattung zur Aufgabe. Exakte Abgrenzungen und Definitionen der Begrifflichkeiten des Teilhabemanagements und des Case-Managements stehen noch aus. Erinnerung sei hier z.B. an die Vielzahl von Case-Management-Programmen, die sich derzeit mit ganz unterschiedlichen Zielsetzungen in der praktischen Erprobung befinden. Es gilt jedoch vielmehr darauf hinzuweisen, dass mit diesem Aufgabenabschnitt den Gemeinsamen Servicestellen gewissermaßen auch der Auftrag nach **§ 12 SGB IX** übertragen wird, der die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Trägern regelt. Es geht demnach bei dem Auftrag der Gemeinsamen Servicestellen nicht nur um Beratung und Unterstützung der Betroffenen bis zur Inanspruchnahme der Leistungen, sondern letztlich auch um die **Minimierung der**

⁹⁵ Haines, LPK – SGB IX, § 22 Rn 21 und 22.

⁹⁶ Wendt, W. R. (2001). Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schnittstellenproblematiken, die sich während (und nach) der Leistungserbringung ergeben können. Wie diese anspruchsvolle Aufgabe ohne weitreichende Entscheidungskompetenzen zu bewältigen ist, wird sich in Zukunft herausstellen.

Schließlich soll das neue Beratungsangebot auch dann zur Verfügung stehen, wenn die Hilfe Suchenden aktuell keine Leistungen erhalten⁹⁷. Die Gemeinsame Servicestelle wird somit zum ständigen Ansprechpartner für Beratung und Unterstützung. Diese Forderung erscheint logisch, wenn von der Tatsache ausgegangen wird, dass die Bürger gar nicht abschließend über die sich ihnen bietenden Möglichkeiten des Sozialgesetzbuches Bescheid wissen können. Das bedeutet aber auch zwangsweise, dass sich die Gemeinsamen Servicestellen zunächst einmal für die Anliegen derjenigen öffnen müssen, bei denen letzten Endes gar keine Leistungen zur Teilhabe in Frage kommen, sondern z.B. ‚nur‘ die Verweisung an einen Facharzt nach Lage der Dinge angemessen ist. Die Gemeinsamen Servicestellen werden in diesem Rahmen einen Beitrag zur Beseitigung der Über- und Unterinanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe erbringen können. Folglich kann es – um auf die bereits oben vorgenommene Kritik zurückzukommen – gar keine ‚typischen‘ Servicestellen-Fälle geben, sondern es gilt, aus der (bisher noch nicht vorhandenen) Vielzahl der Fälle gerade diejenigen mit Rehabilitationsbedarf herauszufiltern und sich ihrer anzunehmen.

4.3.1.4 Gemeinsame Servicestellen im Kontext von Erwerbsminderung

Die vorangegangene Aufgabenbeschreibung ist als allgemein anzusehen und demnach unabhängig von dem jeweiligen Beratungshintergrund des Einzelnen – soweit es sich um Leistungen zur Teilhabe bzw. Maßnahmen zur Prävention handelt. Damit eröffnen sich auch Chancen, die Gemeinsamen Servicestellen im Zuge eines EM-Rentenverfahrens als Beratungskapazität zu nutzen. Die EM-Antragsteller können aber nicht durch den Rentenversicherungsträger gegen ihren Willen dorthin verwiesen werden. Allerdings finden die EM-Antragsteller hier eine Institution, die sich auf jeden Fall mit dem Anliegen ‚Leistungen zur Teilhabe‘ beschäftigen muss. Gerade die Schwere eines Falles und die damit verbundene Aussichtslosigkeit der Rückkehr in das Arbeitsleben kann für den Mitarbeiter der Rentenversicherung kein Argument dafür sein, von dem Hinweis auf eine Gemeinsame Servicestelle abzusehen. Vielmehr können u.U. Leistungen zur Teilhabe von einem anderen Reha-Träger erbracht werden (z.B. von der Krankenkasse um Pflegebedürftigkeit zu verhindern) oder Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, was auf Grund des § 8 SGB IX stets zu überprüfen ist. Die Einbindung der Gemeinsamen Servicestellen in ein laufendes EM-Rentenverfahren hat sich in der Praxis jedoch noch nicht durchsetzen können bzw. wird diese Gelegenheit noch nicht aktiv angegangen. Ein Grund hierfür dürfte in den routinierten Verwaltungsabläufen liegen, die bei Antragstellung auf EM-Rente in Gang gesetzt werden. Nur in den wenigsten Fällen kommt es im Laufe des Verfahrens zu der Abgabe an einen anderen Versicherungsträger (s. Kap. 2.2.3).

Die Gemeinsamen Servicestellen können nicht nur innerhalb eines laufenden EM-Verfahrens durch den beschriebenen Aufgabenkatalog bei der Einleitung von Leistungen zur Teilhabe unterstützend wirken. Betriebliche Interessensvertretungen sind durch § 84 Abs. 2 SGB IX aufgefordert, rechtzeitig bei erkennbaren manifesten Gesundheitsproblemen die Gemeinsamen Servicestellen einzuschalten (Zustimmung der Betroffenen vorausgesetzt). Schließlich liegt es auch in der Eigenverantwortung der Erwerbstätigen selbst, rechtzeitig bei gesundheitlichen Problemen aktiv zu werden. Sofern die Gemeinsamen Servicestellen bekannt sind und als ausreichend kompetent wahrgenommen werden, könnten sie von betroffenen Erwerbspersonen verstärkt aufgesucht werden. Somit kann sowohl von Arbeitgeber- als auch von Arbeitnehmerseite unter Einbezug der Gemeinsamen Servicestelle einem drohenden EM-Antrag quasi präventiv entgegengewirkt werden.

⁹⁷ Haines, LPK – SGB IX, § 22 Rn 22.

4.3.2 Arbeitgeberberatung in Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Bei der Planung von Aktivitäten zur betrieblichen Prävention und Rehabilitation sind von den Akteuren im Betrieb eine Vielzahl gesetzlicher Bestimmungen zu berücksichtigen. Hinzukommt, dass sich die Zuständigkeiten für Leistungen zur Teilhabe über fast alle Sozialleistungsträger verteilen. Unternehmen, die sich diesem Thema zuwenden, haben es je nach Fall mit dem örtlichen Arbeitsamt, dem Integrationsamt, der Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft oder dem Rentenversicherungsträger zu tun. Unklar ist häufig auch, welche Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Leistungen zur Teilhabe profitieren können. Neben bereits behinderten und leistungsgewandelten Mitarbeitern kann es darüber hinaus gerade für Mitarbeiter, die von Behinderung bedroht sind, sinnvoll sein, Maßnahmen zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit anzubieten. Ist ein Unternehmen in der Lage entsprechende Mitarbeitergruppen frühzeitig mit gezielten Präventionsangeboten zu erreichen, können oft teure stationäre Leistungen zur Teilhabe verhindert werden. Die Entwicklung und Implementierung entsprechender Angebote erfordert in der Regel rehabilitatives Spezialwissen, das nur im Ausnahmefall im Betrieb vorhanden ist.

Doch nicht nur außerhalb des Unternehmens beschäftigen sich sehr verschiedene Akteure mit Fragen der Prävention und Rehabilitation, auch im Unternehmen selbst verteilen sich die Zuständigkeiten auf unterschiedliche Funktionsbereiche. Je nach Fragestellung ist die Personalabteilung, die Personalentwicklung, der Arbeits- und Gesundheitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung, der Sozialdienst, die Ergonomie, die Schwerbehindertenvertretung oder der Betriebsrat zuständig. Während für große Betriebe die interne Differenzierung einen erheblichen Koordinationsaufwand nach sich zieht, leiden kleinere Betriebe darunter, dass für Fragen der Prävention und Rehabilitation kaum personelle Ressourcen vorhanden sind.

Dass Fragen der Prävention und Rehabilitation nicht eindeutig bestimmten Institutionen außerhalb des Unternehmens bzw. bestimmten Funktionsbereichen im Unternehmen zuzuordnen sind, hat erhebliche Konsequenzen für die Verortung von Arbeitgeberberatung. Je nach dem wo Arbeitgeberberatung institutionell und fachlich verankert wird, ergeben sich unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten für Rat suchende Unternehmen.

Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang ist das inhaltliche Profil von Arbeitgeberberatung bzw. die Kernkompetenz, die eine „Beratungsstelle“ bzw. ein Beratungsunternehmen für sich reklamieren. Hier stellt sich die Frage, inwieweit es realistisch ist davon auszugehen, dass eine zentrale Anlaufstelle für Arbeitgeberberatung das gesamte Spektrum des Betrieblichen Gesundheitsmanagement abzudecken vermag.

Wichtig ist jedoch, das „Zuständigkeitswirrwarr“ im Sozialsystem für die Unternehmen überschaubarer zu gestalten. Eine Lösung könnte hier die Schaffung eines zentralen Ansprechpartners sein, der als „Mittler“ zu allen Leistungsträgern, die Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation finanzieren, fungiert.

Dass die Intensivierung der Arbeitgeberberatung zum Erfolg der (Re)Integration von Betroffenen beigetragen hat, belegt eindrucksvoll die im Oktober 1999 gestartete Kampagne ‚50.000 Jobs für Schwerbehinderte‘. Die Zahl der arbeitslosen schwerbehinderten Menschen konnte bis zum Oktober 2002 auf 144.292 abgebaut werden, ein Rückgang von fast 25 %. Maßgeblich hat hierzu die Arbeit der Integrationsfachdienste beigetragen, deren Aufgabe u.a. in der umfassenden Beratung und Information der Arbeitgeber liegt (§ 110 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX)⁹⁸. Auf einen anderen Zeitpunkt – nämlich bevor Arbeitslosigkeit entsteht bzw. Arbeitsverhältnisse gekündigt werden – zielt das Modellprojekt ‚Case-Management zur Erhaltung von Arbeits- und Ausbildungsverhältnissen behinderter Menschen‘ der BAR ab.

⁹⁸ Siehe: Bericht der Bundesregierung nach § 160 des neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) über die Beschäftigungssituation schwerbehinderter Menschen. 2003.

Ausgangspunkt des Projekts ist auch hier das fehlende Know-how der Arbeitgeber, Arbeitsplätze behindertengerecht umgestalten und Arbeitsabläufe verändern bzw. den Betroffenen einen leidensgerechten neuen Arbeitsplatz vermitteln zu können. In enger Kooperation mit dem Betrieb wurden daher externe Case-Manager eingeschaltet, um frühzeitig den Fortbestand gefährdeter Arbeitsplätze zu sichern. Mit den Projekterfolgen geht erneut die Erkenntnis einher, die Arbeitgeberberatung zu intensivieren.

4.3.2.1 Unterschiedliche Arbeitgeberberatungsprofile

Von Seiten des IQPR wurde insbesondere im Kölner Raum mit verschiedenen Institutionen Kontakt aufgenommen, um deren Profil hinsichtlich der Arbeitgeberberatung in Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu ermitteln. Darüber hinaus wurde in einem Gespräch mit Mitgliedern der Kreishandwerkerschaft Höxter die Sichtweise handwerklich geprägter Klein- und Mittelbetriebe erfragt. In einer gemeinsamen Veranstaltung mit der RE-INTEGRA, Mainz und dem dortigen Unternehmensforum wurden die Erfahrungen der RE-INTEGRA und des IQPR mit Arbeitgeberberatung mit Unternehmensvertretern diskutiert.

Bei der **IHK Köln** gibt es keine spezielle Abteilung oder Anlaufstelle für Arbeitgeber, die sich über Leistungen zur Teilhabe informieren möchten. Am ehesten kann man sich an die Abteilung ‚Arbeitsrecht: Unternehmensbezogene Auskünfte zu Fragen des Rehabilitationsrechts‘ wenden. Insgesamt ist die Nachfrage der Arbeitgeber nach Informationen zum Thema Rehabilitation aber eher gering. Es wird vermutet, dass sich die Arbeitgeber in diesen Fragen eher an Arbeitgeberverbände richten.

Die **Kreishandwerkerschaft Köln** hat einen Ansprechpartner bei der Handwerkskammer Köln. Um die Integration von schwerbehinderten Menschen in handwerklichen Betrieben zu erleichtern, haben die Handwerkskammer und der Landschaftsverband Rheinland (LVR) ein Projekt initiiert. Danach finanziert das Integrationsamt für zwei Jahre (ab August 2001) die Beschäftigung eines Fachberaters zur Integration von schwerbehinderten Menschen bei der Handwerkskammer Köln. Mit der Doppelqualifikation als Ingenieur und Sozialpädagoge geht der Fachberater gezielt auf Handwerksbetriebe zu und informiert über die Rahmenbedingungen und Fördermöglichkeiten bei der Beschäftigung von schwerbehinderten Arbeitnehmern. Dabei nimmt er sowohl die Interessen der Handwerksbetriebe als auch die der schwerbehinderten Menschen wahr. Das Fördervolumen, finanziert durch die Ausgleichsabgabe, beträgt 260.000 DM (2001).

Das **Arbeitsamt Köln** bietet auf Grund der steigenden Nachfrage in den letzten Jahren seit August 2001 einen zusätzlichen Service für Arbeitgeber an, die ‚Arbeitsmarktberatung‘. Neben verschiedenen Themen, z.B. Personalgewinnung und Personalplanung, können sich hier Firmen über Eingliederungszuschüsse, Fragen zur betriebsnahen Qualifizierung und über die Eingliederung von besonderen Personengruppen – z.B. schwerbehinderte Menschen – informieren. Im Prinzip ist die ‚Arbeitsmarktberatung‘ aber nichts Neues, da mit den Arbeitgebern regelmäßig Arbeitsmarktgespräche geführt werden. Wichtiger als die ‚Arbeitsmarktberatung‘ ist daher das Reha-Team des Arbeitsamtes Köln. Dieses pflegt und sucht einen engen und intensiven Kontakt zu Arbeitgebern. Der Schlüssel zum Erfolg für einen dauerhaften Kontakt ist die positive Vermittlungserfahrung. Wie wichtig diese Erfolge sind, zeigen die Bemühungen des Reha-Teams, die Arbeitgeber durch allgemeine Angebote zu informieren. An einer Veranstaltung zur Einstellung von schwerbehinderten Menschen kamen lediglich fünf der 150 eingeladenen Unternehmen. Die Nachfrage nach Beratung der Arbeitgeber hat sich jedoch mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter (SchwbBAG) erhöht. Generell tun dies die Arbeitgeber z.T. aus eigenem Antrieb, u.a. weil sie oder Menschen aus ihrem Umfeld persönlich von einer Behinderung betroffen sind, aber auch oft unter Druck der Schwerbehindertenvertretung oder des Betriebsrates. Mit dem SchwbBAG entsteht der Beratungsbedarf zusätzlich im Prozess der Erstellung von Integrationsvereinbarungen. Das Arbeitsamt Köln versteht seine Rolle aber nicht darin, bei der Erstellung von Vereinbarungen beteiligt zu sein oder als Schlichter zwischen den Parteien aufzutreten. Die Erfahrungen des Reha-Teams zeigen, dass die

Kenntnisse über einzelne Fördermöglichkeiten meistens nicht als ausreichend bezeichnet werden können. Oft werden z.B. Fragen bzgl. der Berufsgenossenschaft oder über verschiedene Formen von Behinderungen gestellt. Bei vielen Arbeitgebern scheint noch immer das klassische Bild des Menschen mit einer geistigen Behinderung oder des Rollstuhlfahrers zu existieren. Insgesamt haben es die Berater des Reha-Teams eher mit nach Beratung suchenden Arbeitnehmern als -gebern zu tun.

Der **Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften** hat selbst keine Anlaufstelle für die Beratung von Arbeitgebern in Rehabilitationsfragen. Die Arbeitgeber müssen sich bei Fragen an die einzelnen Mitglieder des Verbandes wenden.

Das **Integrationsamt** des LVR hat erstmals im August 2001 ein Verzeichnis mit den Ansprechpartnern für die Förderung der Beschäftigung behinderter Menschen herausgegeben. Detailliert werden dort die jeweiligen Ansprechpartner der Kreise und der kreisfreien Städte aufgelistet. Neben den Integrationsämtern finden sich auch die Ansprechpartner der jeweiligen örtlichen Fürsorgestellen, der Arbeitsämter und der Integrationsfachdienste. Darüber hinaus existiert die bereits beschriebene Förderung eines Fachberaters bei der Handwerkskammer zu Köln.

In Köln wird der **Integrationsfachdienst (IFD)** von der ‚Berufliche Integration Behinderter BIB GmbH‘ organisiert. Dort kommt es durchaus vor, dass sich Unternehmen direkt an den IFD wenden, ohne vorher das Arbeitsamt oder das Integrationsamt eingeschaltet zu haben. Meistens handelt es sich dabei um Unternehmen, die bereits durch eine dieser beiden Institutionen Kontakt mit dem IFD hatten. In den häufigsten Fällen geht es dabei um die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers. Vom Integrationsamt in Köln hat der IFD hierfür 4,5 Stellen zugewiesen bekommen (Stand Herbst 2001). Ebenfalls wenden sich die Unternehmen teilweise direkt an den IFD, wenn es um die Entlassung von schwerbehinderten Menschen geht. Der IFD schickt in solchen Fällen jemanden zur Analyse vor Ort, um noch eine andere Lösung als die der Entlassung zu untersuchen. Diese direkten Anfragen erfordern meistens den Kontakt mit dem Integrationsamt. Das Entlassungsverfahren – wenn es nicht abgewendet werden kann – läuft wie gewöhnlich mit dem Integrationsamt zusammen. Insgesamt entstehen dem IFD Köln durch die unmittelbare Kontaktaufnahme durch Arbeitgeber bzw. Unternehmen keine Kosten.

Weiterhin konnte in Kooperation mit der **Kreishandwerkerschaft Höxter-Warburg** in Brakel ein Erfahrungsaustausch mit verschiedenen Handwerksbetrieben der Region durchgeführt werden. Neben den Unternehmensvertretern waren zwei Mitarbeiter der Innungskrankenkasse und ein Vertreter des Arbeitsamtes anwesend.

Die anwesenden Betriebsinhaber haben überwiegend gute Erfahrungen mit der Einstellung schwerbehinderter Menschen. Sie wurden jedoch durchaus unterschiedlich beraten; teilweise sehr ausführlich, andererseits eher knapp. Vielen Handwerksmeistern ist darüber hinaus die Fachberatung für schwerbehinderte Arbeitnehmer der Handwerkskammer Ostwestfalen-Lippe nicht bekannt, was auch auf die räumlichen Entfernung zurückzuführen ist.

Zur besseren Information des Arbeitgebers wurde der Vorschlag unterbreitet, dass schwerbehinderte Menschen für ihre Bewerbungen Unterlagen z.B. über die verschiedenen Fördermöglichkeiten finanzieller und organisatorischer Art erhalten sollten, um sie den Bewerbungsunterlagen beilegen zu können.

Insgesamt lassen sich folgende Schlussfolgerungen aus der Veranstaltung ableiten:

- Von zentraler Wichtigkeit ist eine bessere Beratung der Kleinbetriebe; es muss für sie eine kompetente, räumlich nahe Beratungsstelle geben, die umfassend informiert.
- Es muss Informationsmaterial entwickelt werden, das speziell auf die Bedürfnisse von Handwerksmeistern zugeschnitten ist.
- Der besondere Kündigungsschutz für schwerbehinderte Menschen ist in den Kleinbetrieben ein besonderer Hinderungsgrund für die Neueinstellung

schwerbehinderter Arbeitnehmer; viele Handwerksmeister zahlen lieber die Ausgleichsabgabe, als sich der zusätzlichen bürokratischen Belastung durch die Einstellung schwerbehinderter Arbeitnehmer auszusetzen; deshalb muss hier über eine Kleinbetriebsklausel nachgedacht oder eine einheitliche bedürfnisgerechte Praxis für Zustimmungen bei Kleinbetrieben entwickelt werden.

- Die Bereitschaft, (schwer)behinderte Arbeitnehmer einzustellen, hängt auch stark von den Erfahrungen mit schwerbehinderten Arbeitnehmern ab.
- Die Vorzüge der Wiedereingliederungsverträge (keine Lohnkosten) sollten stärker bekannt gemacht werden.
- Es sollten Musterverträge entwickelt werden, welche die Teilbeschäftigung bei vorübergehenden Leistungseinschränkungen regeln.

Der Integrationsfachdienst **RE-INTEGRA** in Mainz und das dortige **Unternehmensforum**⁹⁹ können als weitere Varianten von Arbeitgeberberatung angesehen werden. Bei der RE-INTEGRA handelt es sich um einen Integrationsfachdienst, der im Rahmen des §109 ff. SGB IX tätig ist. Eine Besonderheit ist, dass sich der Integrationsfachdienst auf Trägerebene ausschließlich aus Organisationen der Wirtschaft (die Landesvereinigung Unternehmerverbände Rheinland-Pfalz, die Handelskammer und die Handwerkskammer Rheinhessen) zusammensetzt. Die Mitarbeiter der RE-INTEGRA rekrutieren sich vorwiegend aus Profit-Unternehmen. Bei der Vermittlung von Menschen mit einer Schwerbehinderung wird insbesondere darauf geachtet, dass die Anforderungen des Arbeitsplatzes und die Fähigkeiten des Bewerbers optimal zu einander passen, so dass aus Sicht des Arbeitgebers eine volle Arbeitsleistung erbracht werden kann. In der Beratungsarbeit werden die Unternehmen darüber hinaus auf die Bedeutung von Rückkehrgesprächen als Instrument, eine drohende Behinderung möglichst frühzeitig zu erkennen, hingewiesen.

Die Konstruktion der RE-INTEGRA zielt insgesamt darauf ab, den „kulturellen Bruch“ zwischen der, mit sozialpolitischem Auftrag versehenen non-profit Organisation Integrationsfachdienst und den, auf Wirtschaftlichkeit und Konkurrenz ausgerichteten Unternehmen möglichst gering zu halten. RE-INTEGRA spricht die „Sprache der Unternehmen“, dies erleichtert es Unternehmen als Kooperationspartner zu gewinnen.

Das Unternehmensforum baut auf der Überlegung auf, dass schwerbehinderte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als Kunden eine relevante und kaufkräftige Zielgruppe darstellen. Ein Unternehmen, das in der Lage ist schwerbehinderte Mitarbeiter zu beschäftigen ist auch eher in der Lage, Produkte bzw. Dienstleistungen anbieten zu können, die den Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechen. Die kulturelle Vielfalt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen kann so zu einem Wettbewerbsvorteil ausgebaut werden.

Durch die Verknüpfung von innovativer Personalentwicklung und der Erschließung neuer Kundenpotenziale kann die Schaffung von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Arbeitnehmer nachhaltig gefördert werden.

Beispielhafte Aktivitäten des Unternehmensforums sind u.a.:

- Entwicklung von Personalentwicklungs- und Organisationsentwicklungsstrategien für die umfassende Teilhabe am Arbeitsleben
- Entwicklung von Qualitätskriterien für den Umgang mit schwerbehinderten Kunden
- Beratung von Unternehmen zur Umsetzung von „best practice“

⁹⁹ Gaßmann, U. (2004): Unternehmensforum für schwerbehinderte Mitarbeiter und Kunden - Eine bundesweite Initiative von Unternehmen. In: Mehrhoff, F. (Hrsg.): Disability Management "Strategie für Integration von Behinderten in das Arbeitsleben". Stuttgart, Gentner Verlag.

- Aufbau eines Netzwerkes von behinderten Experten zur Beratung von Unternehmen über „behindertengerechte“ Dienstleistungen und Produkte
- Darstellung von Modellen vorbildhafter betrieblicher Integration

Wie im Kapitel 4.3.2 angedeutet, hat sich das IQPR u.a. angeregt durch ein Beratungsprojekt mit den FORD Werken in Köln ebenfalls intensiv mit dem Thema Arbeitgeberberatung auseinandergesetzt. In diesem Modell waren die Kernelemente:

- der Aufbau eines interdisziplinären Teams (Integrationsteam), in dem das unternehmensinterne Know-how gebündelt wurde
- die Implementierung eines IT-gestützten Profilvergleichsystems (IMBA)
- Schulung der Mitarbeiter
- die Vernetzung des unternehmensinternen Integrationsteams mit den Akteuren im Sozialsystem
- die Vorbereitung der Auditierung des Integrationsansatzes im Rahmen des Disability Management Ansatzes

Ein Beratungsprojekt in einem großen Unternehmen steht vor dem Problem, die unterschiedlichen Interessen der betrieblichen Akteure (Produktion, Gesundheitsdienst, Personalabteilung, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung etc.) so zu fokussieren, dass sich wirtschaftliche und soziale Ziele ausbalancieren lassen.

Das Projekt reflektiert außerdem die Schwierigkeiten eines großen Unternehmens, vorhandene Ressourcen und Kommunikationsstrukturen so zu bündeln, dass mehrere hundert, gesundheitlich eingeschränkte Mitarbeiter mit einer, für alle beteiligten Gruppen transparenten Systematik, im Unternehmen sozialverträglich neu platziert werden.

Der gesamte Prozess lässt sich mit dem Verständnis von Arbeitgeberberatung, wie sie im SGB IX zum Ausdruck kommt, nur noch bedingt vergleichen. Wenn es z.B. in §110 SGB IX heißt, Arbeitgeber sind zu informieren und zu beraten, dann ist damit sicherlich nicht Organisationsentwicklung gemeint, die aber in vielen Fällen notwendig ist, um eine organisatorische Plattform im Unternehmen zu schaffen, damit Menschen mit einer Behinderung nicht nur integriert werden, sondern Inklusion möglich wird. Den Bedarf an gesundheitsorientierter Unternehmensentwicklung wird deshalb vielleicht auch zunehmend von Unternehmensberatern abgedeckt.

Über die bisher aufgeführten Institutionen hinaus, die vorwiegend auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung Arbeitgeber beraten, werden Beratungsdienstleistungen im Bereich Gesundheitsmanagement bevorzugt auch von Unternehmen angeboten, deren Kernkompetenzen in den Feldern betriebliche Gesundheitsförderung sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz liegen. Bei den „outgesourcten“ Gesundheitsdiensten großer Unternehmen (z.B. DB Gesundheitsservice) oder überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Diensten (z.B. Institut für Arbeitsmedizin- und Sozialhygiene Stiftung) können Unternehmen umfangreiche Dienstleistungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement einkaufen. Die gewachsene Bedeutung von Prävention im Arbeits- und Gesundheitsschutz bildet hier die thematische Schnittmenge mit Beratungsangeboten, die stärker aus der Rehabilitation kommen. Darüber hinaus gehören gesundheitsorientierte Themen (z.B. work life balance, Stressbewältigung, Fehlzeitenreduzierung) inzwischen fast schon zum Standardrepertoire jeder größeren Unternehmensberatung.

In der folgenden Tabelle 4.3-1 sind die verschiedenen Beratungsprofile nochmals zusammenfassend dargestellt. In den ersten beiden Zeilen sind jene Beratungsangebote zu finden, die auf der Grundlage der Sozialgesetzgebung arbeiten und zumeist bestimmte Zielgruppen und gesetzliche Leistungen in den Mittelpunkt der Beratung stellen. In den letzten beiden Zeilen sind Beratungsangebote zu finden, die stärker den Charakter von

Unternehmensberatung haben. Zielgruppe dieser Beratungsangebote sind nicht nur behinderte Arbeitnehmer, sondern alle Mitarbeiter mit gesundheitlichen Problemen, die sich auf die Produktivität des Faktors Arbeit nachhaltig auswirken. Inhalt der Beratung sind hier auch Fragen der Unternehmensentwicklung. Gesundheitsmanagement ist eben auch eine Möglichkeit, die Verzahnung von Mensch und Organisation zu optimieren.

Tab. 4.3-1: Beratungsprofile

Beratungsschwerpunkte	Institutioneller Rahmen	Kosten	Zugang
Gesetzlich definierte Präventions- und Rehaleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Mitarbeiter	Rehaträger Rehaberater und technische Berater der BA Rehafachberater der RV Berufshelfer der BG ... Integrationsamt	keine	Ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und begleitende Hilfen im Arbeitsleben ist notwendig. Der gesetzliche Auftrag steht im Vordergrund. Budgetierung setzt Grenzen.
Neueinstellung und Weiterbeschäftigung von schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Eignung der Person, Arbeitsplatzanalyse, Fördermöglichkeiten)	Integrationsfachdienste (SGB IX) ungewöhnliche Modelle: RE-INTEGRA Mainz, Outplacement-Büro des Integrationsamtes Hamburg	keine	Zuweisung der Klienten überwiegend durch die BA. Gesetzlicher Auftrag Arbeitgeber zu informieren und zu beraten.
Sozial- und arbeitsrechtliche Fragen Umsetzung von Best-Practice behindertengerechte Dienstleistungen, Integration als PE/OE Aufgabe	IHK, HWK, BG Unternehmensverbände (z.B. Unternehmensforum)	keine	Beratungsangebot muss eingefordert werden. Verbandsinterne Kommunikationsstrukturen.
Beurteilung der Leistungsfähigkeit von behinderten Mitarbeitern und Arbeitsplatzanalysen (IMBA) Fördermöglichkeiten, Betriebliches Gesundheitsmanagement, AU Analysen, Verhaltensprävention, Gesundheitszirkel	Beratungsorganisationen mit teilweise öffentlicher Förderung (z.B. IQPR, BKK Team Gesundheit) Präventions- und Reha-Netzwerke	Abhängig vom Projektumfang und der Einbindung in öffentlich geförderte Modellprojekte	Unternehmen als Partner von Modellprojekten. Teilweise Vermarktung einzelner Dienstleistungen.
z.B. Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung Ernährungsberatung, Fehlzeiten- und Krankenstandsanalysen.	Freie Unternehmensberatungen (vom 1 Mann Unternehmen bis zum mehreren 100 Mitarbeitern z.B. IAS)	Beratungsleistung nur gegen Bezahlung (Tagessatz pro Manntag etc.)	Angebotsinduzierte Nachfrage.

4.3.2.2 Weitergehende Fragestellungen

Nachdem im letzten Abschnitt die derzeitige Arbeitgeberberatungslandschaft in Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements dargestellt wurde, sollen im Folgenden weitergehende Fragestellungen kurz beleuchtet werden. Wobei hier jene Arbeitgeberberatung im Mittelpunkt steht, die auf der Grundlage sozialrechtlicher Regelungen arbeitet. Die Fragen thematisieren im Einzelnen die Aspekte:

- Beratungsziele
- Beratungsinhalte
- Nutzung vorhandener Strukturen
- Einbindung der Beratung in die regionale und lokale Unternehmenslandschaft
- finanzielle Anreize für Beratung
- unterschiedliche Ausgangssituationen zwischen kleinen, mittleren und großen Unternehmen

In Bezug auf die Zielsetzung von Arbeitgeberberatung im Rahmen des Sozialrechts stellt sich die Frage, ob Beratung primär als arbeitsmarktpolitisches Instrument dienen soll (ähnlich wie die Integrationsfachdienste, die den Arbeitsamtsbezirken zugeordnet sind und sich auf arbeitslose schwerbehinderte Menschen bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohte schwerbehinderte Arbeitnehmer konzentrieren), oder ob Arbeitgeberberatung stärker den demographischen Wandel in den Betrieben unterstützt. Der Beratungsschwerpunkt wäre dann die Verbesserung der Primär- und Sekundärprävention für mittelalte und ältere Arbeitnehmer, damit diese mindestens bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters im Arbeitsleben aktiv bleiben. Denkbar wäre ebenfalls, dass Arbeitgeberberatung beide Ziele verfolgt.

Auch das inhaltliche Beratungsprofil gilt es zu schärfen. Ist Arbeitgeberberatung in erster Linie eine „Leistungsberatung“ für eine klar umrissene Zielgruppe von Arbeitnehmern (von Behinderung bedroht, bereits behindert bzw. schwerbehindert)? Ist die „Strukturberatung“ in Fragen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements, um die Voraussetzung zur Beschäftigung von behinderten Arbeitnehmern zu optimieren, ebenfalls ein Beratungsschwerpunkt? Gehören zu diesem Angebot auch Beratungsdienstleitungen zur Organisationsentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ohne Bezug zu den Zielgruppen des SGB IX?

Eine weitere Frage bezieht sich auf die Nutzung bereits vorhandener Strukturen. Ist es zum Beispiel sinnvoll, die Integrationsfachdienste und die Gemeinsamen Servicestellen zu einem „integrierten Beratungsangebot“ auszubauen? Dieses Beratungsangebot ließe sich zu einem trägerübergreifenden Anlaufpunkt für Arbeitgeber entwickeln mit dem Ziel, dass Unternehmen, die Leistungen zur Teilhabe für behinderte oder von Behinderung bedrohte Arbeitnehmer benötigen, sich an **einen** zentralen Ansprechpartner in der Region wenden können. Von den Reha-Trägern sind derzeit jedoch keine Aktivitäten erkennbar, die sich mit einer Verbesserung der Arbeitgeberberatung – und damit der Umsetzung eines Teilbereiches der Beratungsverpflichtungen nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX – befassen. § 84 SGB IX schiebt den Arbeitgebern zwar richtiger Weise mehr Verantwortung in der Prävention zu. Dem stehen jedoch keine Innovationen in der Beratungsstruktur gegenüber.

Die Art und Weise der Einbindung von Arbeitgeberberatung in die regionale bzw. lokale Unternehmenslandschaft ist für die Akzeptanz des Beratungsangebotes ein entscheidender Aspekt. Wie lässt sich erreichen, dass Arbeitgeberberatung einen „unternehmenszentrierten Stallgeruch“ bekommt und welche Auswirkung hat eine solche Unternehmenszentrierung auf die Wahrnehmung des Beratungsangebotes auf Seiten der betroffenen Menschen mit einer Behinderung?

Beratung benötigt finanzielle Anreize, vor Allem dann, wenn das Ziel ist, ein systematisches Vorgehen im Unternehmen in Bezug auf Eingliederungsmanagement zu fördern. Wie umfangreich sollte Unternehmensberatung hier öffentlich subventioniert werden? Im Bereich der Neugründung von Unternehmen hat es sich zum Beispiel bewährt, Unternehmensberatung in der Aufbauphase eines Unternehmen öffentlich zu bezuschussen. Ähnliche Regelungen könnten für den Aufbau von Basisstrukturen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement hilfreich sein.

Ein zentraler Aspekt von Arbeitgeberberatung betrifft die unterschiedliche Ausgangssituationen von kleinen, mittleren und großen Unternehmen. Dieser Aspekt ist in der Vergangenheit sehr intensiv im Arbeits- und Gesundheitsschutz bearbeitet worden. Leitfäden zur Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben lassen sich fast eins zu eins auf die Problematik Eingliederungsmanagement übertragen¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Vgl.: Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes NRW (Hrsg.) Gesünder arbeiten mit System. Handlungsleitfaden für Klein- und Mittelbetriebe. 2001.

4.3.3 Beratungspflichten der Ärzte

Der behandelnde Arzt hat eine Schlüsselstellung, da er meist in einem frühen Stadium mit bestehenden oder sich anbahnenden gesundheitlichen Schwierigkeiten konfrontiert wird. Er hat die Fachkunde, Ursachen und Auswirkungen einzuschätzen. Seine Autorität bietet gute Chancen, dass der Patient sich an seinem Rat ausrichtet.

Es ist deshalb von besonderer Bedeutung, dass der behandelnde Arzt sich mit den inneren und äußeren Ursachen der Beschwerden befasst **und unabhängig von Diagnose und kausaler Therapie** auch externe Wege zur Veränderung aufzeigt, die sich neben seiner unmittelbaren Behandlung empfehlen. Dazu gehören rehabilitative medizinische Maßnahmen, aber auch Veränderungen in der Lebensweise und der Arbeitssituation. Durch die neuen „Rehabilitations-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX ist eine hausärztliche Rolle wirksam verbindlich geworden.

4.3.3.1 Nutzung der Zeit, in der Arbeitsunfähigkeit besteht

These: Die Zeit der Arbeitsunfähigkeit muss sich nicht auf Krankenbehandlung beschränken.

Ein wichtiger Bereich, in dem der behandelnde Arzt eine Schlüsselrolle spielt, ist die Nutzung der Zeit, in der die vertraglich vereinbarte Arbeit nicht oder nicht voll geleistet werden kann, für Maßnahmen, die die Arbeitsfähigkeit sichern. Dadurch wird der Gefahr **einer vorzeitigen Berentung** vorgebeugt.

Ein ausdrücklich geregeltes Modell ist die stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V (§ 28 SGB IX). Der Arzt soll dann, wenn der arbeitsunfähige Arbeitnehmer seine bisherige Tätigkeit noch teilweise verrichten kann und eine entsprechende Beschäftigung die Wiedereingliederung fördern kann, entsprechende Tätigkeiten benennen. Die Zeit der Arbeitsunfähigkeit soll für rehabilitatives Handeln genutzt werden. Dazu muss sich der behandelnde Arzt mit der Arbeitssituation vertraut machen.

Ferner sind Arbeitsunfähigkeitszeiten über drei Monate oder häufige Erkrankungen **ein besonderer Anlass**, mit dem Patienten die Arbeitssituation erneut zu erörtern, obwohl bereits das **Arbeitsunfähigkeitsattest sich auf den Arbeitsplatz bezog**. In § 84 SGB IX wird zwar nicht der Arzt, sondern der Arbeitgeber verpflichtet, in solchen Fällen geeignete Schritte in die Wege zu leiten. Der behandelnde Arzt sollte aber über dieses Konzept Bescheid wissen und es unterstützen.

Als betriebliche Maßnahmen kommen u.a. in Betracht

- anderweitige Beschäftigung während der Arbeitsunfähigkeit,
- Veränderung der Arbeitsaufgaben,
- Veränderung der Arbeitsplatzsituation und
- Vertragsanpassung bei schwerbehinderten Arbeitnehmern, die dauerarbeitsunfähig sind.

Die Aufgabe des behandelnden Arztes besteht darin, den Patienten zu überzeugen, dass er sich mit Betriebsrat, Interessenvertretung, Schwerbehindertenvertretung oder dem Arbeitgeber in Verbindung setzt, um Veränderungen einzuleiten.

Es sollte auch stets ein Hinweis gegeben werden, dass die Gemeinsame Servicestelle über Leistungen der Träger berät und bei ihrer Durchsetzung Hilfe leistet.

Es wird also weder umfassende Kenntnis der Möglichkeiten vorausgesetzt noch die Entwicklung eines Konzepts. Der Arzt soll vor Allem die Wege aufzeigen.

4.3.3.2 Beratung durch Hinweise auf Leistungen der Träger

These: Es muss nicht immer gleich die Rente sein.

Das SGB IX regelt unmittelbar die Beratungspflicht gegenüber Eltern, Vormündern, Pflegern und Betreuern (§§ 60, 61 SGB IX). § 60 SGB IX verpflichtet diese Personen, bei Behinderungen der ihnen anvertrauten Personen einen Arzt zur Beratung über die geeigneten Leistungen zur Teilhabe aufzusuchen. Das impliziert eine Pflicht des Arztes zu entsprechender Beratung. § 61 Abs. 1 SGB IX unterstreicht dies ausdrücklich. Ergänzt wird der Pflichtenkreis durch die Pflicht, auf Beratungsmöglichkeiten durch die Gemeinsame Servicestelle hinzuweisen.

Nicht ausdrücklich erwähnt wird die Beratungspflicht gegenüber den sonstigen Patienten. Sie ergibt sich aber im Rückschluss; das Gesetz geht von einer Beratungspflicht aus, die es lediglich auf Betreuungspersonen ausdehnt.

Es geht darum, dazu beizutragen, dass der Patient, der behindert oder von Behinderung bedroht ist, frühzeitig die Möglichkeiten aktiver Intervention nutzt, bevor ein Rentenantrag in Erwägung gezogen wird. Die Patienten sehen oft nur die Möglichkeit der Berentung. Ihnen muss durch den Arzt das Vorhandensein von Alternativen und deren Nutzen nahegebracht werden. Die Beratungspflicht erstreckt sich deshalb auf alle in § 5 Nr. 1-4 SGB IX genannten Leistungsgruppen¹⁰¹.

Soweit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, soll der Arzt sie verordnen. Auch in solchen Fällen ist aber zusätzlich der Hinweis auf die Gemeinsame Servicestelle angebracht, damit umfassend erörtert wird, ob evtl. weitere Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. Zur umfassenden Prüfung ist allerdings auch jeder Träger verpflichtet, bei dem der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe gestellt wird (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

4.3.3.3 Unterstützung der Träger im Verfahren

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Unterstützung der Träger durch gut aufbereitete Berichte, die sich auch mit den Hintergründen der Behinderung befassen. Dazu wäre eine eingehende Dokumentation der Einschränkungen auf der Basis der ICF wichtig.

¹⁰¹ Haines, LPK-SGB IX § 61 Rz. 4.

4.3.4 Resümee – „Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation“

Die Bilanz der bisherigen Beratungsaktivitäten in Prävention und Rehabilitation muss kritisch beurteilt werden. Die niedrigen Fallzahlen in den Gemeinsamen Servicestellen können kaum als Beleg dafür dienen, dass der Beratungsbedarf in diesem Bereich als gering einzustufen ist (Begründung siehe unten). Insofern stellt sich weiterhin die Frage, wie der tatsächliche Beratungsbedarf zu ermitteln ist. Gleiches gilt prinzipiell für die Arbeitgeberberatung. Eine derzeit noch nicht stark ausgeprägte Nachfrage kann nicht damit gleichgesetzt werden, dass die Unternehmen nicht noch Nachholbedarf in Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements haben. Um so dringender wird in Zukunft die Frage verfolgt werden müssen, wie sich dieses Thema neben den anderen Unternehmensbereichen bzw. -interessen etablieren kann. Schließlich liegt es in der Verantwortung der Ärzte, den von einer Erwerbsminderung bedrohten Personen Alternativen zur Stellung eines Erwerbsminderungsrentenantrags aufzuzeigen und – auch gegenüber den verantwortlichen Trägern – unterstützend zu wirken.

Hinsichtlich der **Gemeinsamen Servicestellen** kann folgendes Resümee gezogen werden:

Die bisherige **Inanspruchnahme** der Gemeinsamen Servicestellen steht derzeit in keinem Verhältnis zu dem Stellenwert, der dieser neuen Institution mit der Einführung des SGB IX zugekommen war. Damit wird auch das Einsparvolumen weit hinter dem erhofften Ausmaß zurückbleiben. Zwar steigen die Fallzahlen langsam und kontinuierlich an, von einer Auslastung oder gar von einer nicht ausreichenden Beratungskapazität kann aber noch nicht die Rede sein. Die **Ziele** einer intensiveren **Bürgernähe** und der **Effizienzsteigerung** im Verwaltungsverfahren sind folglich **noch nicht erreicht**.

Unterschiedlich wird der aktuelle Stand von einzelnen Institutionen beurteilt¹⁰². Die für die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen verantwortlichen Träger und Verbände sehen die Einbeziehung der Behindertenverbände als gegeben, berichten von vielfältigen Aktivitäten bei der Öffentlichkeitsarbeit und berufen sich auf Ergebnisse des ISG-Berichts¹⁰³, wonach der Zugang zur Beratung durch die Gemeinsamen Servicestellen überwiegend gut bis sehr gut gelöst ist. Das Urteil der Interessenvertretungen fällt anders aus. Gefordert werden u.a. eine zielgruppenspezifischere Öffentlichkeitsarbeit, eine stärkere Präsenz z.B. bei der Schwerbehindertenvertretung¹⁰⁴ im Sinne einer Bring-Struktur, bei den Betriebsräten oder den Arbeitgebervertretern und eine größere Kompetenz bei den Mitarbeitern im Umgang der Betroffenen mit unterschiedlichen Behinderungen. Die Kritik geht soweit, dass die Schaffung der Gemeinsamen Servicestellen als gescheitert angesehen werden muss, wenn sich an der derzeitigen Praxis keine Veränderungen ergeben¹⁰⁵.

Die mangelnde Inanspruchnahme hat sicherlich mehrere **Gründe**. Bereits thematisiert wurde das Erfordernis einer intensivierten Aufklärung nach § 13 SGB I durch die Träger. Daneben sind aber auch die Verbände und Organisationen der behinderten Menschen dazu aufgefordert, das Beratungsangebot der Gemeinsamen Servicestellen bekannter zu machen. Weiterhin stellt sich die Frage, inwieweit neben den Ärzten die anderen Personengruppen der §§ 60 bis 62 SGB IX (z.B. Lehrer, Sozialarbeiter) sich ihrer Aufgabe bewusst sind, die Betroffenen an eine Gemeinsame Servicestelle weiterzuvermitteln bzw. sie über diese

¹⁰² Siehe hierzu die einzelnen Stellungnahmen zur öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag zum Stand der Umsetzung des SGB IX am 13.10.2003.

¹⁰³ ISG (Hrsg.) (2003). Einrichtung und Arbeitsweise Gemeinsamer Servicestellen – Zwischenbericht.

¹⁰⁴ Die späte oder ungenügende Information stellt auch für die ‚Arbeitsgemeinschaft der Schwerbehindertenvertretung des Bundes und der Länder‘ ein Kriterium für die mangelnde Inanspruchnahme dar, obwohl man sich von dem neuen Angebot positive Auswirkungen auf die Integration von schwerbehinderten Mitarbeitern erhofft hatte.

¹⁰⁵ So die abschließende Beurteilung der Gemeinsamen Servicestellen aus der Stellungnahme von der ‚Interessenvertretung Selbstbestimmtes Leben in Deutschland – ISL e.V.‘.

Möglichkeit zu informieren. Als relativ kostengünstige Möglichkeiten der Information seien hier nur die regelmäßig erscheinenden Mitgliedshefte der gesetzlichen Krankenkassen oder die in Zukunft regelmäßig zu verschickenden Renteninformationen erwähnt.

Die noch geringe Nutzungsfrequenz kann weiterhin ein negativer Effekt der Tatsache sein, dass überwiegend vorhandene Strukturen für den Aufbau genutzt wurden. Sollten die Rat Suchenden schlechte Erfahrungen mit dem bisherigen Beratungsangebot der Träger gemacht haben und feststellen, dass sich auf den ersten Blick eventuell nur das Hinweisschild der Beratungsstelle geändert hat, ist eine gewisse Reserviertheit nachzuvollziehen. Hier gilt es, die Zweifler durch kompetente – bei den bereits durchgeführten Testseminaren ist z.B. der Bedarf an Beratungstechniken und der klientenzentrierten Beratung hervorgetreten – und motivierte Servicestellenmitarbeiter zu überzeugen. Ein ausgeprägter Kundenservice beinhaltet darüber hinaus die stringente Nutzung einer Beratung bei den Betroffenen vor Ort.

Schließlich kann zur Steigerung der Inanspruchnahme empfohlen werden, die Arbeitgeber ausdrücklich als ‚Kunden‘ der Gemeinsamen Servicestellen aufzunehmen. Sie sind bisher noch nicht ausdrücklich als Zielgruppe des § 22 SGB IX genannt worden und können nur indirekt über § 84 Abs. 2 SGB IX darauf Einfluss nehmen, ob der Kontakt zur Gemeinsamen Servicestelle aufgenommen wird. Zwar kann den Gemeinsamen Servicestellen nicht zugemutet werden, für den jeweiligen Arbeitgeber ein Betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen. Oftmals wird aber schon der Hinweis auf weitere spezielle Dienste, z.B. die Integrationsfachdienste, den Arbeitgebern weiterhelfen können.

Neben der Frage der Inanspruchnahme ist außerdem **Skepsis** angebracht, **ob** die jetzige Konstruktion der Gemeinsamen Servicestellen und die ihr zur Verfügung stehenden **Entscheidungskompetenzen ausreichen**, um dem umfangreichen Aufgabenkatalog des § 22 Abs. 1 SGB IX gerecht zu werden und die trägerspezifischen Interessen zu überwinden. Die Analyse der Aufgaben hat ergeben, dass die Gemeinsamen Servicestellen – sofern dies die Betroffenen wünschen – eine weitreichende Funktion in der individuellen Fallsteuerung übernehmen können (wenn auch die Mehrzahl der Aufgaben auf die Orientierung beim Zugang zum Rehabilitationssystem im Sinne eines Clearing Managements zugeschnitten ist). In diesen Fällen muss die Frage beantwortet werden, bei wem die Fallführung verbleibt – in der Gemeinsamen Servicestelle oder bei dem tatsächlich zuständigen Rehabilitationsträger? Da die Träger dazu verpflichtet sind, trägerübergreifend den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu prüfen, spricht einiges dafür, die Fallführung den Gemeinsamen Servicestellen zu übertragen, sofern dort das gemeinsame Know-how aller Träger (und der Behindertenverbände etc.) zusammengebracht wird. Derzeit ist es den Trägern überlassen, die Gemeinsamen Servicestellen ggf. mit den erforderlichen Entscheidungskompetenzen auszustatten, die ein Case-Management ermöglichen würden. Für ein **einheitliches Erscheinungsbild** kann dies jedoch auf Dauer nicht förderlich sein. Es muss klar sein, für welche Aufgaben die Gemeinsamen Servicestellen in ihrer Gesamtheit die Verantwortung tragen und mit welchen Kompetenzen sie ausgestattet sind. Es kann nicht im Sinne des SGB IX sein, wenn jede Gemeinsame Servicestelle für eine unterschiedliche Aufgabenwahrnehmung steht.

Das Resümee zur **Arbeitgeberberatung** in Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements fällt wie folgt aus:

Vor dem Hintergrund der bisher gesammelten Erkenntnisse verwundert es, dass ein trägerübergreifendes und flächendeckendes Beratungsangebot, das sich primär an Unternehmen wendet, zurzeit noch nicht existiert. Ein solches Beratungsangebot muss die unterschiedlichen Organisations- und Managementkulturen von kleinen, mittleren und größeren Unternehmen entsprechend berücksichtigen. Darüber hinaus muss sich Arbeitgeberberatung so präsentieren, dass sich alle relevanten betrieblichen Akteure, unabhängig von ihrer Profession und Funktion im Betrieb, angesprochen fühlen. Inhaltlich sollte das Beratungsangebot den Betrieb dabei unterstützen, rehabilitatives und präventives

Know-how zu erschließen, um ein effizientes und teilhabeorientiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement aufbauen zu können.

Zur Profilierung von Arbeitgeberberatung gehört, dass sie sich als *der* regionale Ansprechpartner für Fragen des Gesundheits- bzw. Eingliederungsmanagements von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen sowie von Arbeitnehmern mit gesundheitlichen Problemen positioniert. Die Beratungsangebote sollten sich sowohl auf Teilhabeleistungen und Fördermöglichkeiten bzw. Eingliederungshilfen für bestimmte Zielgruppen als auch auf die Entwicklung teilhabefreundlicher betrieblicher Strukturen beziehen.

Eine öffentliche Förderung insbesondere von kleinen und mittleren Unternehmen ist dann sinnvoll, wenn diese bereit sind, innerbetriebliche Strukturen zu entwickeln, die die Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Arbeitnehmer systematisch fördern.

Als allgemeine Anforderungen an Arbeitgeberberatung können folgende Punkte festgehalten werden:

- Einbindung und organisatorische Anbindung des Beratungsangebotes in die regionale bzw. lokale Unternehmenslandschaft.
- Entwicklung eines Beratungsprofils, dass den Bedarfen kleinerer und mittlerer Unternehmen gerecht wird.
- Bestandteil von Arbeitgeberberatung sollte auch die Unterstützung der Betriebe bei der Entwicklung teilhabefreundlicher Strukturen sein (Damit verschiebt sich das Beratungsangebot in Richtung Organisationsentwicklung und Managementberatung!).
- Auch die betroffenen Menschen müssen sich mit dem Beratungsangebot identifizieren können. Es gilt, ein „Gleichgewicht“ zwischen einer Unternehmenszentrierung und einer Orientierung an den Bedürfnissen und Belangen der behinderten Menschen zu bewahren.

Für die **Ärzte** kann bezüglich ihrer Beratungspflichten folgendes Resümee gezogen werden:

Gerade bei längerer Dauer der Arbeitsunfähigkeit sollte dieser Zeitraum verstärkt dazu genutzt werden, neben der eigentlichen Krankenbehandlung die Möglichkeiten der Rehabilitation und anderer betrieblicher Maßnahmen zu prüfen. Der Arzt braucht dabei nicht über Detailkenntnisse einzelner Interventionen informiert zu sein. An ihm liegt es jedoch wesentlich, Wege aufzuzeigen, um möglichst vor der eigentlichen Antragstellung auf EM-Rente neue Perspektiven bei den Betroffenen anzuregen. Das komplette Leistungsspektrum des SGB IX ist dabei zu nutzen. Neben dieser Form der Beratung können die Ärzte darüber hinaus die Träger durch gut aufbereitete Berichte – auf Basis der ICF – unterstützen. Hierzu fehlt den Ärzten bisher jedoch noch das notwendige Wissen, so dass zunächst eine weite Streuung rehabilitativer Grundkenntnisse erfolgen muss. Diese könnte durch die stärkere Einbindung rehabilitativer Elemente in die Fort- und Weiterbildung geschehen.

4.4 Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.4.1	Anforderungen an die Begutachtung 161
4.4.1.1	Partizipation (Teilhabe) 161
4.4.1.2	Frühzeitigkeit in der Begutachtung..... 162
4.4.1.3	Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit 163
4.4.1.4	Individualität, Personenorientierung und Ganzheitlichkeit in der Begutachtung..... 165
4.4.1.5	Selbstbestimmung und Dialogorientierung in der Begutachtung 166
4.4.1.6	Ressourcenorientierung in der Begutachtung..... 167
4.4.1.7	Trägerübergreifende Begutachtung 167
4.4.1.8	Behindertenbegriff – Feststellung einer Behinderung 168
4.4.1.9	Umfassende Begutachtung..... 168
4.4.1.10	Schlüssigkeit und Transparenz der Urteilsfindung..... 169
4.4.2	Konzepte der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit 170
4.4.2.1	Charakteristika und Begriff der Leistungsfähigkeit..... 171
4.4.2.2	Modelle und Merkmalzuordnungen in verschiedenen Ansätzen..... 172
4.4.2.2.1	Merkmalzuordnung in den Leitfäden der BA und der RV..... 172
4.4.2.2.2	Determinantenmodell der Leistungsfähigkeit im Rahmen eines Forschungsprojekts (Leitung: Prof. Tittor) 173
4.4.2.2.3	Merkmalkomplexe des Verfahrens IMBA..... 174
4.4.2.2.4	DIK-2 Katalog diagnostischer Kriterien 175
4.4.2.2.5	Content Model des O*NET – Kriterienkomplexe 178
4.4.2.3	Gegenüberstellung der verschiedenen Ansätze 180
4.4.3	Krankheitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik in der Begutachtung 183
4.4.3.1	Begriffsbestimmungen 183
4.4.3.2	Bedeutung der Leistungsdiagnose in Hinblick auf die gesetzlichen Anforderungen 184
4.4.3.3	Funktionen der Krankheitsdiagnose..... 185
4.4.3.4	Charakteristika der Leistungsdiagnose in der Begutachtung..... 187
4.4.4	Einschätzung von Chancen und Risiken der Teilhabe am Arbeitsleben des Betroffenen in der Begutachtung 189
4.4.4.1	Prospektive Betrachtungen – Prognosen, Chancen und Risiken 189
4.4.4.2	Faktoren der Teilhabechancen und -risiken..... 191
4.4.4.3	Beratung über die Chancen und Risiken der Teilhabe 193
4.4.4.4	Grund- und Leitsätze für die Akteure 193
4.4.5	Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung bei der beruflichen Rehabilitation 195
4.4.5.1	Die Rahmenbedingungen 196
4.4.5.2	Vorgehen (methodische Hinweise zur gutachterlichen und partizipativen Effizienz) 198
4.4.5.2.1	Allgemeines, die Aktenlage und Screenings als Bausteine und Rationali- sierungselemente bei der Begutachtung und für die Reha-Beratung..... 198
4.4.5.2.2	Verfahrensökonomie durch indikationsbezogenes gutachterliches Vorgehen 199
4.4.5.2.3	„Objektivierende“ Assessments unter verfahrensökonomischen Gesichtspunkten 200
4.4.5.3	Das funktionsdiagnostische Spektrum und das Partizipationspotenzial 201

4.4.5.4	Kooperationsmodelle und Selbstbestimmtheit	201
4.4.5.5	Chancen, Visionen	202
4.4.5.6	Fazit	202
4.4.6	Diskussionen spezifischer Aspekte der Begutachtung	203
4.4.6.1	Folgerungen aus § 8 SGB IX	203
4.4.6.2	Verhältnis von § 14 Abs. 5 Satz 5 und 6 SGB IX zu § 96 Abs. 1 SGB X	204
4.4.6.3	Kriterien zur Indikationsstellung der psychosomatischen Begutachtung im Sozialrechtsverfahren	204
4.4.6.4	Ein interessanter Fall der Typisierung von Norminhalten	206
4.4.6.5	Auswirkungen der §§ 8 und 14 SGB IX im Sozialgerichtsprozess.....	207
4.4.6.6	Entscheidungen des Bundessozialgerichts zum Verhältnis von Diagnose und Leistungsbeurteilung	208
4.4.6.7	Aussagen zur Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen.....	209
4.4.7	Resümee – „Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	213

Zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen und des Bedarfs an Sozialleistungen und insbesondere jene zur Teilhabe am Arbeitsleben, konsultieren die Sozialleistungsträger die privaten Versicherungen, sowie Sozial- und Verwaltungsgerichte, Gutachter als Sachverständige und Berater.

Ihre Aufgaben sind zum einen durch die unmittelbare Fragestellung des Trägers, z.B. in Verbindung mit der Antragsstellung auf Erwerbsminderungsrente, vorgegeben; erweitern sich aber vor dem Hintergrund des SGB IX. Die allgemeinen **Anforderungen an die Begutachtung**, die sich aus dem SGB IX als auch den in Kapitel 3.1 dargelegten Prinzipien ableiten, werden daher zunächst in Kapitel 4.4.1 skizziert. In den Empfehlungen für die Begutachtung, wie sie von den einzelnen Sozialleistungsträgern herausgegeben wurden (s.u.), findet sich zwar der Teilhabeaspekt, wie ihn das SGB IX fordert, in Anteilen bereits wieder, aber wie die Gutachten vor den Anforderungen des SGB IX weiterhin zu gestalten sind, ist in den primär trägerspezifisch orientierten Empfehlungen nicht aufgeführt. Hierzu siehe auch:

- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.). (1997). *Begutachtungsanleitung „Arbeitsunfähigkeit“*.
- VDR (Hrsg.). (2001). *Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung. Hinweise zur Begutachtung*.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2000). *Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung*.

Bei Begutachtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat der Gutachter die Fähigkeiten der Person zur Teilhabe am Arbeitsleben einzuschätzen, diese wird oftmals als **arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit** bezeichnet. Welche Fähigkeiten im Speziellen unter diesem abstrakten Begriff zusammengefasst werden, ist nicht eindeutig definiert. Das Kapitel Kapitel 4.4.2 widmet sich verschiedenen Modellen, die hierzu vorliegen.

Vor dem Hintergrund, dass Begutachtungen zur Teilhabe am Arbeitsleben schwerpunktmäßig funktionale Betrachtungen der Leistungsfähigkeit in Bezug zu den Arbeitsanforderungen erfordern, werden im Weiteren verschiedene Aspekte der Begutachtung diskutiert, bei denen sich auf Grund dieser Anforderung eine besondere Akzentuierung andeutet. Dies bezieht sich u.a. auf den Stellenwert der Krankheits- und Leistungsdiagnostik (s. Kap. 4.4.3), das Einschätzen von Chancen und Risiken zur Teilhabe am Arbeitsleben (s. Kap. 4.4.4) und auf die Besonderheiten der Begutachtung bei der beruflichen Rehabilitation (s. Kap. 4.4.5).

In Kapitel 4.4.6 werden Diskussionen zu spezifischen Aspekten der Begutachtung aufgegriffen, die auf Beiträgen der IQPR-Diskussionsforen (www.iqpr.de) basieren.

In Kapitel 4.4.7 werden die wesentlichen Aspekte des gesamten Kapitels 4.4. resümierend zusammengefasst.

Für die gutachterliche Klärung der Notwendigkeit einer Leistung zur Teilhabe wurden die Begriffe **Rehabilitationsbedürftigkeit**, **Rehabilitationsfähigkeit** und **Rehabilitationsprognose**, die den vorliegenden Kapiteln zugrundegelegt werden, wie folgt definiert¹⁰⁶:

Rehabilitationsbedürftigkeit bezieht sich auf eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe, die über die kurative Versorgung hinaus, den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.

Der Begriff der **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (z.B. Motivation bzw. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.

Die **Rehabilitationsprognose** ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psycho-sozialer Faktoren)
- über die Erreichbarkeit des festgelegten Rehabilitationsziels
- durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme
- in einem notwendigen Zeitraum.

¹⁰⁶ Entwurf zu den Gemeinsamen Empfehlung nach § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX, dass Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden (Stand: 26.11.2003).

4.4.1 Anforderungen an die Begutachtung

Gesetzliche Neuerungen, gesundheits- und rehabilitationswissenschaftliche Erkenntnisse sowie gesundheits- und sozialpolitische Bestrebungen und Prinzipien stellen heute an die Begutachtung mehr denn je einen hohen Anspruch und besondere Anforderungen¹⁰⁷.

Im Folgenden werden diese dargestellt. Dabei wird insbesondere Bezug genommen auf die Umsetzung der in Kapitel 3.1 dargelegten Prinzipien und auf die Auswirkungen des SGB IX für den Bereich der Begutachtung. Ferner werden Anforderungen dargestellt, die aus den praktischen Erfahrungen mit Begutachtungen von Sachverständigen, Sozialrichtern und Juristen stammen.

Nicht im Weiteren vertieft werden „allgemeine“, für diagnostische Prozesse geltende Anforderungen wie z.B.¹⁰⁸

- Allgemein-ethische Bedingungen (z.B. Primat der Wissenschaftlichkeit, Neutralität) gewährleisten
- Rechtliche Bedingungen (z.B. Zumutbarkeit, Mitwirkungspflicht)
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. Auswirkungen auf den Sozialstaat, Konflikt zwischen individuellem und gesellschaftlichem Nutzen)
- Methodische Bedingungen (z.B. Aussagequalität eingesetzter Verfahren).

4.4.1.1 Partizipation (Teilhabe)

Die §§ 1, 3 und 4 SGB IX definieren als oberstes Ziel aller Maßnahmen der Reha-Träger die Erreichung von Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft. Gestützt wird die Zielerreichung durch die Regelungen in § 8 SGB IX, die den Vorrang von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gegenüber versorgenden Leistungen (wie z.B. Renten, Pflegegeldern) sichern will.

§ 8 Abs. 1 SGB IX soll sicherstellen, dass in allen Fällen, in denen behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Sozialleistungen beantragen, gleichzeitig geprüft wird, ob Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen; dies in Absprache mit den Betroffenen. § 8 Abs. 1 SGB IX regelt so das Verfahren zur Sicherstellung des Vorrangs von Leistungen zur Teilhabe (s. auch Kap. 4.1 und Kap. 4.3).

§ 8 Abs. 2 SGB IX normiert demgegenüber einen materiell-rechtlichen Vorrang von Leistungen zur Teilhabe gegenüber Rentenleistungen. Die Rente darf nicht bewilligt werden, bevor die Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sie durch Leistungen zur Teilhabe zu verhindern bzw. zu vermindern.

Daran hat sich auch das Gutachten zu orientieren. Es hat in seine Überlegungen immer die präventiven und rehabilitativen Maßnahmen mit einzubeziehen, die Erfolg versprechend sind, um Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, bzw. einen Zustand zu vermeiden, der dem entgegen steht. Die Teilhabeorientierung als „Grundprinzip“ wird ergänzt durch die weiteren in Kapitel 3.1 dargelegten Prinzipien.

¹⁰⁷ Siehe auch Gagel, A., Schian, H.-M. (2002). „Die Dominanz der Rehabilitation bei Bearbeitung und Begutachtung in Rentenverfahren – zugleich ein Ansatz zur besseren Bewältigung der Anforderungen des § 43 SGB VI“ in *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2002, Seite 529 ff.

¹⁰⁸ Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.). (1995, S. 453f). *Psychologische Diagnostik*. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

4.4.1.2 Frühzeitigkeit in der Begutachtung

Die Begriffe Frühzeitigkeit und Nahtlosigkeit (s. auch unter Kap. 3.1 zu den Begrifflichkeiten) überschneiden sich in Bezug auf die zeitliche Komponente der Nahtlosigkeit. Die nachfolgenden Ausführungen zur Frühzeitigkeit können so nicht völlig losgelöst von der Nahtlosigkeit gesehen werden, sondern sind ein Teilaspekt dieses Begriffes.

Frühzeitigkeit

Gesetzliche Regelungen, die die Frühzeitigkeit des Erkennens von Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf sichern sollen, finden sich insbesondere in den §§ 8, 13 und 14 Abs. 5 SGB IX.

§ 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX besagt, dass der Sachverständige das Gutachten **innerhalb von zwei Wochen** erstellt. Näheres zur Auslegung dieser Norm (insbesondere zur Frage des im Gesetz nicht geregelten Fristbeginns) finden sich in den Infos Nr. 7 und 4 unseres Diskussionsforums SGB IX¹⁰⁹.

Aber auch **§ 14 Abs. 5 Satz 6 SGB IX** dient der Frühzeitigkeit in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe, indem er festlegt, dass die in einem Gutachten eines Reha-Trägers getroffenen Feststellungen der Entscheidung aller Reha-Träger zu Grunde gelegt werden. Damit werden **verfahrensverzögernde Mehrfachbegutachtungen verhindert**. Um eine Akzeptanz und Verwertbarkeit der Gutachten eines Reha-Trägers durch einen anderen Reha-Träger zu fördern bzw. zu ermöglichen, bestimmt § 13 Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 12 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB IX, dass die Reha-Träger gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung der Begutachtung nach einheitlichen Grundsätzen zu vereinbaren haben. Diesbezüglich hat die BAR bereits ein Papier zu trägerübergreifenden Aspekten der Begutachtung vorbereitet (s. Materialsammlung - VIII) und steht im Prozess der Erarbeitung einer gemeinsamen Empfehlung.

Wichtiger für die frühzeitige Erkennung eines Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs erscheint die Verfahrensregel des **§ 8 Abs. 1 SGB IX**, wonach in jedem Verfahren, bei dem wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung Sozialleistungen beantragt werden, geprüft wird, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich Erfolg versprechend sind. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf aufgedeckt wird, wenn der behinderte Mensch oder durch Behinderung bedrohte Mensch Sozialleistungen wegen seiner Behinderung beantragt hat und sich somit mit seiner Behinderungsproblematik an einen Reha-Träger wendet. Es ist die direkte **Aufforderung nach einem solchen Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf in allen laufenden Verfahren gezielt**, unabhängig von einer konkreten Verpflichtung zur Erbringung dieser Leistung, **zu suchen**. Hieraus könnte man folgern, dass jede Beauftragung eines Gutachtens anlässlich der Beantragung von Sozialleistungen auf Grund einer Behinderung oder drohenden Behinderung ausdrücklich die Beauftragung enthalten muss, den Präventions- und Rehabilitationsbedarf festzustellen. **Da aber die Überprüfung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs immer von der Zustimmung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abhängt**, ist dieser zunächst nur in Bezug auf die Möglichkeit, den Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarf anlässlich des laufenden Verfahrens feststellen zu lassen, zu beraten. Erst wenn sich der Betroffene mit der konkreten Prüfung des Präventions- bzw. Rehabilitationsbedarfs einverstanden erklärt, hat der Gutachter auch diese Fragestellungen zum Gegenstand seines Gutachtens zu machen. Die Reha-Träger haben ihren Gutachtensauftrag entsprechend zu formulieren.

¹⁰⁹ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum SGB IX, Nr. 4, www.iqpr.de (Projekte).

IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum SGB IX, Nr. 7, www.iqpr.de (Projekte).

Heipertz, W. (1999). *Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungsträgern durch die Gutachter nach dem SGB IX - aus medizinischer Sicht*. Med Sach, 88 ff.

Doppelberatung und -befragung lässt sich effektiv aber nur vermeiden, wenn jeder Reha-Träger auch über den Inhalt von Beratung und Befragung mit dem behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen eine **ausführliche Dokumentation** führt. Idealerweise sollte hier ein **einheitliches Formular** verwendet werden und dieses sollte **dann in jeder Phase des Verfahrens vom jeweils zuständigen bzw. bearbeitenden Reha-Träger weitergeführt** und im Einvernehmen mit dem Versicherten weitergereicht werden. Bei einer solchen fortlaufenden Dokumentation sieht der jeweils nachfolgende Reha-Träger, was bereits geschehen ist und wo er bei seiner Beratung ansetzen kann. Dies dient unmittelbar der Umsetzung des Prinzips der **Nahtlosigkeit**.

4.4.1.3 Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit

Eine Vielzahl von Schnittstellen ergeben sich in dem gegliederten Sozialrechtssystem mit den derzeitigen sieben verschiedenen Reha-Trägern. Auch innerhalb eines Trägers gibt es viele Schnittstellen, da bei jedem Reha-Träger verschiedene Professionen (Sachbearbeiter, Dezernenten, Ärzte und andere Sachverständige etc.) einen Fall bearbeiten und dies in Bezug auf vier mögliche Leistungen zur Teilhabe (§ 5 SGB IX), die zum Teil nebeneinander und zum Teil nacheinander erbracht werden müssen. Teilweise werden diese Leistungen nicht immer nur von einem Reha-Träger erbracht, so dass sich hier weitere Schnittstellen ergeben. Zudem muss auch die Zusammenarbeit mit den kurativ tätigen Ärzten, anderen Leistungserbringern und sozialen Diensten gewährleistet werden.

Das SGB IX enthält daher eine ganze Reihe Bestimmungen, die dafür sorgen sollen, dass die Schnittstellen

- von einem Reha-Träger zum anderen
- von einem Sachbearbeiter zum anderen
- von einer Leistung zur Teilhabe zur anderen
- zwischen Reha-Trägern und kurativ tätigen Ärzten, anderen Leistungserbringern und sozialen Diensten

möglichst nahtlos überbrückt werden.

§ 14 Abs. 5 Satz 6 SGB IX fördert die Nahtlosigkeit der Leistungen durch einheitliche Verwendung eines Gutachtens unabhängig von dem für die jeweilige Leistung zuständigen Träger. Dies wirkt sich sowohl auf die zeitliche Komponente (Nahtlosigkeit durch rein zeitliches Ineinanderfließen von Leistungen) als auch auf die inhaltliche Abstimmung (Vermeiden von gegensätzlichen Handlungskonzepten) positiv aus. Es bedeutet nicht, dass ein später hinzutretender Bedarf oder neuer Aspekt nicht zu berücksichtigen ist.

Um eine Nahtlosigkeit verschiedener Leistungen, die entweder

- a) von verschiedenen Reha-Trägern zu erbringen sind oder
- b) von einem Reha-Träger zu erbringen ist, aber zu verschiedenen Gruppen von Leistungen zur Teilhabe (medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen oder Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) gehören,

zu erreichen, kommt es darauf an, dass das **Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer koordiniert** wird. Eine Verpflichtung hierzu enthält § 10 SGB IX. Ziel ist es, die individuell erforderlichen Leistungen trägerübergreifend gemeinsam in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten so zu bestimmen, dass die Leistungen aus Sicht der Leistungsberechtigten „wie aus einer Hand“ erscheinen. Die Gutachten müssen diesen neuen Ansatz berücksichtigen und eine Grundlage für eine solche trägerübergreifende gemeinsame Leistungserbringung bilden. Dies kann nur funktionieren, wenn in den

Gutachten vorausschauend bereits die Prognosen angelegt sind, die dem Sachbearbeiter beim Reha-Träger eine Vorstellung vom „**Gesamtplan**“ geben. Das bedeutet, dass der Gutachter sich nicht nur mit der sich jetzt stellenden Frage, z.B. ob medizinische Rehabilitation in Frage kommt, befasst, sondern soweit wie möglich die in Betracht kommenden weiteren Schritte andeutet. Dies ist nur möglich, wenn der Gutachter ein Augenmerk auf den Prozess legt, d. h. sich Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft betrachtet bzw. vorstellt. **Nur wenn ein Ziel beschrieben und – in Abstimmung mit dem behinderten Menschen – immer wieder kontrolliert und angepasst wird, ist eine trägerübergreifende gemeinsame Koordinierung möglich.**

Die Notwendigkeit der Erarbeitung eines Gesamtplans ist somit erforderlich, um eine Nahtlosigkeit der Leistungsbewilligung zu erreichen.

Die Reha-Träger sind gemäß § 13 Abs. 1 SGB IX verpflichtet, eine diesbezügliche gemeinsame Empfehlung zu vereinbaren.

Nachhaltigkeit

In Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen wird der effiziente Einsatz von zur Verfügung stehenden Mitteln immer wichtiger. Ein Weg, die Effizienz von Maßnahmen zu steigern, ist es, für eine nachhaltigere Wirkung der Maßnahmen zu sorgen. Dies führt dazu, dass Wiederholungen von Maßnahmen und damit verbundene Leistungen in immer größeren Abständen erforderlich oder gar entbehrlich werden.

Für eine Nachhaltigkeit von Leistungen zur Teilhabe zu sorgen, ist daher insbesondere seit dem Inkrafttreten des SGB IX eine besondere Verantwortlichkeit der Reha-Träger, deren Rehabilitationsausgaben auf der einen Seite budgetiert sind und auf der anderen Seite durch das SGB IX vermehrt eingefordert werden.

Grundlage einer nachhaltigen Erbringung von Leistungen zur Teilhabe müssen schon im Gutachten angelegt werden. Hierfür ist es erforderlich, neben der unmittelbaren medizinischen Problemlage die Ursachen der gesundheitlichen Problematik des Versicherten in seinem Umfeld soweit als möglich zu beschreiben und vorausschauend neue Probleme, die mit der Teilhabestörung bzw. deren Ausgleich verbunden sind, aufzudecken und Lösungen bzw. Hilfen vorzuschlagen.

Es ist so zum Beispiel erforderlich, sich nicht nur mit den Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf das Arbeitsverhältnis zu befassen, sondern auch mit den Auswirkungen der Teilhabestörung. Also nicht nur im Blick zu haben, welche Leistungseinschränkungen ergeben sich aus der gesundheitlichen Beeinträchtigung und wie können diese aufgehoben, ausgeglichen oder vermindert werden, sondern auch, welche sozialen Nebenfolgen ergeben sich aus der Teilhabestörung bzw. den Hilfen, die zu ihrem Ausgleich benötigt und eingesetzt werden.

Z.B. ist in die Überlegungen mit einzubeziehen, ob Diskriminierungen von Kollegen oder Kunden auf Grund eines besonders eingerichteten Arbeitsplatzes zu erwarten sind. Dann muss der behinderte Mensch im Umgang mit diesem Problem geschult und betreut werden (Selbsthilfegruppen, Mediation).

Könnte z.B. die neue Ausstattung eines Arbeitsplatzes oder der Einsatz eines Hilfsmittels zu Neid (z.B. beim Einsatz besonders komfortabler Computerbildschirme oder Tastaturen) oder Unverständnis (z.B. beim Benutzen von Handschuhen) bei den Kollegen und Vorgesetzten führen, ist auch diese Problemlage zu beschreiben und sind Hilfen anzubieten.

Eine gesetzliche Grundlage für die Erbringung der zuvor genannten Leistungen zur Teilhabe ergibt sich u. a. aus § 33 Abs. 6 SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und § 55 SGB IX als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Eine Begutachtung, die die Nachhaltigkeit von Leistungen zur Teilhabe berücksichtigt, muss solche und ähnliche Problemlagen prognostizieren und beschreiben und Hilfsangebote empfehlen.

Nur wenn der Mensch als Ganzes unter Berücksichtigung seines Lebensraums begutachtet wird und die empfohlenen Leistungen zur Teilhabe den Alltag des behinderten Menschen mit berücksichtigen, kann eine nachhaltige Rehabilitation erfolgen (vgl. ICF).

4.4.1.4 Individualität, Personenorientierung und Ganzheitlichkeit in der Begutachtung

§ 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX normieren den Grundsatz der Personenorientierung im Leistungsrecht der Leistungen zur Teilhabe und ist mithin auch bei der Begutachtung – die eine wesentliche Grundlage der Entscheidung bildet – zu berücksichtigen und zu bearbeiten. Aus § 9 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX kann sich – je nach den im Einzelfall gebotenen Alternativen – eine diesbezügliche Beratungs- und Befragungsverpflichtung der Gutachter ergeben, die Grundlage einer mündigen Entscheidung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen sein muss.

Eine besondere Form der Personenorientierung stellt die Berücksichtigung einer speziellen Behinderung mit den sich daraus ergebenden typischen und besonderen Problemen dar. So normiert **§ 10 Abs. 3 SGB IX** eine besondere Pflicht, den Bedürfnissen seelisch behinderter Menschen oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung zu tragen. Die Verpflichtung steht in § 10 SGB IX im Zusammenhang mit den sonstigen gesetzlichen Regelungen bezüglich der Koordinierung von Leistungen, da gerade bei seelisch behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen darauf geachtet werden muss, dass die in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe richtig koordiniert werden.

Der Begriff der **Personenorientierung** ist im Bereich der sozialmedizinischen Begutachtung insbesondere von Bochnik und Hackhausen¹¹⁰ geprägt worden. Im Mittelpunkt der diagnostischen als auch therapeutischen Arbeit soll die Person und nicht die Krankheit stehen: das Aufdecken von Kompensationspotenzialen und -schwächen muss Gegenstand der gutachterlichen Arbeit sein, weil diese Behinderungen wesentlich determinieren. Dabei sind die personbezogenen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Die Berücksichtigung der **Individualität** erfordert vom Gutachter, durch systematische Verbindung von Regelorientierung und Personenorientierung in dem grundlegenden Spannungsfeld zwischen Regel und Individualität sowie Variabilität, dem Prinzip, dass sich Menschen in Bezug auf ihren Körper, ihr Verhalten und Erleben unterscheiden, gerecht zu werden¹¹¹.

Auch speziell im diagnostischen Prozess gilt es, das Spannungsfeld zwischen Standardisierung und **Individualität** zu meistern. So ist zwar einerseits eine Standardisierung von Tests und Belastungsstufen sinnvoll, andererseits erhöht die Standardisierung nur bedingt die Durchführungsobjektivität, da es z.B. sinnvoll ist, Belastungsstufen individuell zu steigern, um interindividuell gleiche Voraussetzungen zu schaffen. Außerdem kann eine Modifikation eines Tests vor dem Hintergrund einer Behinderung sinnvoll sein.

¹¹⁰ Bochnik, H.J. (1999). *Grundsätze und begriffliche Werkzeuge zur ärztlichen Ganzheitsorientierung*. In H.J. Bochnik & W. Hackhausen (Hrsg.). *Personenorientierte Diagnostik und Begutachtung – Fehlervermeidung und Qualitätsverbesserung*. Urban & Fischer, 1-44.

¹¹¹ Bochnik, H.J. (1999), s.o.

Nellessen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

Im Sinne der **Ganzheitsorientierung** als auch Personenorientierung ist eine mehrdimensionale Betrachtungsweise, d.h. u.a. die Berücksichtigung von physischen und psychischen Aspekten, als auch die oben bereits erwähnte Kontextorientierung wichtig (s. Abb. 4.4-1).

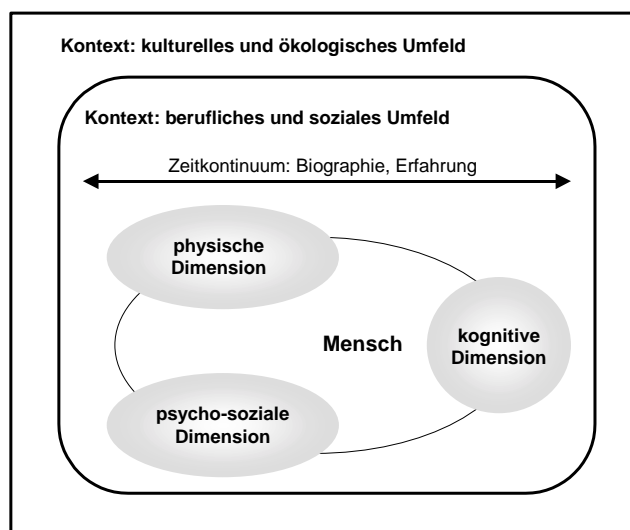


Abb. 4.4-1: Ganzheits-, Personen- und Kontextorientierung – der Mensch in seiner Mehrdimensionalität sowie in verschiedenen Kontextbezüge¹¹²

4.4.1.5 Selbstbestimmung und Dialogorientierung in der Begutachtung

Die Leistungen des SGB IX verfolgen das Ziel, die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft des behinderten Menschen oder von Behinderung bedrohten Menschen zu fördern (§ 1 SGB IX). Im Mittelpunkt steht so der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch und seine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Sein Wille ist daher maßgeblich und zu erfragen. Der Willensbildung muss allerdings immer eine entsprechende Beratung vorausgehen, da eine ernsthafte Willensbildung nur möglich ist, wenn der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch über seine Möglichkeiten Bescheid weiß. Diese Beratung hat im Dialog mit dem behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen zu erfolgen, damit sie nicht an dessen Wesen, Zielen und Erfahrungen vorbei erfolgt, sondern den behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen in die Beratung ganz mit einbezieht.

Einen besonderen Ausdruck hat dieses Selbstbestimmungsrecht in dem Wunsch- und Wahlrecht des § 9 SGB IX gefunden.

Für den Gutachter bedeutet dies, dass sein Begutachtungsgespräch immer auch die Beratung und den Dialog mit dem behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen beinhalten und auch dieser Teil der Begutachtung in seinen wesentlichen Zügen dokumentiert werden muss. Um Doppelberatungen zu vermeiden, kann auf vorherige Beratungen Bezug genommen werden (soweit diese von den vorherigen Akteuren dokumentiert wurden).

Die Dialogorientierung spiegelt sich auch im diagnostischen Prozess wider. So ist die **Selbsteinschätzung** des Patienten zu erfassen und zu berücksichtigen. Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung sollten im Dialog gegenübergestellt werden. Ebenso sind Teilhabechancen im Dialog zu analysieren.

¹¹² Abb. modifiziert nach Nellessen, G. & Froböse, I. (2003): *Therapie – gemeinsames Handeln*. In: I. Froböse, G. Nellessen & C. Wilke (Hrsg.). *Training in der Therapie. Grundlagen und Praxis*. München, Jena: Urban & Fischer, 1-10.

Des Weiteren gewährt § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX dem behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ein Wahlrecht bezüglich des begutachtenden Sachverständigen. Der Reha-Träger hat bei der Begutachtung von Leistungen zur Teilhabe dem behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen drei Sachverständige zu benennen. Hat sich der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch für einen Sachverständigen entschieden, wird dieser mit der Begutachtung beauftragt.

4.4.1.6 Ressourcenorientierung in der Begutachtung

Für die Begutachtung ist das Prinzip der Ressourcenorientierung von besonderer Bedeutung, weil sich Gutachter oftmals einseitig defizitorientiert mit den Funktions- und Leistungseinschränken des Betroffenen auseinandersetzen und in ihren Gutachten auf mögliche Ressourcen kaum eingehen. Dazu zählen die Ressourcen der Person selber, als auch die Ressourcen im konkreten Kontext der Person. So ist beispielweise im Sinne der Ressourcenorientierung bei Fragen der Erwerbsfähigkeit eine konkrete Arbeitsplatzbetrachtung sinnvoll.

Die persönlichen Ressourcen sollten gemäß des weiten Blickwinkels der ICF umfassend betrachtet werden und differenzierter – nicht nur unter der Globalkategorie „positives Leistungsbild“ – beschrieben werden.

4.4.1.7 Trägerübergreifende Begutachtung

Die trägerübergreifende Begutachtung ergibt sich aus **§ 14 Abs. 5 Satz 6 SGB IX**, wonach die in den Gutachten getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf den Entscheidungen der Reha-Träger zu Grunde gelegt werden. Dies bedeutet, dass bei allen Verfahren, bei denen es um Sozialleistungen auf Grund einer Behinderung oder drohenden Behinderung geht, über die trägerspezifische Frage (Liegen die Voraussetzungen für Erwerbsminderungsrente, Arbeitsunfall, Berufskrankheit etc. vor) hinaus – bei Vorliegen des Einverständnisses des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen – auch die Frage nach dem Bedarf an Leistungen zur Teilhabe begutachtet werden muss. Und zwar **sowohl Präventionsleistungen als auch Rehabilitationsleistungen**. Dies hat er unabhängig davon zu beurteilen, ob der Reha-Träger, der den Gutachtensauftrag erteilt, für die jeweils in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe überhaupt leistungspflichtig ist. Z. B. muss in einem MDK-Gutachten der Pflegekasse auch der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben mit begutachtet werden, soweit ein solcher in Betracht kommt.

Eine solche trägerübergreifende Begutachtung ist auch Voraussetzung für die nach **§ 12 SGB IX** geforderte Zusammenarbeit der Reha-Träger.

§ 11 SGB IX fordert, dass der zuständige Reha-Träger – unabhängig davon, ob er grundsätzlich für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben leistungspflichtig ist oder nicht – gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinische Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss prüft, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Dies ist in den sozialmedizinischen Gutachten mit zu berücksichtigen und auf diesen Punkt ein besonderes Augenmerk zu legen.

Damit die Ergebnisse der Begutachtung von allen Reha-Trägern gleich verstanden werden und die Arbeit mit den Gutachten erleichtert wird, ist es erforderlich, sich über zentrale Begriffe in Bezug auf deren Verständnis zu einigen. Dass sich dabei die Begriffe an der ICF orientieren sollten, wurde, wie bereits oben dargestellt, in dem Abschlusspapier der BAR-Arbeitsgruppe zu trägerübergreifenden Aspekten der Begutachtung (s. Materialsammlung - VIII) berücksichtigt.

Der Bedarf eines einheitlichen Verständnisses zum Begriff der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit wird in Kapitel 4.4.2 thematisiert.

4.4.1.8 Behindertenbegriff – Feststellung einer Behinderung

Das SGB IX stellt besondere Anforderungen u. a. an die sozialmedizinische Begutachtung. Dieses Gesetz gilt jedoch nur für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Hiernach müsste in jedem Gutachten eine Aussage zum Behindertenbegriff enthalten sein, damit geklärt ist, ob die besonderen Anforderungen des SGB IX einzuhalten sind oder nicht.

Auf Grund der Schwierigkeiten, die die Feststellung der Behinderteneigenschaft mit sich bringt (siehe Ausarbeitung der Rahmenbedingungen des SGB IX in der Materialsammlung - VII) stellt es eine praktikable Lösung dar, **wenn man die Anforderungen des SGB IX an die sozialmedizinische Begutachtung allen Antragstellern zukommen lässt**, die einen Antrag auf Leistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung gestellt haben, unabhängig von einer Differenzierung nach behinderten und nichtbehinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen. Wenn der Reha-Träger hiervon abweichen will, muss er (wegen des Amtsermittlungsgrundsatzes) den Gutachter beauftragen, festzustellen, ob der Antragsteller behindert oder von Behinderung bedroht ist¹¹³.

4.4.1.9 Umfassende Begutachtung

§ 14 Abs. 5 Satz 5 fordert eine umfassende Begutachtung. Hinzuweisen ist darauf, dass § 96 Abs. 1 Satz 2 SGB X dem nicht entgegensteht. § 96 Abs. 1 Satz 2 SGB IX besagt zwar, dass der Umfang der Untersuchungsmaßnahme sich nach der Aufgabe des Leistungsträgers richtet, der die Untersuchung veranlasst hat. Gemäß § 8 Abs. 1 SGB IX ist es aber Aufgabe jedes Reha-Trägers, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu überprüfen, soweit der Antragsteller damit einverstanden ist.

Was aber bedeutet „umfassend“?

Diesbezüglich ist zum einen auf **§ 3 SGB IX** zu verweisen, wonach die Reha-Träger darauf hinzuwirken haben, dass der Eintritt einer Behinderung vermieden wird. Hieraus ergibt sich, dass sich die Reha-Träger immer – wenn das Einverständnis des Betroffenen gegeben ist – auch dazu äußern müssen, ob es präventive Maßnahmen gibt, die eine Behinderung vermeiden helfen.

§ 8 Abs. 1 SGB IX normiert die Verpflichtung aller Reha-Träger auf Prüfung von Erfolg versprechenden Leistungen zur Teilhabe. Hierunter sind **alle Leistungen zur Teilhabe** zu verstehen, die § 5 SGB IX als Leistungen zur medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bezeichnet.

Der Inhalt des Gutachtens bezieht sich somit auf:

- trägerspezifische Fragen
- Prävention
 - Gibt es einen Präventionsbedarf?
 - Gibt es Präventivmaßnahmen, die Erfolg versprechend sind?
 - Welche Präventivmaßnahmen sind Erfolg versprechend?
 - Was sind die Konsequenzen, wenn Präventivmaßnahmen nicht oder nicht innerhalb einer näher zu bezeichnenden Frist vorgenommen werden?

¹¹³ IQPR (Hrsg.): Diskussionsforum SGB IX, Nr. 8, www.iqpr.de (Projekte)

- Rehabilitation
 - Welche Funktions- und Aktivitätsstörungen liegen vor?
 - Ist Teilhabe des Antragstellers am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder bedroht?
 - Welcher Interventionsbedarf ergibt sich hieraus?

Umfassend im Sinne der ICF bedeutet aber auch, dass die Funktionsfähigkeit der Person auf allen Dimensionen vor dem Hintergrund der personbezogenen Kontextfaktoren und Umweltfaktoren betrachtet wird (s. auch Ausführungen zur Ganzheitsorientierung und ICF-Orientierung in Kap. 3).

4.4.1.10 Schlüssigkeit und Transparenz der Urteilsfindung

Seitens der Juristen und Sozialrichter, die Gutachten in Auftrag geben und/oder auf der Basis dieser Entscheidungen über Sozialleistungen treffen müssen, wird häufig die Kritik fehlender Transparenz und Schlüssigkeit der Gutachten angeführt¹¹⁴. In den Gutachten seien die Krankheitsdiagnose und die Funktions- und Strukturstörungen meist sehr ausführlich beschrieben, der Sprung von der Funktions- zur Leistungsdiagnose sei jedoch häufig nicht nachvollziehbar bzw. bleibe unklar. In der Epikrise nehme der Gutachter zwar zur Fragestellung des Gutachtauftrages Stellung, aber wie diese Beurteilung mit den zuvor beschriebenen Ausführungen über Einschränkungen und Diagnosen zusammenhänge, werde nicht transparent.

Die Erstellung des Gesamturteils im Rahmen des Gutachtens ist sehr komplex und weitaus mehr als die Auswertung von Untersuchungs-, Anamnese- und Testergebnissen. Auf der Basis verschiedener Einzelergebnisse, Symptome, Selbstauskünfte, Merkmale und Anzeichen erfolgt der Prozess der Urteilsbildung, bei dem verglichen, abgewägt, interpretiert und resümiert wird. Es wäre zwar im Sinne der Transparenz wünschenswert, wenn der Gutachter all diese Schritte darlegen würde, aber dies ist weder möglich, noch unter ökonomischen Gesichtspunkten vertretbar.

Ein wichtiger Schritt zur Optimierung, der auch realisierbar ist, wäre die **verbesserte standardisierte Dokumentation** der Teilergebnisse, die bei der Urteilsfindung einfließen und einiger „Zwischenschritte“. So sollte der Gutachter neben dem Funktions- und Strukturbild und der Krankheitsdiagnose, das Leistungsbild in Bezug auf den relevanten Anforderungsbereich (z.B. allgemeiner Arbeitsmarkt, konkreter Arbeitsplatz, Alltagsanforderungen) beschreiben. Idealerweise mit vorstrukturierten Merkmalkatalogen und nicht nur in einem offenen Textfeld „positives Leistungsbild“.

Weiterhin sollten die Selbstaussagen skizziert werden, sowie die Bewertung dieser – auch ggf. im Vergleich oder in Diskrepanz zu der Fremdeinschätzung.

In Kapitel 4.4.5 werden die zentralen Bausteine einer Begutachtung näher ausgeführt werden.

¹¹⁴ siehe Dokumentation einer Tagung zwischen Richtern und medizinischen Sachverständigen zum Thema: „Auswirkungen des SGB IX auf Gutachtensaufträge und Begutachtung“ unter <http://www.iqpr.de/download/richtertagungsdoku.pdf>.

4.4.2 Konzepte der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit

Die Einschätzung der arbeitsbezogenen/erwerbsbezogenen¹¹⁵ Leistungsfähigkeit ist eine zentrale Aufgabe der Begutachtung, insbesondere der Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung. Trotz der häufigen Verwendung ist der abstrakte Begriff bisher nicht exakt bestimmt und selten reflektiert worden¹¹⁶.

Die begriffliche Unschärfe führt zu unterschiedlichen Verständnissen und bei Einschätzung der komplexen Zielgröße zu unterschiedlichen Vorstellungen, Beurteilungsansätzen und folglich Ermessensspielräumen in den Urteilen. Im Sinne der Qualitätssicherung ist daher eine Konkretisierung (Konzeptspezifikation) zu diesem zentralen und abstrakten Begriff erforderlich.

Eine **Konzeptspezifikation** kann durch Zuordnung verschiedener Merkmale (Designate) stattfinden, die die Bedeutung des Begriffs festlegen (s. auch Kap. 3.2.3). D.h. für die Begutachtungspraxis ist es wichtig, die arbeitsrelevanten Merkmale zu bestimmen, die zur Beschreibung und Einschätzung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit verwendet werden sollen.

Verschiedene Ansätze einer Merkmalszuordnung finden sich bereits in den Leitfäden der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung, jedoch erscheinen diese vor dem Hintergrund vorhandener komplexerer Konstrukte und Modelle, wie sie z.B. dem O*NET (The Occupational Information Network)¹¹⁷ oder dem Verfahren IMBA¹¹⁸ zu Grunde liegen, lückenhaft.

Die Konzeptspezifikation sollte im Sinne der Forderung nach einer trägerübergreifenden Begutachtung (s. Kap. 4.4.1.7) als gemeinsame Aufgabe der Sozialleistungsträger verstanden werden. Diese sollten von einem interdisziplinären Team verschiedener Fachrichtungen, die sich mit der Leistungsfähigkeit und speziell der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit auseinandersetzen, fachlich unterstützt werden, u.a. von Arbeitswissenschaftlern, Arbeits- und Leistungsphysiologen, Medizinern, (Arbeits-) Psychologen, Sportwissenschaftlern.

Zur Vorbereitung der Konzeptspezifikation ist eine Auseinandersetzung mit den vorhandenen Konstruktansätzen und Modellen zur Erfassung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit bzw. der Anforderung von arbeitsbezogenen Tätigkeiten notwendig. Ausgewählte Ansätze werden daher in den folgenden Kapiteln dargelegt:

- Leitfäden der Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung
- Leistungsfähigkeitsmodell entwickelt im Rahmen eines Forschungsprojektes (Leitung: Prof. Wolfgang Tittor)
- Content Model des O*NET
- DIK-2 – Katalog diagnostischer Kriterien
- Merkmalkomplexe des Verfahrens IMBA

Das Konzept der **FCE-Verfahren** (Functional Capacity Evaluation) wird hier nicht spezifischer dargestellt, weil sich die FCE-Verfahren überwiegend auf die im **Dictionary of Occupational Titles (DOT)** als arbeitsrelevant deklarierten physischen Merkmale beziehen.

¹¹⁵ Im Folgenden wird der Begriff der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit verwandt werden.

¹¹⁶ Raspe, H. (1994): *Das erwerbsbezogene Leistungsvermögen – eine zentrale Kategorie der praktischen Sozialmedizin*. Gesundheitswesen, 56, 95-102.

¹¹⁷ O*NET OnLine. Zugriff am 11. September 2003 unter <http://online.onetcenter.org>. The Occupational Information Network (O*NET) and O*NET OnLine were developed for the US Department of Labor by the National O*NET Consortium.

¹¹⁸ BMA (Hrsg.). (2000). *IMBA - Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt*. Zugriff am 11. September 2003 unter <http://www.imba.de>.

Das DOT ist der Vorläufer des hier nachfolgend vorgestellten O*NET. In dem Kapitel 4.4.2.2.5 werden neben dem physischen Kriterienkomplex auch die anderen arbeitsrelevanten Kriteriengruppen des O*NET beschrieben. Bzgl. der FCE-Verfahren sei auf Kapitel 4.5.6 verwiesen.

Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ansätze werden in Kapitel 4.4.2.3 synoptisch gegenübergestellt.

Den beschriebenen Ausführungen wird eine allgemeine Erläuterung zum Begriff der Leistungsfähigkeit vorangestellt. Denn die Komplexität des Begriffes und spezifische Charakteristika der Leistungsfähigkeit und Leistungserbringung stellen besondere Anforderungen an die Begutachtung.

4.4.2.1 Charakteristika und Begriff der Leistungsfähigkeit

Nicht nur der Begriff der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, sondern auch die Begriffe Leistung und Leistungsfähigkeit allgemein werden häufig verwendet, aber selten exakt bestimmt¹¹⁹.

In zahlreichen u.a. medizinischen, arbeits- und sportwissenschaftlichen Lexika wird zur Bestimmung der abstrakten Begriffe Leistung bzw. Leistungsfähigkeit/-vermögen in der Regel die physikalische Definition als Quotient aus aufgewendeter bzw. gelieferter Energie und Zeit genannt¹²⁰. Ein derart eingegrenztes Verständnis wird jedoch der Komplexität nicht gerecht. Denn Leistungsfähigkeit bedeutet, sehr allgemein formuliert, die Fähigkeit eine Leistung zu erbringen.

Offenbar ist auf Grund der Komplexität eine allgemeine Definition, die nicht inadäquat, zirkulär oder Unbekanntes durch Unbekanntes beschreibt, nicht möglich. Der Begriffsbestimmung sollte daher eine Eingrenzung der Komplexität vorausgehen, damit im Weiteren die logische Operation der Begriffsbestimmung, durch Darlegung der Inhalte des Begriffs (Merkmalzuordnung) erfolgen kann. D.h. es sollte nicht versucht werden, die allgemeine Leistungsfähigkeit, sondern spezifische Leistungsfähigkeiten zu bestimmen, z.B. die sportliche, arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit. Je stärker Komplexität reduziert werden kann, desto leichter wird die Merkmalszuordnung.

In dieser logischen Operation müssen die folgenden Charakteristika der Leistungserbringung Beachtung finden.

Charakteristika

Wesentliche Charakteristika der Leistungserbringung, -fähigkeit und -bereitschaft sind¹²¹:

- Menschliches Leisten ist eine Handlung, d.h. eine zielgerichtete, überwiegend bewusst gewählte und eingesetzte Aktivität des Menschen.
- Leistungsfähigkeit bezeichnet die konkrete Lösung einer Aufgabe oder Ausführung einer Aktivität (s. auch verwendete Begriffsbestimmung in der ICF). Leistungsfähigkeit ist aufgaben- und situationsbezogen und es existieren folglich vielfältige aufgaben- und situationsbezogene Leistungsfähigkeiten.

¹¹⁹ Bös, K. & Mechling, H. (1983). *Dimensionen sportmotorischer Leistungen*. Schorndorf: Hofmann.

¹²⁰ Roche *Lexikon Medizin* (1999). München: Urban & Fischer-Verlag.

Griefahn, B. (1996). *Arbeitsmedizin*. Stuttgart: Enke Verlag.

Röthig, P. (Hrsg.). (1992). *Sportwissenschaftliches Lexikon*. Schorndorf: Hofmann.

Schäfer, H. & Blohmke, M. (1978): *Sozialmedizin*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

¹²¹ Nellesen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

- Menschliches Leisten ist komplex und vollzieht sich in einer spezifischen Person-Aufgabe-Umwelt-Situation.
- Das Erbringen von Leistungen ist auf der personalen Seite von der Leistungsbereitschaft und der Leistungsfähigkeit abhängig, wobei diese selbst von Umwelt-, Aufgaben- und Situationsbedingungen beeinflusst werden. Leistungsfähigkeit bezeichnet demnach personale Leistungsvoraussetzungen. Und die Leistungsbereitschaft ist die Bedingung zur Mobilisierung der individuellen Voraussetzungen zum Erfüllen einer Aufgabe. Dabei sind Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft nur abstrakt voneinander trennbare Kategorien.
- Menschliche Leistungen werden auf unterschiedlichem Leistungsniveau erbracht, dies wird wesentlich durch den An- und Aufforderungscharakter der Aufgabe und Situation bestimmt.

Resümee zum allgemeinen Begriff und der Konzeptspezifikation

„Die Leistungsfähigkeit ist ein abstrakter Begriff, der alle aufgaben- und situationsspezifischen Leistungsfähigkeiten beinhaltet. Leistungsfähigkeit ist somit nicht global bestimmbar. Die Fähigkeit, Leistung zu erbringen, ist stets im Kontext mit einer bestimmten Aufgabe in einer konkreten Situation zu sehen. Leistungsfähigkeit ist folglich nur in Bezug zu einer konkreten Aufgabe oder einem Aufgabenbereich (Anforderungskomplex) zu beurteilen, wenn dieser durch ein Konstrukt spezifiziert wird“¹²².

Basierend auf diesem Verständnis zum allgemeinen Begriff der Leistungsfähigkeit können die anforderungsspezifischen Konstrukte wie z.B. die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit als "Teilmengen" des abstrakten Begriffs der Leistungsfähigkeit aufgefasst werden. Die Konstruktspezifikation erfolgt durch Auswahl der für den Anforderungsbereich relevanten aufgabenspezifischen Leistungsfähigkeiten, d.h. der arbeitsrelevanten Merkmale. Diese sind dann die Zielvariablen/Items der Beurteilung in der Leistungsdiagnostik/Begutachtung.

4.4.2.2 Modelle und Merkmalzuordnungen in verschiedenen Ansätzen

Welche Personenmerkmale, Eigenschaften und Leistungsfähigkeiten für die Teilhabe am Arbeitsleben relevant zu sein scheinen, wird in den nachfolgend dargestellten Ansätzen unterschiedlich bewertet. Zunächst erfolgt im Weiteren eine Einzeldarstellung der Modelle und in Kapitel 4.4.2.3 eine Auswertung dieser Ansätze.

4.4.2.2.1 Merkmalzuordnung in den Leitfäden der BA und der RV

Eine eindeutige Merkmalzuordnung oder Modelldarstellung für die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit findet sich in den Leitfäden der Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung¹²³, die weitestgehend aufeinander abgestimmt wurden, nicht.

Es werden jedoch in den Leitfäden und den Formularblättern verschiedene Merkmale konkret benannt, denen offenbar eine besondere Relevanz zugeschrieben wird.

- Kriterien der Arbeitsorganisation (Tagesschicht, Früh-/Spätschicht, Nachtschicht; wechselnde Arbeitszeiten; Arbeiten in geschlossenen Räumen, in Werkhallen; Arbeiten unter Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband)
- Kriterien der Arbeitsumgebungsbedingungen (Arbeiten im Freien; in temperierten Räumen; bei Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen; Hitzearbeiten,

¹²² Nellessen, G. (2002, S. 35f). s.o.

¹²³ VDR (Hrsg.). (2001). *Das ärztliche Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung*. Hinweise zur Begutachtung. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2000). *Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung*.

Arbeiten bei inhalativen Belastungen durch Staub, Rauch, Gase, Dämpfe; Schmutzarbeiten, Arbeiten mit hautbelastenden Stoffe, Feuchtarbeit; Arbeiten bei Lärm; Erschütterungen, Vibrationen; Arbeiten unter erhöhter Verletzungs- und Unfallgefahr (z.B. mit Absturzgefahr, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen)

- Kriterien der Körperhaltung (Stehen; Sitzen; Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien, Arme in Vorhalte, vornüber gebeugt))
- Kriterien der Fortbewegung und Mobilität (Gehen (zumutbare Gehstrecke), Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel; Fahr- und Steuertätigkeit)
- Kriterien der Körperbewegungen und Körper(teil-)aktivitäten (Bücken; Ersteigen von Treppen, Gerüsten, Leitern; Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; Gebrauchsfähigkeit der Hände, praktische Einhändigkeit)
- Kriterien des sensorischen und sensumotorischen Vermögens (Seh-, Hör und Farbsehvermögen; räumliches Sehen; Sprechen; Tasten; Riechen; Sprechen)
- Kriterien der psycho-sozialen und psycho-mentalen Leistungsfähigkeit (Verantwortung (für Personen, Maschinen), geistige/psychische Belastbarkeit, Konzentrations-, Reaktions-, Umstellungs- und Anpassungsvermögen; Publikumsverkehr; Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge)
- Sonstige Kriterien (Bildschirmtätigkeit; Überwachungstätigkeit; allgemeine berufliche Eignung)

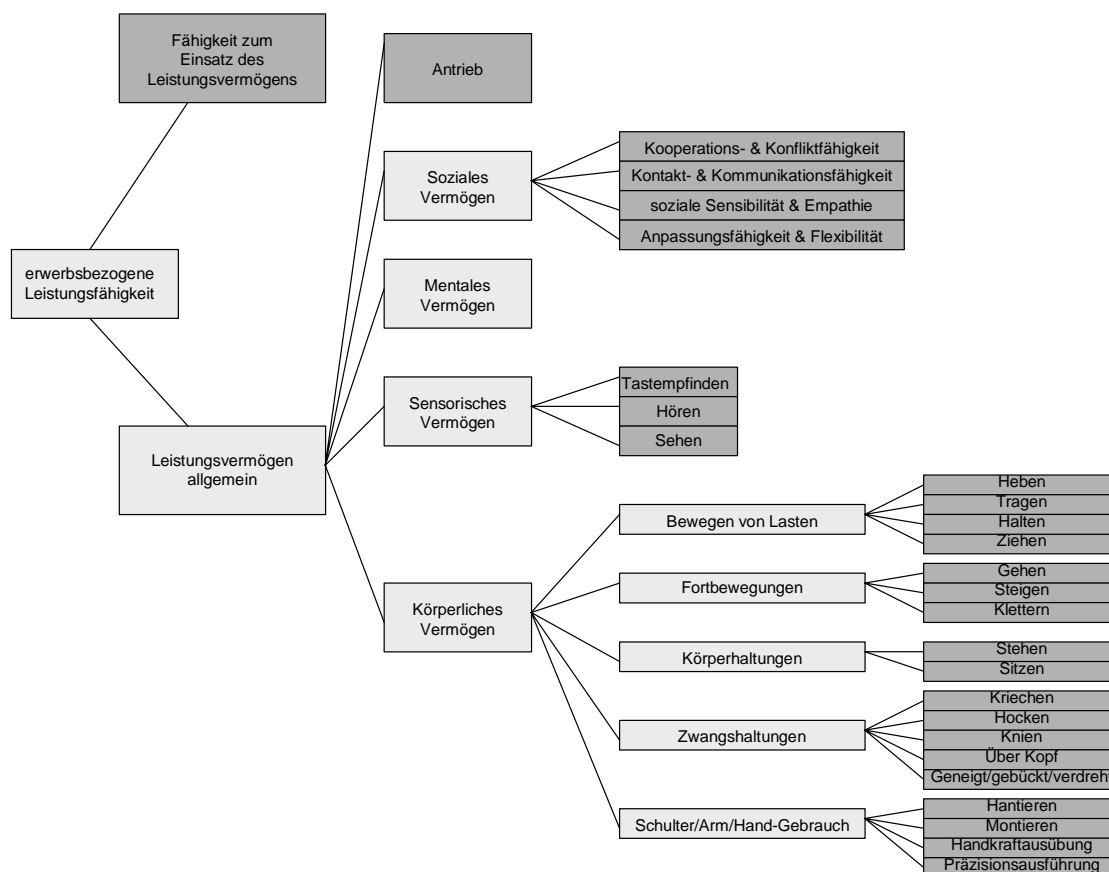
4.4.2.2 Determinantenmodell der Leistungsfähigkeit im Rahmen eines Forschungsprojekts (Leitung: Prof. Tittor)

Im Rahmen des vom VDR geförderten Projekts stellt die Entwicklung und Weiterentwicklung eines Determinantenmodells der Leistungsfähigkeit einen Schwerpunkt dar. Das ursprünglich von Tittor und Lux (2000)¹²⁴ erstellte Determinantenmodell wurde mittlerweile modifiziert und ausdifferenziert¹²⁵. In die Diskussionen wurden verschiedene Experten der Bundesagentur für Arbeit sowie der Landesarbeitsämter, der Landesversicherungsanstalten, Arbeitswissenschaftler und -mediziner sowie Sportwissenschaftler und Leistungsphysiologen einbezogen.

Das aktuelle Modell ist in Abb. 4.4-2 dargestellt. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass die Leistungsfähigkeit von einem allgemeinen Leistungsvermögen und der Fähigkeit zum Einsatz des Leistungsvermögens determiniert wird. Das allgemeine Leistungsvermögen schlüsselt sich auf in die Dimensionen soziales, mentales, sensorisches und körperliches Vermögen sowie dem Antrieb. Diese gliedert sich teilweise in weitere Unterdimensionen und in einzelnen Merkmalen auf. Zum aktuellen Zeitpunkt sind die Ausdifferenzierungen noch nicht in alle Dimensionen abschließend festgelegt.

¹²⁴ Tittor, W. & Lux, A. (2000). *Überlegungen zur Standardisierung des leistungsdagnostischen Vorgehens in der Rehabilitationsmedizin*. Rehabilitation 39, 77-83.

¹²⁵ Tittor, W., Lux, A., Nellesen, G. et al. (2004). *Die Relevanz eines Leistungsfähigkeitsmodells für eine einheitliche und standardisierte Leistungsdiagnostik*. Rehabilitation, im Druck.

Abb. 4.4-2: Determinantenmodell der Leistungsfähigkeit¹²⁶

4.4.2.2.3 Merkmalkomplexe des Verfahrens IMBA

Das Dokumentations- und Profilvergleichsverfahren IMBA wurde von einem interdisziplinären Team aus den Bereichen Psychologie, Arbeitswissenschaft und Arbeitsmedizin zur Unterstützung der Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt entwickelt¹²⁷. Bei diesem Verfahren werden die Fähigkeiten einer Person und die Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes einem Vergleich unterzogen. Hierzu wurde ein Merkmalkatalog entwickelt, bei dem bereits auf das o.g. DOT Bezug genommen wurde.

Dieser besteht aus verschiedenen Merkmalen, die in neun Merkmalkomplexe eingeteilt sind: Körperhaltung, Körperfortbewegung, Körperteilbewegung, Information, Komplexe Merkmale, Umgebungseinflüsse, Arbeitssicherheit, Arbeitsorganisation, Schlüsselqualifikationen.

Zu einigen Merkmalen der Hauptprofilebene können in der Detailanalyse differenziertere Angaben erfolgen. In Abb. 4.4-3 sind die Merkmalkomplexe und Merkmale der Hauptebene dargestellt (in Klammer sind Merkmale der Detailebene angefügt).

¹²⁶ s. Lux, A. (2003, Juni). *Welche Leistungsfähigkeit ist relevant?* Vortrag auf der 11.GRVS-Tagung zum Thema Rehabilitation und Arbeitswelt in Bad Mergentheim.

¹²⁷ BMA (Hrsg.). (2000). *IMBA*, s.o.

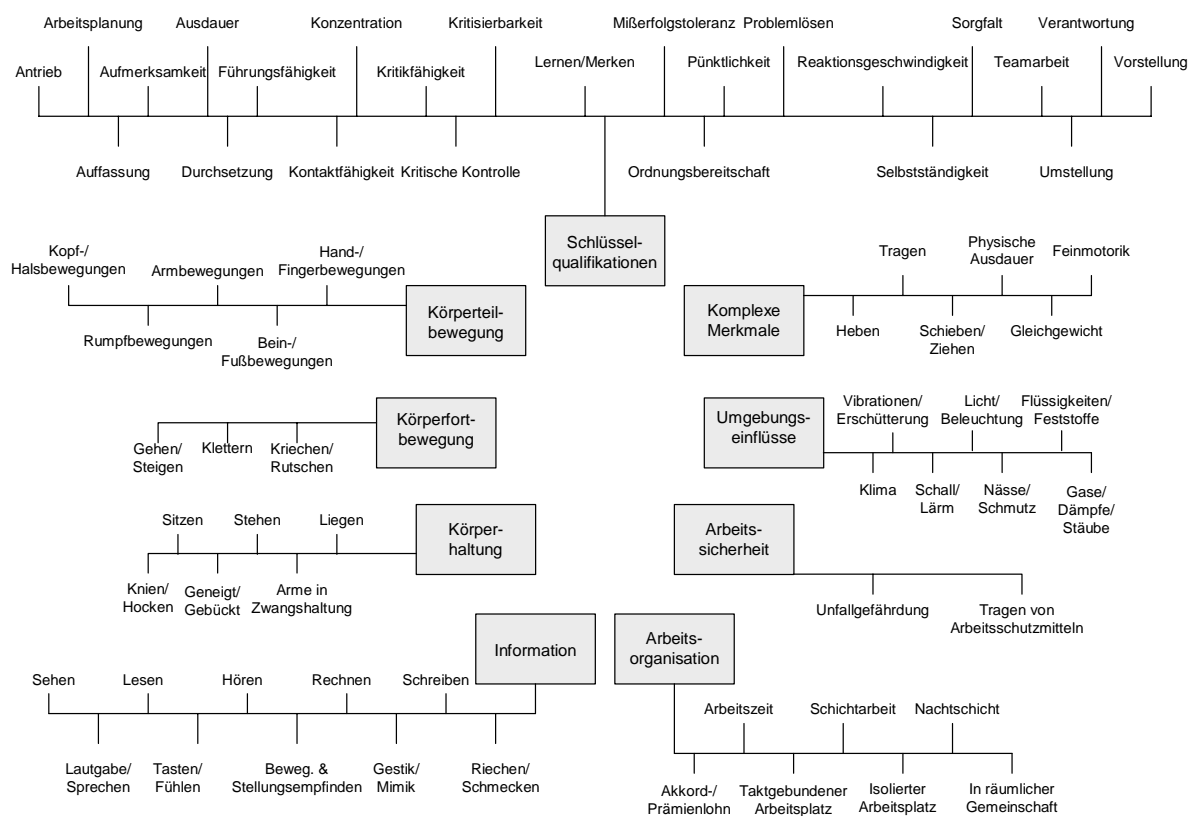


Abb. 4.4-3: Merkmalkomplexe und Hauptmerkmale des Verfahrens IMBA

4.4.2.2.4 DIK-2 Katalog diagnostischer Kriterien

Der Katalog diagnostischer Kriterien (DIK-2) wurde von der SYNTEGRAL GmbH in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit und zahlreichen Experten aus verschiedenen Gebieten der Sozialen Arbeit im Rahmen des Projekts DIMA (Diagnosegeleitete Maßnahmesteuerung)¹²⁸ entwickelt. Er dient der Dokumentation und standardisierten Beschreibungen berufsbezogener Personenmerkmale.

Die Beschreibung basiert auf Informationen aus verschiedenen Fachgebieten und schließt physische, psychische, geistig-intellektuelle, soziale und kulturelle Merkmale/Eigenschaften einer jeden Person ein.

Die zur Beschreibung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit relevanten Merkmalkomplexe und Merkmale des DIK-2 sind der Tab. 4.4-1 zu entnehmen.

¹²⁸ Das Projekt DIMA wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (bis 2002: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung).

Tab. 4.4-1: Auszüge der Merkmalkomplexe und Merkmale (Detailmerkmale) des DIK-2

ARBEIT	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsverhalten (Durchhaltevermögen, Fehlzeiten, Flexibilität, Ordnung, Pünktlichkeit, Selbsteinschätzung, Selbstständigkeit, Sorgfalt, Verantwortungsbereitschaft) • Fachkompetenz (Berufserfahrung, Fachwissen, Praktische Fertigkeiten) • Identifikation • Leistungsfähigkeit (Arbeitstempo, Ausdauer, Körperliche Belastbarkeit, Psychische Belastbarkeit) • Methodenkompetenz • Mobilität • Motivation • Sozialkompetenz
GEISTIGE FÄHIGKEITEN	<ul style="list-style-type: none"> • Auffassungsvermögen • Aufmerksamkeit • Denken • Formerfassung • Intelligenz (Abstrakt-Logisches Denken, Anschaulich-Praktisches Denken, Sprachlogisches Denken, Zahlenlogisches Denken) • Konzentration • Merkfähigkeit • Räumliche Vorstellung • Rechnen • Sprache • Transferleistung
KÖRPER	<ul style="list-style-type: none"> • Aussehen • Einschränkungen (Arbeitshaltung, Arbeitsort, Arbeitsschwere, Arbeitszeit, Belastbarkeit, Belastende Stoffe, Gefährliche Tätigkeiten, Heben und Tragen, Klima, Lärm, Therapiebedingte Einschränkungen, Zwangshaltungen) • Entwicklung und Konstitution • Gesundheit • Krankheiten (Infektionen (A00-B99), Neubildungen (C00-D48), Blut (D50-D89), Stoffwechsel (E00-E90), Psyche (F00-F99), Nervensystem (G00-G99), Augen (H00-H59), Ohren (H60-H95), Kreislauf (I00-I99), Atmung (J00-J99), Verdauung (K00-K93), Haut (L00-L99), Muskel-Skelett-System (M00-M99), Urogenitalsystem (N00-N99), Schwangerschaft und Geburt (O00-O99), Perinatale Auffälligkeiten (P00-P96), Fehlbildungen (Q00-Q99), Sonstiges (R00-R99), Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)) • Psychosomatische Erkrankungen
KULTUR-TECHNIKEN	<ul style="list-style-type: none"> • Lesen (Analphabetismus, Blindenschrift, Legasthenie, Leseflüssigkeit, Sinnentnehmendes Lesen) • Rechnen (Dyskalkulie, Geometrie, Größen und Mengen, Rechenfertigkeiten, Textrechnen) • Schreiben (Analphabetismus, Andere Kommunikationsformen, Blindenschrift, Gebärdensprache, Gestützte Kommunikation, Legasthenie, Rechtschreibung, Schreibmotorik, Schriftlicher Ausdruck) • Sprache (Fremdsprachen, Gebärdensprache, Gestützte Kommunikation, Sprachkompetenz) • Sprechen (Dialekteinfärbung, Mündlicher Ausdruck) • Störungen Sprache und Sprechen (Aphasie, Apraxie, Dysarthrie, Dysgrammatismus, Poltern, Stammeln, Stottern, Stummheit, Weitere Sprachstörungen)

MOTORIK	<ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeiten (Ausdauer, Beweglichkeit, Feinmotorik, Fortbewegung, Grobmotorik, Koordination Auge-Hand, Koordination Hand-Hand, Körperhaltung, Kraft, Linkshändigkeit, Materialgefühl, Motorische Geschwindigkeit, Zielgerichtetheit) • Störungen (Infektionen des ZNS (A80-A89; G00-G09), Systematrophien (G10-G13), Extrapyramidale Krankheiten (G20-G26), Demyelinisierende Erkrankungen (G35-G37), Erkrankungen der Nerven (G50-G59), Neuromuskuläre Erkrankungen (G60-G73), Zerebrale und sonstige Lähmungen (G80-G83), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (M00-M99), Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems (Q00-Q07), Angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems (Q65-Q79), Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens)
PSYCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Antrieb • Bewältigungsstrategien • Denken • Emotionalität • Ich-Bewusstsein • Impulskontrolle • Psychische Belastbarkeit • Psychische Entwicklung • Realitätssicht • Selbstvertrauen • Störungen (Affektive Störungen, Alkohol, Andere Süchte, Angst, Autismus, Borderline-Störung, Drogen, Emotionale Labilität, Enkopresis, Enuresis, Essstörungen, Hyperkinetische Störungen, Panikstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Phobische Störungen, Schizophrenie, Selbstverletzendes Verhalten, Sexualstörungen, Suizidversuche, Weitere Störungen nach ICD-10, Wut und Ärger, Zwangsstörung) • Wahrnehmung • Zeiterleben
SINNE	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des Hörens (Periphere Hörstörung, Zentrale Hörstörung, Gleichgewichtsstörung, Multisensorisches Reaktionsvermögen) • Störungen des Sehens (Farbsehen, Gesichtsfeld, Nachtsehen, Räumliches Sehen, Sehschärfe)
SOZIAL- VERHALTEN	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsfähigkeit • Einfühlungsvermögen • Führungsfähigkeit • Gruppen- und Teamfähigkeit • Kommunikationsfähigkeit • Konfliktfähigkeit • Kontaktfähigkeit • Kooperationsfähigkeit • Kritikfähigkeit • Loyalität • Regelverletzungen (Alkohol und Drogen, Eigentumsdelikte, Sachbeschädigung, Sexuelle Übergriffe, Sonstige Regelverletzungen, Tätlichkeiten, Verbale Entgleisungen) • Reife • Soziale Integration

Im Gegensatz zu IMBA sind verschiedene Merkmale mehreren Kategorien zugeordnet.

4.4.2.2.5 Content Model des O*NET – Kriterienkomplexe

Im Auftrag des *U.S. Department of Labor* (US DOL) wurde das *Dictionary of Occupational Titles*¹²⁹ (DOT) entwickelt, dessen letzte, die vierte revidierte Auflage, 1991 erschien. Das DOT beinhaltet eine detaillierte Beschreibung fast aller Berufe, die in den USA vorkommen. Heute liegt eine, im Auftrag des US DOL weiterentwickelte und komplett überarbeitete Version des DOT, das O*NET (*The Occupational Information Network*)¹³⁰ als Online-Version vor. Das O*NET liefert Berufsbeschreibungen, die neben einer Tätigkeitsbeschreibung eine vielfältige Auflistung von Anforderungen an arbeitende Personen sowie eine Beschreibung der Charakteristika von Berufen beinhaltet. Jeder Beruf wird nach bestimmten Kriterien mit über 300 O*NET Variablen beschrieben. Dem O*NET liegt als konzeptionelle Basis das so genannte *Content Model* (s. Abb. 4.4-4) zu Grunde.

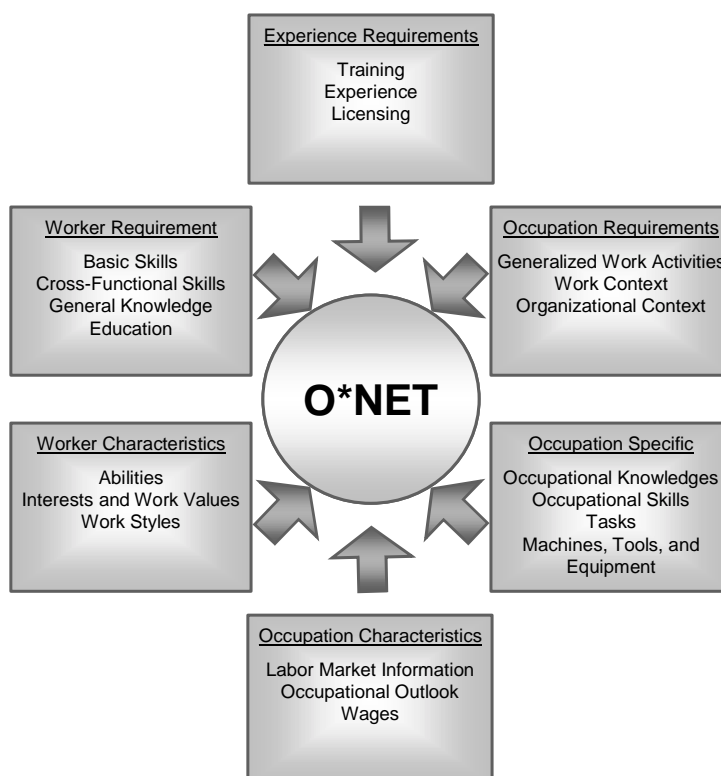


Abb. 4.4-4: Content Model des O*NET¹³¹

Das *Content Model* enthält sechs Kriterienkomplexe, die Arbeit aus unterschiedlichen Sichtweisen beschreiben. Bei der Entwicklung des Modells lag der Blick zum einen auf den Fertigkeiten, Fähigkeiten, Interessen, Wertvorstellungen, Arbeitsstilen und dem Ausbildungstand von Personen (personenorientierte Deskriptoren) und zum anderen auf der Betrachtung von Arbeitsplätzen, deren Tätigkeiten, Umgebungsbedingungen und Organisationsstrukturen sowie der allgemeinen Arbeitsmarktsituation (arbeitsplatzorientierte Deskriptoren).

¹²⁹ US DOL - U.S. Department of Labor (1991). *Dictionary of Occupational Titles*. Fourth Edition Revised. Washington.

¹³⁰ s. O*NET OnLine, s.o.

¹³¹ s. O*NET OnLine, s.o.

Die Kriterienkomplexe des *Content Model* sind: Worker Characteristics, Worker Requirements, Experience Requirements, Occupation Requirements, Occupation Specific and Occupation Characteristics. Diese Komplexe sind in einzelne Merkmale und Merkmalgruppen unterteilt, die sich z.T. wiederum weiter aufgliedern. Die Berufs-/Arbeitsbeschreibungen des O*NET sind unterschiedlich darstellbar. Man kann sich die relevanten Deskriptoren/Items für einen spezifischen Beruf anzeigen lassen oder alle Deskriptoren bzw. Items mit einem prozentualen Anteil von 0 bis 100, je nachdem, wie hoch ihr Anteil an dem spezifischen Beruf ist. Das O*NET bietet weiterhin die Möglichkeit sich zu Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person eine in Frage kommenden Liste von Berufen anzeigen zu lassen. Dies ist durch eine personorientierte Auswahl der im O*NET enthaltenen *Skills* möglich. Im Folgenden werden die einzelnen Kriterienkomplexe mit ihren jeweiligen Deskriptoren, einigen Items bzw. der inhaltlichen Beschreibung nach dem *Content Model* dargestellt.

Zu dem Kriterienkomplex *Worker characteristics* gehören die Deskriptoren *Abilities*, *Interests and Work Values* und *Work Styles*:

- *Abilities* als überdauernde Eigenschaften eines Individuums, die Arbeitsverhalten und -ausführung beeinflussen (kognitive, psychomotorische, physische, sensorische Fähigkeiten).
- *Interests* beschreiben, welche Interessensbereiche von einer Arbeit angesprochen werden (*social, conventional, enterprising, realistic, investigative, artistic*).
- *Work Values* bezeichnet einen zu erwartenden Arbeitsrahmen, ob z.B. bei einer Tätigkeit selbständig gearbeitet wird oder ob man viel Unterstützung erfährt (*relationships, achievement, support, working conditions, independence, recognition*).
- *Work styles* sollen beleuchten, wie wichtig ein bestimmter Arbeitsstil bzw. das Arbeitsverhalten für bestimmte Tätigkeiten ist, wie z.B. Stresstoleranz, Integrität, Analytisches Denken.

Die *Worker Requirements* beinhalten die Deskriptoren *Skills*, *Knowledges* und *Education*:

- *Basic Skills* (Fertigkeiten, die dem Lernen und der Informationsaufnahme dienen)
- *Content Skills* (Leseverständnis, Aktives Zuhören, Schreiben, Sprechen, Rechnen, naturwissenschaftliche Grundverständnis)
- *Process Skills* (Kritisches Denken, Aktives Lernen, Lernstrategien, Kontrollausführungen)
- *Cross-Functional Skills* (Kompetenzen, die über rein berufliche Anforderungen hinausgehen)
- *Social Skills* steht für Kompetenzen, die man benötigt, um mit anderen Menschen zusammenarbeitend Ziele zu erreichen (z.B. soziale Kompetenzen, Absprachen treffen).
- *Complex Problem-Solving-Skills* (Kompetenzen, die eingesetzt werden, um neu auftretende Probleme zu lösen)
- *Technical Skills* (Kompetenzen, die dazu dienen, unter evtl. Einbezug von Maschinen oder technischen Systemen, etwas zu entwickeln, aufzubauen, durchzuführen und zu korrigieren)
- *System Skills* (Kompetenzen, um soziale Systeme zu verstehen, zu bewerten und zu verbessern)
- *Resource Management Skills* (Kompetenzen, um Ressourcen effizient zu verteilen und zu nutzen)

- *Knowledges* (organisierte Anwendung von Wissen aus und für bestimmte Bereiche, z.B. Mathematik und Wissenschaft, Kommunikation, u.a.)
- *Education* (bisheriger Bildungsstand)

Die *Experience Requirements* sind unterteilt in die Deskriptoren *Training*, *Experience*, *Licensing*:

- Hier wird beschrieben, inwieweit berufliche Vorerfahrung notwendig sind, wie lange eine Einarbeitung in die Tätigkeit dauert und welche Qualifikationen vorhanden sein sollten.

Zu den *Occupation Requirements* gehören die Deskriptoren *Generalized Work Activities*, *Work Context* und *Organizational Context*:

- *Generalized Work Activities* beschreibt übergeordnete Themenbereiche von Tätigkeiten (Informationsaufnahme und -verarbeitung, allgemeine mentale Prozesse, Interaktionsprozesse, Arbeitsart (körperlich, kreativ u.a.)
- *Work Context* und *Organizational Context* liefern Informationen zu Umgebungsbedingungen (Arbeit im Freien, Lichtverhältnisse u.a.), Interaktionsprozessen (Kommunikation notwendig mit Mitarbeitern, Übergeordneten u.a.), zu körperlichen Anforderungen (Sitz-, Steh-, Kniedauer u.a.), strukturellen Bedingungen (Akkordarbeit, Verantwortlichkeit u.a.) u.a.

Der Komplex *Occupation Specific* beinhaltet die Deskriptoren *Occupational Knowledges*, *Occupational Skills*, *Tasks*, *Machines*, *Tools and Equipment*.

- Hier werden die spezifischen Anforderungen beschrieben. Dies findet größtenteils in der freien Tätigkeitsbeschreibung statt und ist nicht untergliedert in einzelne Items.

In dem Kriterienkomplex *Occupational Characteristics* sind die Deskriptoren *Labor Market Information*, *Occupational Outlook* und *Wages* eingeordnet.

- Das O*NET verweist hier auf die Statistiken und Marktbeschreibungen des *America`s Career InfoNet* (ACINET¹³²).

4.4.2.3 Gegenüberstellung der verschiedenen Ansätze

Aus der Einzeldarstellung der verschiedenen Modelle ist erkenntlich, dass sehr vielfältige Merkmale bei der Einschätzung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit bzw. bei Fragestellungen zum System Mensch-Arbeit im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben berücksichtigt werden können. Die Leitfäden der BA und des VDR sind dabei relativ schmal zugeschnitten, was exemplarisch in Tab. 4.4-2 deutlich wird. Hier werden exemplarisch alle Items zum Komplex „körperliche Leistungsfähigkeit“, der oben vorgestellten Modelle aufgelistet sowie gekennzeichnet, welche dieser Items/Merkmale in den Leitfäden erwähnt werden.

¹³² America`s Career InfoNet. Zugriff am 22.12.03 unter http://www.acinet.org/acinet/occ_rep.asp?soccode=472021&stfips=01&search=Go.

Tab. 4.4-2: Items der körperlichen Leistungsfähigkeit auf Basis der Ansätze und Modelle von VDR/BA, Tittor et al., O*NET, DIK-2 und IMBA in Gegenüberstellung zu dem Leitfaden des VDR und der BA

Items körperlicher Leistungsfähigkeit	VDR/BA Leitfaden
Sitzen	X Arbeitshaltung sitzend
Stehen	X Arbeitshaltung stehend
Knien	X Zwangshaltung kniend
Hocken	
Liegen	
Geneigt/Gebückt/Verdreht	X Zwangshaltung vornüber gebeugt
Zwangshaltung	X Zwangshaltung Überkopfarbeit, Arm in Vorhalte
Halten von Lasten	
Gehen	X Arbeitshaltung gehend
Laufen	
Steigen	X Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten
Klettern	
Kriechen	
Rutschen	
Bücken/Aufrichten	X Bücken
Rotieren	
Seitneigen	
Reichen	
Hand- und Fingeraktivitäten	X Gebrauchsfähigkeit der Hände, praktische Einhändigkeit
Gleichgewicht	X Gang- und Standsicherheit
Hantieren	
Montieren	
Pedale betätigen	
Fahr- und Steuertätigkeit	X Fahr- und Steuertätigkeit
Heben	X Heben
Tragen	X Tragen
Schieben/Ziehen	X Bewegen von Lasten
Kraft	
Gesamtkörperkoordination	
Flexibilität/Beweglichkeit	
Physische Ausdauer	
Schnelligkeit	
Reaktionsgeschwindigkeit	
Feinmotorik	X Feinarbeiten
Sehen	X Sehvermögen
Hören	X Hörvermögen
Sprechen	
Tasten/Fühlen	
Riechen/Schmecken	
Sowie die komplexen Items:	
Arbeitsschwere	X
Körperliche Belastbarkeit	
Wegefähigkeit/Fortbewegung	X Arbeitsweg, zumutbare Gehstrecke

Es zeigt sich, dass nicht nur der Komplex „Körperliche Leistungsfähigkeit“ in den Leitfäden der BA und des VDR im Vergleich zu den anderen Modellen weniger differenziert betrachtet wird. Somit stellt sich die Frage, ob dieser Differenzierungsgrad dennoch hinreichend für die Begutachtung der Teilhabe am Arbeitsleben ist?

Neben dem Differenzierungsgrad unterscheidet sich in den Modellen der Komplexitätsgrad. Dabei ist festzustellen, dass das *Content Model* besonders umfassend ansetzt, was sich allerdings unmittelbar in der Anzahl der Items widerspiegelt und sich damit in der Bearbeitungsdauer niederschlagen dürfte.

Sowohl beim DIK-2 als auch beim O*NET werden eine Reihe von personbezogenen Kontextfaktoren (u.a. beim DIK-2 Items wie Impulsivität, Selbstvertrauen und Soziale Integrität oder die Kategorie Arbeitswerte und -interessen beim O*NET) aufgegriffen, die bei den anderen Modellen und insbesondere den Leitfäden der BA und des VDR „fehlen“. Auch hier stellt sich die Frage, inwieweit diese „notwendig“ sind.

Grundsätzlich müssen die Vorgaben in den Leitfäden praktikabel bleiben, umfassende Merkmalslisten wie beim DIK-2 oder O*NET scheinen den herkömmlichen Rahmen zu sprengen. Andererseits ist zu beachten, dass sich in den vergangenen Jahren die Erkenntnis und das Verständnis über relevante Faktoren für die Teilhabe am Arbeitsleben gewandelt haben. Die bisherigen Leitfäden sind noch gekennzeichnet durch die Annahme, dass insbesondere die Arbeitsschwere im Sinne einer körperlichen, kardio-pulmonalen Belastung zentrale Bedeutung besitzt. Vor dem Hintergrund der aktuellen Zahlen über die Ursachen von Erwerbsminderungen bedarf es einer zunehmenden Beachtung psychischer Kriterien. So dass es in jedem Falle erforderlich erscheint, die Merkmalkomplexe, die bei der Begutachtung berücksichtigt werden sollten, zu erweitern. Über den Differenzierungsgrad muss im Weiteren entschieden werden, dabei dürfen die für die Begutachtung zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen nicht unberücksichtigt bleiben. Die IMBA-Methode hat insofern einen besonders praktikablen Analyseansatz, da hier über die Haupt- bzw. Detailmerkmalsebene unterschiedliche Differenzierungsgrade ermöglicht werden (s. Kap. 4.5.7).

4.4.3 Krankheitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik in der Begutachtung

Dieses Kapitel widmet sich den Funktionen der Krankheitsdiagnose und Leistungsdiagnose in der Begutachtung. Die Ausführungen basieren auf folgenden Überlegungen:

Vor dem Hintergrund des ICF-Ansatzes, der explizit eine umfassende Sichtweise und die Bedeutung der Aktivitäts- und Partizipationsdimension hervorhebt, wird der Stellenwert der Leistungsdiagnostik unterstrichen.

Weiterhin wird der Stellenwert der Leistungsdiagnose zunehmend aus juristischer Sicht hervorgehoben, weil bei den meisten Gutachten eine finale Betrachtungsweise erforderlich ist (s. Kap. 4.4.3.2).

Dem gegenüber ist festzustellen, dass sich in vielen Gutachten oftmals nur wenige Hinweise finden, über welche Fähigkeiten der Betroffene verfügt. Während die Ergebnisse verschiedener Verfahren zur Krankheitsdiagnostik im Gutachten oftmals explizit dargestellt werden, finden sich weiterhin nur selten Hinweise auf die Anwendung und die Ergebnisse leistungsdiagnostischer Instrumente. Aussagen des Betroffenen über die Leistungsfähigkeit (Selbstbild/-konzept der Leistungsfähigkeit) werden zwar dokumentiert, aber oftmals nicht sehr detailliert.

Von verschiedenen Seiten wird daher insgesamt eine stärkere leistungsdiagnostische Orientierung der Gutachten gefordert¹³³. Aber der Diskussion über Stellenwert von Krankheits- und Leistungsdiagnostik muss eine Analyse der Funktionen beider vorausgehen.

Das Kapitel widmet sich zunächst den begrifflichen Erläuterungen (Kap. 4.4.3.1) und geht anschließend auf die oben bereits angedeutete Bedeutung der Leistungsdiagnose vor dem Hintergrund der gesetzlichen Anforderungen ein (Kap. 4.4.3.2). Im Kapitel 4.4.3.4 werden die Funktionen der Krankheitsdiagnose skizziert. Abschließend werden die wichtigsten Charakteristika der Leistungsdiagnose für die Gutachten dargestellt (s. Kap. 4.4.3.3).

4.4.3.1 Begriffsbestimmungen

Zur begrifflichen Erläuterung empfiehlt sich der Rückgriff auf die ICF. Diese klassifiziert Aspekte der funktionalen Gesundheit auf den Ebenen der Funktionen und Strukturen des menschlichen Organismus, sowie der Aktivitäten einer Person und ihrer Teilhabe an Lebensbereichen. Als Leistung wird in der ICF die konkrete Lösung einer Aufgabe oder Ausführung einer Aktivität bezeichnet, d.h. der Begriff der Leistung (und Leistungsfähigkeit) wird auf der Aktivitäts- und Partizipationsdimension verwendet¹³⁴. Leistungsdiagnostik dient folglich der Erfassung des Aktivitäts- und Partizipationsbildes.

In Anlehnung an die Ausführungen zum Begriff der Leistungsfähigkeit in Kapitel 4.4.2.1 bezeichnet die **Leistungsdiagnostik** den komplexen Prozess, der alle Maßnahmen der Fremd- und Selbstbeurteilung, die zur Erfassung und Einschätzung von Leistungsfähigkeiten durchgeführt werden, umfasst. Leistungsdiagnostik ist ebenso wie Leistungsfähigkeit ein abstrakter Terminus. Die Zielvariablen der Leistungsdiagnostik sind gemäß den anforderungsspezifischen Zielkriterien und der hierzu definierten Merkmale auszuwählen (s.

¹³³ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten, Nr. 6, www.iqpr.de (Projekte)

IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten, Nr. 9, www.iqpr.de (Projekte).

¹³⁴ DIMDI (2002). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (Korrekturversion, Stand:24.09.2002). Zugriff am 11. September 2003 unter <http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html>.

hierzu die Ausführungen zum Begriff der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit in Kapitel 4.4.2 Leistungsfähigkeit)¹³⁵. Leistungsdiagnostik ist **ressourcenorientiert**.

Die **Krankheitsdiagnostik** umfasst alle Maßnahmen, durch die eine Krankheit erkannt werden kann. Sie beinhaltet primär die Feststellung von Funktions- und Strukturstörungen, die Erhebung des Beschwerdebildes des Patienten (vorrangig Schmerzen und Einschränkungen) und die Erfassung psycho-sozialer Beeinträchtigungen. Die Krankheitsdiagnostik ist **defizitorientiert** und entsprechend der Einteilung der ICF vornehmlich eindimensional, auf die Analyse von Funktionen und Strukturen, ausgerichtet.

4.4.3.2 Bedeutung der Leistungsdiagnose in Hinblick auf die gesetzlichen Anforderungen

Aus juristischer Sicht ist die Beschreibung des Leistungsbildes von zentraler Bedeutung für gutachterliche Fragestellung. Hierzu können folgende Gründe angeführt werden¹³⁶:

- Überall, wo es um Sozialleistungen wegen einer Behinderung geht, ist eine umfassende trägerübergreifende Prüfung und Begutachtung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe erforderlich (§ 8 Abs.1 SGB IX).
- Diese umfassende Begutachtung muss ein Leistungsbild zum Ziel haben, das die vorhandenen Fähigkeiten (nicht die Defizite) hervorhebt; denn in allen Bereichen der Leistungen zur Teilhabe, insbesondere bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, kommt es auf die aktuelle Leistungsfähigkeit an.
- Auch in den meisten anderen Bereichen des SGB fordert das Gesetz eine positive Beschreibung des Leistungsprofils.

Wie sich diese Forderung in den einzelnen Sozialgesetzen darstellt, wird im Folgenden kurz beschrieben:

Arbeitsförderungsrecht

Für den Bereich der Arbeitsförderung sieht § 6 SGB III vor, dass das Arbeitsamt die beruflichen Fähigkeiten und die Eignung des Arbeitslosen festzustellen hat.

§ 119 Abs. 3 Nr. 1 SGB III fordert als Voraussetzung für Arbeitslosigkeit im Sinne des Gesetzes, dass der Arbeitsuchende eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben kann.

Auch dort, wo es vordergründig um Defizite geht, wie bei der Frage, ob der Arbeitslose aus gesundheitlichen Gründen eine ihm angebotene Arbeit ablehnen durfte (wichtiger Grund i. S. v. § 144 SGB III), kommt es immer darauf an, ob der Arbeitslose die in der angebotenen Beschäftigung verlangten Leistungen tatsächlich erbringen kann.

Rentenversicherung

In der Rentenversicherung, die eng mit der Arbeitslosenversicherung verzahnt ist (siehe § 125 SGB III), kommt es auch auf die positive Feststellung der Leistungsfähigkeit an, wenngleich nicht so offenkundig.

Nach § 43 Abs. 3 SGB VI ist nicht erwerbsgemindert, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

¹³⁵ Nellesen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

¹³⁶ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten, Nr. 6, www.iqpr.de (Projekte).

Hierfür ist also der positive Umfang der Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Der Rentenanspruch hängt allerdings davon ab, dass der Versicherte „außerstande“ ist, eine bestimmte Zahl von Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein. Bei Prüfung der Voraussetzungen einer Teilerwerbsminderung nach § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI (außerstande, mindestens 6 Stunden zu arbeiten) reicht es aber nicht, einzelne Defizite aufzuzeigen, die eine mindestens 6-stündige Beschäftigung ausschließen; es muss auch positiv festgestellt werden, dass der Versicherte in der Lage ist, mindestens 3 Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

Schließlich kann aber selbst die negative Aussage, der Versicherte könne bestimmte Leistungen nicht erbringen, nicht allein an Defiziten orientiert werden; es ist darüber hinaus die Kompensationsfähigkeit zu prüfen, über die der Einzelne verfügt oder die er erwerben kann, sowie die Kompensationsfähigkeit durch externe Hilfen insbesondere diejenigen nach dem SGB. Es kommt auch auf das persönliche Arbeitskonzept, die innere Beziehung zum Arbeitsleben und die Arbeitsprognose an. Diese Faktoren können zu einem wesentlich anderen Bild und damit eben doch zu einem (eingeschränkten) positiven Leistungsprofil führen.

Pflegeversicherung

Nach § 14 SGB XI ist pflegebedürftig, wer wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

Grundlage einer solchen Feststellung kann nur der Umfang der Leistungsfähigkeit des Betroffenen sein; Defizite allein besagen nur wenig, weil die Leistungsfähigkeit auch von der Verarbeitung, Gewöhnung und Kompensationsfähigkeit des Einzelnen abhängt.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei der Prüfung, ob Sozialleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder Sozialleistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft zu erbringen sind, steht ebenfalls die Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Dies ist eindeutig, wo es um berufliche Bildung oder Einarbeitung geht, gilt aber letztlich auch im Übrigen. Hier muss Eignung und Neigung vorab festgestellt werden (§ 33 Abs. 4 SGB IX). Dort, wo es um Ausgleich von Defiziten am Arbeitsplatz geht, insbesondere bei schwerbehinderten Menschen, gilt dasselbe, was zur Pflegeversicherung gesagt wurde. Für die Erforderlichkeit von Hilfen reicht in der Regel nicht die Feststellung von Defiziten.

4.4.3.3 Funktionen der Krankheitsdiagnose

Es gehört, wie eingangs bereits angeführt, zu den Gepflogenheiten von Gutachtern und Gerichten, der Feststellung von Leistungseinschränkungen die Diagnosen voranzustellen.

Die starke Gewichtung des Funktions- und Strukturbildes im Rahmen des Gutachtens begründet sich zum einen aus der **Tradition ärztlichen Handelns**, wo die Krankheitsdiagnostik in der Praxis dominiert und zum anderen in dem verhältnismäßig **geringen Erfahrungsschatz im Bereich der Leistungsdiagnostik** (Aktivitäts- und Partizipationsdiagnostik).

Die Krankheitsdiagnose hat auch für die Leistungsdiagnose zentrale Funktionen, die ihren Stellenwert in Gutachten begründen; diese stellen sich wie folgt dar:

- 1) Orientierungswert hinsichtlich zu erwartenden Einschränkungen
- 2) Reflexion des vom Betroffenen subjektiv beschriebenen Leistungsbildes

- 3) Steuerungsfunktion für die Diagnostik
- 4) Basis für die Feststellung der Belastbarkeit
- 5) Basiselement für die Prognose und Einschätzung der Teilhabechancen
- 6) Basiselement für die Feststellung des Bedarfs an Prävention/Rehabilitation

Zu 1) Orientierungswert hinsichtlich zu erwartenden Einschränkungen

Da jede Diagnose mit Einschränkungsmustern verbunden ist, liefert die Diagnose ein grobes Bild über die zu erwartende Art von Funktionsstörungen und möglichen Leistungs- und Partizipationseinschränkungen. Der „Erwartungswert“ resultiert aus den Erfahrungen, des Gutachters und dem allgemeinen Expertenwissen über Auswirkungen von bestimmten Krankheiten auf das Leistungsbild¹³⁷. Wichtig ist dabei allerdings, dass damit nur ein Rahmen gezeichnet wird. Ein Rückschluss von den Funktionsstörungen auf das Leistungs- und Partizipationsbild ist oftmals nicht oder nur eingeschränkt möglich, eine Analyse dieses muss i.d.R. separat erfolgen. D.h., es muss eine individuelle Prüfung der Leistungsfähigkeit durch leistungsdiagnostische Überlegungen und/oder Verfahren ergänzt werden, denn der durch Diagnosen vorgezeichnete Erwartungswert bzgl. der Leistungseinschränkungen ist nur ein **Orientierungswert**. Darüber hinaus wird die ausschließlich von Funktionseinschränkungen ausgehende Betrachtungsweise dem Prinzip der Ressourcenorientierung nicht gerecht.

Zu 2) Reflexion des vom Betroffenen subjektiv beschriebenen Leistungsbildes

Unmittelbare Aussagen über das Leistungsbild liegen oftmals nur aus der Sicht des Betroffenen vor. Leistungstests werden im Rahmen der Begutachtung i.d.R. nicht durchgeführt. Die Selbstaussagen des Versicherten können auf Grund seiner Motivationslage (Antragssteller) verzerrt sein. Folglich ist der Gutachter skeptisch, ob und inwieweit die Selbstdarstellungen des Betroffenen zutreffend sind. Vor dem Hintergrund der Krankheitsdiagnose und dem damit verbundenen „Erwartungswert“ über Leistungseinschränkungen ist es dem Gutachter möglich, die Aussagen des Betroffenen zu reflektieren. Durch die Krankheitsdiagnose werden die Selbstaussagen des Betroffenen nachvollziehbar bzw. sie erscheinen fragwürdig.

Zu 3) Steuerungsfunktion für die weitere Diagnostik

Die Krankheitsdiagnose hat weiterhin eine Steuerungsfunktion für die weitere diagnostische Vorgehensweise im Begutachtungsprozess. Da mit der Krankheitsdiagnose bestimmte Leistungseinschränkungen erwartet werden (s. Punkt 1), steuert die Krankheitsdiagnose das leistungsdiagnostische Vorgehen. Meist reduziert sich dies auf die anamnestische Befragung des Patienten, z.B. werden vor dem Hintergrund einer spezifischen Krankheitsdiagnose vom Gutachter spezifische Fragen an den Betroffenen gestellt. Z.B. über die Einschränkungen bei bestimmten Aktivitäten. Dieses Vorgehen ist durchaus – auch unter ökonomischen Aspekten – sinnvoll. Allerdings ist zu beachten, dass oftmals nicht alle tatsächlich vorliegenden Diagnosen bereits zum Gutachtenzeitpunkt in den Patientenakten beschrieben werden. Ein Beispiel aus der Praxis zeigt: Ein betroffener Rentenantragsteller schätzte seine Kniearthrose als nicht erwähnenswert, alterstypischen Degenerationsprozess ein und wurde deshalb damit beim Arzt nicht vorstellig. Folglich tauchte diese Diagnose auch im Gutachten nicht auf, stellte sich aber im weiteren Verlauf als ausschlaggebend für die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit ein.

¹³⁷ s. auch Überlegungen von Tittor & Lux zur Integration von Expertenwissen zur Standardisierung der gutachterlichen Tätigkeit in Tittor, W. & Lux, A. (2000). *Überlegungen zur Standardisierung des leistungsdiagnostischen Vorgehens in der Rehabilitationsmedizin*. Rehabilitation 39, 77-83.

Zu 4) Basis für die Feststellung der Belastbarkeit

Die Krankheitsdiagnose ist weiterhin im Zusammenhang mit der Festlegung der Belastbarkeit wichtig. Es ist durchaus möglich, dass eine Person noch leistungsfähig ist und selber keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in spezifischen Bereichen schildert, aber vor dem Hintergrund der Krankheitsdiagnose ist es erforderlich, diese Leistungsfähigkeit zu begrenzen, damit die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung reduziert wird.

Zu 5) Basiselement für die Prognose und Einschätzung der Teilhabechancen

Für die Prognostik und die Einschätzung der Teilhabechancen (s. auch Kap. 4.4.4) stellt die Krankheitsdiagnose und -prognose ein Basiselement dar. So ist es leicht nachvollziehbar, dass Diagnosen, die einen progredienten Verlauf erwarten lassen oder aber schubförmige Ausbrüche, unmittelbar auf die Gesamtprognose Einfluss nehmen.

Dies wirkt sich insbesondere auch bei der Frage der angemessenen Zeit der Berentung aus.

Zu 6) Basiselement für die Feststellung des Bedarfs an Prävention/Rehabilitation

Letztlich nimmt die Krankheitsdiagnose für die Beurteilung des Bedarfs an Präventions- und Rehabilitationsleistungen eine wichtige Funktion ein, denn sowohl Präventions- als auch Reha-Maßnahmen können meist erst bei vorliegender Diagnose zielorientiert gestaltet werden.

Insgesamt ist der Krankheitsdiagnose ein hoher Stellenwert einzuräumen, jedoch darf bei den meisten Fragestellungen (s. Kap. 4.4.3.2) die Krankheitsdiagnose nicht den alleinigen Schwerpunkt darstellen – die Gutachten dürfen in der ausführlichen Beschreibung der Krankheitsdiagnose nicht verharren. Gemäß der in Kapitel 4.4.1 dargelegten Anforderungen ist für die Transparenz des Gutachtens die Beschreibung des Leistungsbildes relevant.

Wesentliche Charakteristika werden nachfolgend aufgeführt.

4.4.3.4 Charakteristika der Leistungsdiagnose in der Begutachtung

Die Leistungsdiagnose umfasst die Beschreibung des Leistungsbildes (Aktivitäts- und Partizipationsbildes) des Betroffenen. Dabei sind folgende Prinzipien (s. auch Kap. 3.1) zu beachten: Die Beschreibung des Leistungsbildes muss **umfassend, dialog-, personen-, individuum- und ressourcenorientiert** und **an der spezifischen Fragestellung des Gutachtauftrages ausgerichtet** sein.

Dazu können folgende Forderungen an die Leistungsdiagnostik und -diagnose gestellt werden:

- Anforderungsorientierte Beschreibung des Leistungsbildes
- Beschreibung der Kompensationsfähigkeit und des Kompensationspotenzials
- Beschreibung der Stressresistenz und Regenerationsfähigkeit
- Einbindung der Selbsteinschätzung

Anforderungsorientierte Beschreibung des Leistungsbildes (Leistungsprofil)

Es ist erforderlich, dass das Leistungsbild gemäß der zu Grunde liegenden Fragestellung und dem entsprechendem Anforderungskontext hinsichtlich adäquater Merkmale (**Leistungsprofil**) beschrieben wird. Hier ergeben sich je nach Sozialgesetzbuch (s.

Kap. 4.4.3.2) unterschiedliche Schwerpunkte: Im Bereich der Pflegeversicherung sind es die Anforderungen im Alltag, bei den anderen oben dargestellten Sozialleistungen steht der Anforderungsbereich „Arbeitswelt“, die sog. arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Das heißt, bei Fragestellungen der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit muss im Gutachten auf die Fähigkeit des Betroffenen, arbeitsrelevanten Merkmalen zu entsprechen/genügen, Bezug genommen werden (vgl. auch Kap. 4.4.2).

Gemäß der Forderung einer umfassenden, trägerübergreifenden, abgestimmten und nutzbaren Beschreibung, darf sich jedoch die Beschreibung des Leistungsbildes nicht ausschließlich auf die trägerspezifische Fragestellung ausrichten. Bzgl. der Empfehlungen für die trägerübergreifende Begutachtung siehe Materialsammlung - VIII.

Beschreibung der Kompensationsfähigkeit und des Kompensationspotenzials

Die Kompensationsfähigkeit stellt die Fähigkeit dar, körpereigene oder körperfremde Kompensationsmechanismen und/oder Hilfen einzusetzen. Sie wird durch den Einsatz personeller Ressourcen und/oder durch die Nutzung externer Ressourcen gefördert. Neben dem aktuellen Stand der Kompensationsfähigkeit ist das Kompensationspotenzial von Bedeutung. Darunter ist die Kompensationsfähigkeit bei optimaler Ausschöpfung von personellen und externen Ressourcen zu verstehen¹³⁸. Hier sind entsprechend die personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren zu berücksichtigen.

Die Darstellung von Kompensationsfähigkeit und -potenzial ist maßgeblich für die Entscheidung über Leistungen zur Teilhabe, die dazu dienen, Kompensationsfähigkeit zu schaffen, zu fördern und/oder das Kompensationspotenzial auszuschöpfen.

Beschreibung der Stressresistenz und Regenerationsfähigkeit

In den bisherigen Ausführungen wurde Leistungsfähigkeit primär als die Fähigkeit verstanden, eine Leistung zu erbringen (eine Aufgabe zu lösen, eine Aktivität durchzuführen). Neben den aufgabenspezifischen Könnensmustern schließt Leistungsfähigkeit auch Stressresistenz und Regenerationsfähigkeit ein. Denn Leistungsfähigkeit ist nicht nur gekennzeichnet durch die Fähigkeit Leistung zu erbringen, sondern weiterhin durch die Fähigkeit, diese unter verschiedenen auch extremen Bedingungen erreichen (Stressresistenz) sowie sich davon erholen zu können (Regenerationsfähigkeit).

Regenerationsfähigkeit und Stressresistenz sind somit implizierte Kategorien der Leistungsfähigkeit und sie sind insbesondere von Bedeutung, wenn die Leistungsfähigkeit bzgl. einer Aktivität über einen längeren Zeitraum beurteilt wird, ebenso wenn Leistungen regelmäßig durchgeführt werden müssen (z.B. Erwerbsfähigkeit, s. auch Kap. 6.2).

Einbindung der Selbsteinschätzung

Im Sinne der Personenorientierung, aber auch, da bekannter Weise das Selbstkonzept entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung hat, sollte die Selbsteinschätzung bzgl. des Leistungsbildes in dem Gutachten aufgegriffen werden. Das Selbstbild ist auch bei der Entscheidung über und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe grundlegend weiterhin kann sich der Bedarf einer zusätzlichen psychosomatischen Begutachtung bei Diskrepanz von Fremd- und Selbsteinschätzung ergeben¹³⁹. Die Erfassung der Selbsteinschätzung schließt die Beschreibung der personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren ebenfalls ein.

¹³⁸ Nellesen, G. (2002), s.o.

¹³⁹ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten, Nr. 4, www.iqpr.de (Projekte).

4.4.4 Einschätzung von Chancen und Risiken der Teilhabe am Arbeitsleben des Betroffenen in der Begutachtung

Neben der Feststellung des Ist-Zustandes ist die Einschätzung von Chancen und Risiken der Teilhabe des Betroffenen eine zentrale Aufgabe in der Begutachtung. Dies schließt Überlegungen ein, durch Interventionsmaßnahmen die Wiederherstellung der Teilhabe zu erreichen. In diesem Zusammenhang wird oftmals der Begriff der Prognose und Rehabilitationsprognose (s. Kap. 4.4) verwendet.

Dieses Kapitel ist insgesamt dem prospektiven Anteil der Begutachtung vorbehalten. Dabei wird sowohl auf die Begriffe Prognose und Rehabilitationsprognose eingegangen, sowie der umfassendere und dem Ansinnen des SGB IX entsprechende Begriff der **Teilhabechancen und -risiken** erläutert. Im Rahmen der prospektiven Betrachtung ist ein fließender Übergang von der Begutachtung in eine Beratung festzustellen, wobei hier zu klären ist, ob die Voraussetzung für eine Beratung (s. auch Kap. 3.2.2) erfüllt sind, welche Beratung der Gutachter übernehmen kann bzw. welchen Beratungsbedarf er dokumentiert.

4.4.4.1 Prospektive Betrachtungen – Prognosen, Chancen und Risiken

Für die Beschreibung des weiteren Verlaufs wird häufig der Begriff der Prognose verwendet. Eine Prognose (forecast, griechisch prognosis "das Vorherwissen") bezeichnet allgemein die wissenschaftlich begründete Voraussage von zukünftigen Zuständen, Ereignissen, Entwicklungen oder Verhalten (s. auch Kap. 4.2). Synonym werden im alltäglichen Sprachgebrauch die Begriffe der Vorhersage, Voraussage, Vorausbestimmung oder Prophezeiung verwandt. Prognostische Aussagen über die Zukunft basieren auf Informationen der Gegenwart und der Vergangenheit. Im klinischen Bereich wird die Vorhersage über den wahrscheinlichen Verlauf und Ausgang einer Krankheit als Krankheitsprognose bezeichnet. Darüber hinaus wird Stellung bezogen zur Leistungsprognose, z.B. in Hinblick auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit¹⁴⁰.

Die Veränderung eines zu prognostizierenden Kriteriums kann von verschiedenen Prädiktoren und Moderatorvariablen bedingt werden. Prädiktoren sind Sachverhalte und Ereignisse, die Einfluss auf das Kriterium nehmen und zur Vorhersage herangezogen werden (s. Kap. 4.2.3). Als Moderatorvariablen werden dabei zusätzliche Einflussfaktoren bezeichnet, die eine korrelative Beziehung zwischen Merkmalsgrößen verändern (moderieren)¹⁴¹.

Basis einer Prognose:

Prognosen sollen wissenschaftlich begründet sein, sprich sie sollen auf wissenschaftlichen Kriterien basieren. Hierzu zählen diagnostisch erhobene Daten und Informationen über Entwicklungen bei vergleichbaren Voraussetzungen.

Weiterhin wird eingeräumt, dass die Erstellung einer Prognose auf Erfahrungen des Untersuchers basieren.

Für die Erstellung einer Prognose sind folgende allgemein Faktoren einzubeziehen:

- Veränderungen der vorherzusagenden Merkmale,
- Anzahl der Prädiktoren, die zu berücksichtigen sind,

¹⁴⁰ Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2000). *Leitfaden für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung*. Nürnberg.

¹⁴¹ Kühn, R. (1995). *Gruppendiagnostik*. In: R.S. Jägermann & F. Petermann (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik*. (S. 216-221). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

- Verfügbarkeit der Prädiktoren zum Prognosezeitpunkt,
- Veränderungen der Prädiktoren sowie
- Einfluss und Veränderungen der Moderatorvariablen¹⁴²

Grenzen einer Prognose

Es wird davon ausgegangen, dass mit Zunahme des Prognosezeitraums die Genauigkeit und Zuverlässigkeit der Prognose abnimmt¹⁴³.

Ferner sind quantitative Prognosen, bei denen numerischen Angaben zu Niveauveränderungen erfolgen, schwieriger als qualitative Prognosen, bei denen nur Richtungsänderungen aufgezeigt werden.

Weiterhin ist zu beachten, dass die reale Entwicklung zum Teil sogar beträchtlich von den empirisch ermittelten "Durchschnittsentwicklungen" abweichen kann. Prognosen berücksichtigen nicht interindividuelle Unterschiede und werden von daher nicht dem Prinzip der Individualisierung gerecht.

Chancen und Risiken einschätzen anstatt Prognosen erstellen!

Der Begriff der Prognose beinhaltet die Vorhersage zukünftiger Zustände, Ereignisse, Entwicklungen oder Verhalten, suggeriert aber häufig, dass diese nicht mehr bzw. unmittelbar beeinflusst werden können. Dabei ist bekannt, dass bereits die bloße Bekanntgabe einer Prognose ihre Auftretenswahrscheinlichkeiten deutlich verändern kann, so z.B. bei Wahlprognosen. Ferner beschreibt das Phänomen der self-fulfilling prophecy (Selbstprophezeiungen), wie sehr Prognosen die Entwicklungen beeinflussen. Hier wird deutlich, dass gerade bei zu erwartenden negativen Entwicklungstendenzen die Potenziale und Chancen aufgezeigt werden müssen.

Prognosen werden zudem **über** Zustände, Entwicklungen und in Bezug auf Personen **nicht mit** diesen erstellt. (Der Experte erstellt eine Prognose über die Entwicklung des Laien – keine Dialogorientierung.)

Im Sinne der in Kap. 2.1 dargelegten Prinzipien und des SGB IX, letztlich aber vor Allem im Sinne des Betroffenen, sollte die **Einschätzung von Chancen und Risiken** Ziel der prospektiven Betrachtung sein.

Dies sollte auch entsprechend sprachlich geprägt werden. Während der Begriff „Chance“ (frz. Chance = Glücksfall, Aussicht, Möglichkeit) für die günstigen Gelegenheiten, und Möglichkeiten steht, werden mit dem Begriff „Risiken“, die ungünstigen Faktoren der Entwicklung beschrieben.

Die Analyse von Chancen und Risiken erhebt nicht den Anspruch, den konkreten Entwicklungsverlauf punktuell zu beschreiben, sondern das Spektrum der Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Entwicklung ist nicht bereits vorbestimmt, sondern beeinflussbar. Der Betroffene besitzt Handlungsspielräume und es ist das Ziel, im sozialen Prozess und der dialogischen Analyse von Chancen und Risiken dem Betroffenen Wege zur Teilhabe darzulegen und vorzubereiten.

Um das Spektrum der Chancen und Risiken aufzeigen zu können, bedarf es einer Analyse der Einflussfaktoren (Prädiktoren und Moderatorvariablen, s.o.).

¹⁴² Nellessen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

¹⁴³ Rothschild, K. W. (1969). *Wirtschaftsprognose. Methoden und Probleme*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

4.4.4.2 Faktoren der Teilhabechancen und -risiken

Wie oben bereits dargelegt, sind bei der Betrachtungen der Entwicklungsmöglichkeiten, -grenzen und -risiken sowohl Veränderungen des betrachteten Kriteriums selbst (hier: der Teilhabe am Arbeitsleben), als auch die Veränderungen verschiedener prädiktiver und moderater Variablen einzubeziehen. Folgende Faktoren sollten im Rahmen der Begutachtung betrachtet werden:

Externale Einflussfaktoren:

- Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen innerbetrieblich oder auf dem Arbeitsmarkt (Meso-/Makroebene)
- Fördermöglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsplatz (z.B. aktuelle politische Aktionen wie „50.000 Jobs für Schwerbehinderte“)

Personale Einflussfaktoren:

- Zustand der Krankheit/Behinderung und der krankheitsbedingten Leistungsbegrenzung sowie deren bisherigen Entwicklungstendenzen
- Ist-Zustand der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit
- Kompensationsfähigkeit und Kompensationspotenzial
- Trainingszustand und -potenzial
- Aktuelle Teilhabe und Aktivitäten (allgemein und auf die Arbeit bezogen)
- subjektive Einschätzung des Ist-Zustandes und der Entwicklungschancen (respektive Krankheitsprognose und Kompensationsmöglichkeiten)
- personbezogene Faktoren und Umweltfaktoren (u.a. soziale und biographische Rahmenbedingungen, Leistungsmotivation und -bereitschaft, respektive Anspruchsniveau und Anstrengungsbereitschaft sowie das Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit, gesetzliche Grundlagen, Arbeitsplatzbedingungen)

Verschiedene Einflussfaktoren wurden bereits im Rahmen der Darstellung eines Prognosemodells zur Erwerbsminderung (s. Kap. 4.2) dargestellt. In Kapitel 4.5.4 wird das in der Entwicklung befindliche Instrument „Screening der Teilhabechancen (STA)“ vorgestellt. Da dort auf die spezifischen relevanten Faktoren eingegangen wird, sei an dieser Stelle auf dieses Kapitel verwiesen.

Bzgl. der Erhebung der subjektiven Seite bietet die Assessmentdatenbank (www.assessment-info.de, s. Kap. 4.5.1) verschiedene Instrumente an. Zudem sei verwiesen auf den in Kap. 4.5.5 vorgestellten Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzepts der Erwerbsfähigkeit.

Hinsichtlich der Dynamik der einzelnen Faktoren und deren Wechselwirkungen ist anzumerken, dass sowohl der aktuelle Zustand und die Entwicklungstendenzen der einzelnen Komponenten, Krankheit/Behinderung, Leistungsfähigkeit und Kompensationsfähigkeit, als auch die Wechselwirkungen und die Gesamtdynamik bei der Einschätzung von Chancen und Risiken einzubeziehen sind (s. Abb. 4.4-5). Krankheit bzw. Behinderung nehmen auf die Leistungsfähigkeit der betroffenen Person Einfluss; dabei sind jedoch die Kompensationsfähigkeiten zu berücksichtigen. Die Kompensationsfähigkeit stellt die Fähigkeit dar, körpereigene oder körperfremde Kompensationsmechanismen und/oder Hilfen einzusetzen. Sie wird durch den Einsatz personeller Ressourcen und/oder durch die Nutzung externer Ressourcen (z.B. technische Hilfen) gefördert.

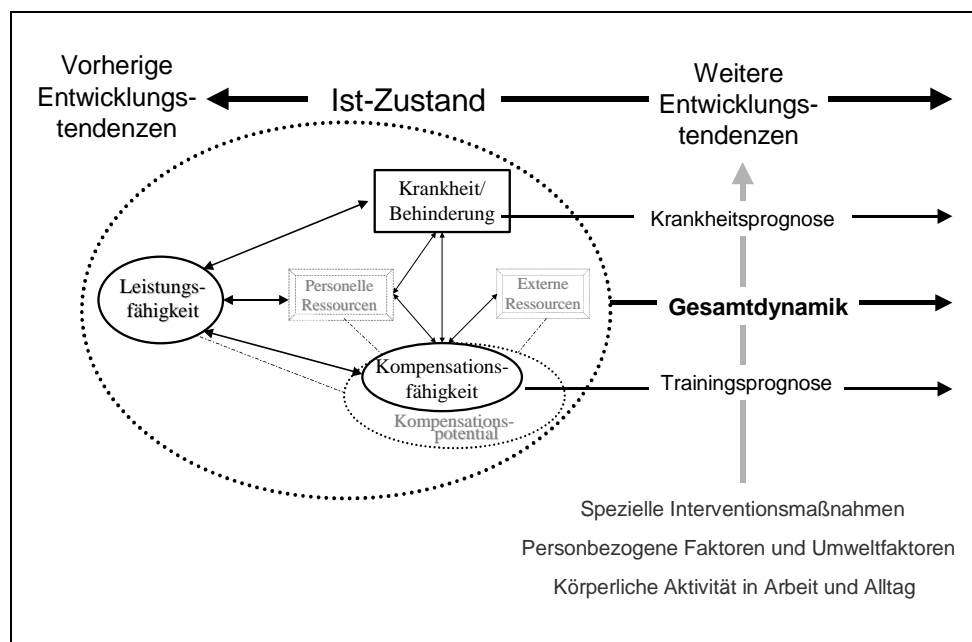


Abb. 4.4-5: Modell zur Einschätzung von Risiken und Chancen der Teilhabe bei Krankheit/Behinderung (mod. nach Nellessen 2002¹⁴⁴, 100)

Auch die krankheitsbedingte Leistungsbegrenzung (Belastbarkeit) sowie deren Entwicklungstendenz hat eine zentrale Bedeutung für die Gesamtentwicklung. Wichtig ist dabei, ob eine Leistungsbegrenzung nur vorübergehend notwendig ist oder eine stärkere Begrenzung in absehbarer Zeit erforderlich wird.

Keinesfalls darf lediglich auf der Basis der Krankheitsprognose die Einschätzung der Chancen und Risiken erfolgen. Nur in Ausnahmefällen wird es hinreichend sein, den Fokus auf diesen Einflussfaktor zu konzentrieren. Dies kann zutreffen, wenn dieser Einflussfaktor derart dominant bei der Entwicklung des Gesamtkomplexes ins Gewicht fällt, dass Veränderungen dieses Faktors in hohem Maße die Gesamtentwicklung widerspiegeln. Dies kann beispielsweise in extremen Krankheitsfällen zutreffen¹⁴⁵.

Bei der prognostischen Einschätzung des Entwicklungsspektrums sind die vorherigen Entwicklungstendenzen, die aktuellen und weiteren Aktivitäten in Arbeit und Alltag sowie der Effekt spezieller Interventionsmaßnahmen zu berücksichtigen.

Ferner beeinflussen individuelle personenbezogene Faktoren oder Umweltfaktoren (wie z.B. die Verfügbarkeit und Gestaltung von Arbeitsplätzen) die weitere Entwicklung.

Der Gesamtkomplex sollte ebenso aus der Sicht des Betroffenen beschrieben und eingeschätzt werden. Denn es wird davon ausgegangen, dass das Bild eines Individuums von sich selbst sein Verhalten wesentlich determiniert¹⁴⁶. Eine Person wird sich primär entsprechend ihrer Selbstwahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit und nicht der potentiell vorhandenen Leistungsfähigkeit verhalten. Die Selbsteinschätzung sollte dabei kognitive wie auch emotional-affektive Aspekte einschließen. Hierzu zählen die emotionale Krankheitsbewältigung, die Einschätzungen über den Einfluss der Krankheit auf die Leistungsfähigkeit oder über die Möglichkeit, durch das Training des Einsatzes externer und personeller Ressourcen eine Verbesserung des Zustandes hervorzurufen. Weiterhin ist die subjektive Einschätzung der Erfolgsaussichten einer Interventions-/

¹⁴⁴ Nellessen, G. (2002), s.o.

¹⁴⁵ Bochnik, H. J. (1987). *Der einzelne Patient und die Regel – ein Grundproblem der Medizin*. Med. Sach. 63, 5-11.

¹⁴⁶ Oliveti, M., Denier-Bont, F., Hallmark Itty, M. L. (1996). *Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach Susan Isernhagen*. Med. Mitteilungen Suva, Luzern 69, 15-30.

Rehabilitationsmaßnahme zu erfragen. Dabei ist der Vergleich der Interventions-Ergebnis-Erwartung zur Situations-Ergebnis-Ergebniserwartung bedeutsam¹⁴⁷.

Die Analyse erfolgt also insgesamt im Dialog mit dem Betroffenen.

4.4.4.3 Beratung über die Chancen und Risiken der Teilhabe

Es zeigt sich, dass der Begutachtungsprozess mit dem Auftrag einer Analyse der Chancen und Risiken, wie sie oben skizziert wurde, in einen Beratungsprozess mündet. Durch die gemeinsame Betrachtung des Entwicklungsspektrums, der Möglichkeiten und gegebenenfalls auch Hindernissen, ergibt sich in der Regel ein Beratungsbedarf und somit oftmals ein fließender Übergang zu einem Gespräch mit Beratungscharakter.

Inwieweit die Begutachtung zugleich Beratung ist und sein kann, ist zu diskutieren. Zu klären ist: Worüber kann der Gutachter den Betroffenen innerhalb der Begutachtung beraten, welcher Beratungsbedarf besteht weiterhin. Beide Aspekte sind entsprechend zu dokumentieren.

Welchen Beratungsbedarf der Gutachter unmittelbar in der Begutachtung erfüllen kann, hängt nicht nur von organisatorischen Aspekten, sondern insbesondere davon ab, ob die in Kapitel 3.2.2 dargelegten Voraussetzungen für eine Beratung überhaupt in der Begutachtungssituation erfüllt sind. Dies ist vom Gutachter zu prüfen, wobei folgende Leitfragen hilfreich sein können:

- Besteht das für eine Beratung erforderliche Wissensgefälle; d.h. hat der Gutachter ausreichende Fachkenntnisse, um z.B. eine adäquate Beratung zu beruflichen Reha-Maßnahmen durchzuführen.
- Liegen notwendige Information für eine personenorientierte Beratung.
- Zeigt der Betroffene in der Begutachtungssituation eine positive Einstellung zur Beratung; hat er Interesse an Hilfestellungen und Vorschlägen; zeigt er die Bereitschaft zu Veränderungen?

Gewinnt der Gutachter den Eindruck, dass diese Voraussetzungen für eine gelungene Beratung nicht gegeben sind, sollte das Gespräch nicht fortgesetzt werden; keinesfalls darf eine „Zwangsberatung“ erfolgen.

Der Gutachter sollte im Anschluss des Gesprächs dokumentieren, welche Beratung worüber stattgefunden hat, sowie welcher weitere Beratungsbedarf besteht. Bei Feststellung des Bedarfs ist mit dem Betroffenen gemeinsam zu klären, ob möglicherweise bereits im Vorfeld Beratungsgespräche stattgefunden haben (s. auch Kap. 3.1).

Festzuhalten ist: Begutachtung und Beratung sind miteinander verzahnt, stellen aber unterschiedliche Ansprüche und Voraussetzungen an die beteiligten Personen; was zu berücksichtigen ist.

4.4.4.4 Grund- und Leitsätze für die Akteure

- Die prospektive Betrachtung im Rahmen der Begutachtung kann nicht die exakte Vorhersage des Entwicklungsverlaufs beanspruchen, sondern widmet sich der Analyse des Entwicklungsspektrums, der Chancen und Risiken der Teilhabe.
- Diese Analyse muss im Dialog mit dem Betroffenen erfolgen. Die subjektive Sichtweise des Betroffenen ist in die Analyse einzubeziehen.
- Die prospektive Betrachtung sollte explizit Überlegungen zu Reha-Maßnahmen beinhalten, hilfreich ist dabei eine Gegenüberstellung von Situations-Ergebnis-

¹⁴⁷ Nellesen, G. (2002), s.o.

Erwartung und Interventions-Ergebnis-Erwartung, d.h. welches Ergebnis wird ohne bzw. mit Intervention erwartet. Auch hier sind Selbst- sowie Fremdeinschätzung gefragt.

- Dem sich mehr oder weniger zwangsläufig ergebenden Beratungsbedarf kann der Gutachter während der Begutachtung entsprechen, sofern die wesentlichen Voraussetzung für ein Beratungsgespräch erfüllt sind. Hierzu zählen die hinreichende fachliche Kompetenz des Gutachters, die positive Einstellung des Betroffenen zu einem Beratungsgespräch in der Begutachtungssituation, sowie das Vorhandensein der notwendigen Informationen für eine adäquate, personenorientierte Beratung.

4.4.5 Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung bei der beruflichen Rehabilitation

Mit dem weiterentwickelten SGB IX, der sich an der ICF orientierenden Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) für eine trägerübergreifende Begutachtung sowie den seit 1. April 2004 geltenden „Rehabilitations-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Anforderungen an die gutachterliche Einschätzung qualitativ und quantitativ erweitert worden. Deshalb rückt der trägerübergreifende Datentransfer neben den formalen Aspekten einer Gutachtenstruktur und der damit möglichen Datenkodierung in den Fokus der Aufmerksamkeit. Dies ist eine Herausforderung an alle Träger bzw. deren sozialmedizinische Dienste und den mit ihnen zusammen arbeitenden Zentren für Assessment.

Für eine Datensammlung dieser Art bedarf es Mindest-Standards. Dafür wird ein gestuftes Vorgehen bei der Begutachtung sowie modellhafte Ansätze vorgeschlagen. Ausgangspunkt sind Datensätze, die auf die ICF-Domänen abgestimmt sind, um eine Vergleichsmöglichkeit der heutzutage trägerspezifisch gestalteten Informationsstrukturen zu erhalten. So kann zugleich auch eine Basis für eine interinstitutionelle Qualitätssicherung (QS) aufgebaut werden. Zur ersten Stufe gehören Suchverfahren (Screenings). Diese beinhalten konvergierende Faktoren und korrespondierende Merkmale, um zu einer den ICF-Domänen entsprechenden Indexbildung zu gelangen. Diese „gebündelten“ Merkmalskategorien werden auf eine „qualitative“ Aussageebene zusammengeführt. Die sozialen oder funktionellen Zusammenhänge des Partizipationspotenzials werden komprimiert erfasst. Dazu dient der **IPI** (Integrations-Prognose-Index) und das **FAS**-Screening (Funktionelles Anpassungsspektrum) und für mental-motivationale Bereiche **KODI** (Kommunikationsdiagnostische Verhaltensanalyse).

Der Integrations-Prognose-Index (IPI) kommt aus der Projektpraxis. Neben dem sozialen Kontext finden auch funktionelle Aspekte der ICD-10 Klassifikation durch eine Zusammenführung mit dem dreistelligen ICF-a-Kode Berücksichtigung. Die im IPI enthaltenen soziogenetischen Aspekte erhalten durch das Funktionelle Anpassungsspektrum (FAS) – in Abstimmung auf ein darauf bezogenes Anforderungsprofil – eine zusätzliche ergo-physikalische Ausrichtung i.S. der ICF-Aktivitäten. Somit liegt ein ganzheitlich orientiertes dreiteiliges Screening (IPI; FAS; KODI) und damit die Möglichkeit einer Schweregradeinschätzung vor. Diese wird zudem von einer standardisierten Gesundheitsdokumentation mit Eckdaten u.a. zum Therapieplan ergänzt.

Das gutachterliche Vorgehen stützt sich auf die Anwendung von diesen Screening-Instrumenten. Eine Datenübertragbarkeit ist durch eine alpha-numerische Zuordnung mit PC-Kompatibilität jederzeit möglich. Ziel ist die Einschätzung des Reha-Potenzials und des individuellen Reha-Bedarfes.

Das gestufte gutachterliche Vorgehen wird durch einen „Lebenskalender“ mit entsprechenden Berufstätigkeit- und Gesundheitsdaten ergänzt. IPI und FAS-Ergebnisse (und ihr Summenscore) entscheiden über das Erfordernis einer persönlichen Untersuchung mit Erstellen des KODI (und eine ergänzende Schweregradskalierung). Mit den Einträgen in die Gesundheitsdokumentation ergeben sich Mindest-Standards bei der Bewertung des Partizipationspotenzials. Eine Erprobung ist bei entsprechenden Vorfelduntersuchungen zur Validität und Realibilität bereits erfolgt. Eine trägerübergreifende Begutachtung und einheitliche Standards lässt eine trägerübergreifende Kooperation und komplexe Intervention zu. Das zeigen sowohl Erfahrungen aus der Praxis, wie auch die theoretischen Ausarbeitungen der PRVE-Arbeit.

4.4.5.1 Die Rahmenbedingungen

Die Implementierung der ICF wird durch das BMGS, den VDR, die gesetzlichen Krankenkassen und die Mdk'en gefördert. Mit den „Rehabilitations-Richtlinien“ (A)¹⁴⁸, kommt erstmals auch eine veränderte Zugangsmöglichkeit zur Rehabilitation einerseits und das „Kontext“-Wissen und die Erfahrung des Hausarztes bei der Reha-Verordnung andererseits zum Tragen. Der „Hausarzt“ ist meist bestens mit den Alltäglichkeiten seines Klientels vertraut. Notwendig ist, dass auch ein Grundwissen über Reha-Möglichkeiten in die Fort- und Weiterbildung der Ärzte aufgenommen wird. Die BAR erstellte die „gemeinsame Empfehlung“ (B)¹⁴⁹ zur trägerübergreifenden Begutachtungsanleitung.

Beide Aktivitäten, die des Gemeinsamen Bundesausschusses und die der BAR, beziehen sich auf die ICF, wobei allerdings unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden, die auch für die hier vorgebrachten methodischen Ergänzungen von Bedeutung sind. Beide Vorlagen werden deshalb wegen ihrer speziellen „Philosophie“ gegenübergestellt. Die BAR-Vorlage gab Anlass für weiterführende Veröffentlichungen, die insbesondere auf die Bedeutung und Konkretisierung der ICF-Implementierungen und die Konsequenzen für die Begutachtung eingingen¹⁵⁰.

A Die „Rehabilitations-Richtlinien“ beziehen sich auf die hausärztliche Verordnung von medizinischen Reha-Maßnahmen. Damit ist eine wichtige Möglichkeit für den Reha-Zugang eröffnet worden. Für die Verordnungsbefähigung durch die Vertragsärzte der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) müssen diese erst über die KV-Landesakademien „qualifiziert“ werden, da die ICF noch keineswegs zum „Allgemeingut“ aller Ärzte geworden ist. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat in seinen Gutachten bis dato auf den ICF-Vorgänger mit seinem Krankheitsfolge-Modell (ICIDH-2) Bezug genommen. Ein „Curriculum“ zur „hausärztlichen Gutachterqualifizierung“ wurde entwickelt. Das ist der erste Einstieg in die „Verordnungsbefugnis“ gemäß ICF in Hinblick auf das SGB IX¹⁵¹.

Immer noch gibt es Wissens- und Erfahrungslücken in der beruflichen Rehabilitation, auf die der Teilhabebegriff von ICF und des SGB IX ausgerichtet sind. Übergreifend wird für den gesamten gutachterlichen Kontext das bio-psycho-soziale-Modell mit den ICF Domänen von Körperfunktion und -struktur, Aktivitäten, Teilhabe bzw. Partizipation und die Kontextfaktoren, die bei der Begutachtung einbezogen (s. insbes. in der BAR-Empfehlung).

Zu vermitteln ist Folgendes:

Dieses Gesamtbild des Funktions- und Behinderten-Begriffs birgt eine Fülle von Hinweisen für das gutachterliche Vorgehen. Es kann von Gesundheitsstörungen gem. ICD-10 mit Auswirkungen auf Struktur und Funktion oder vom Wechselspiel beider Ebenen wie auch von der Gesamtheit psycho-mentaler und ergo-physikalischer

¹⁴⁸ Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 63 (S. 6769) vom 31. März 2004 in Kraft getreten am 1. April 2004.

¹⁴⁹ BAR=Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation mit dem Entwurf „Gemeinsame Empfehlung“ v. 9.12.03.

¹⁵⁰ Seeger, W., Cibis, W. et al.: Trägerübergreifende Aspekte der Begutachtung nach dem SGB IX. Teil I, II und III in: Das Gesundheitswesen. (2003) 65: 603-611 ff; Teil III auch in Hinblick auf „Gesundheits-, sozial-, gesellschafts- und organisatorische Auswirkungen der Anwendung der ICF...“ (in Vorb.).

¹⁵¹ Hierzu existiert bereits über die Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern ein „Curriculum Rehabilitation“ seit 1996, das jedoch auf die neuen Erfordernisse für die BMGS-Richtlinien und die Übergangsbestimmungen überarbeitet werden müsste. Ein entsprechender Antrag wurde von einem Mitglied des wissenschaftl. IQPR-Beirats bereits an die ÄK Nordrhein gestellt (Prof. Jochheim v.13.04.04).

Aktivitäten und der Befähigungen oder Einschränkungen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausgegangen werden. Dabei ist die Bewertung unterstützender (Förderfaktoren der ICF) oder hemmender Barrieren im gegebenen Umfeld als Kontext mit Rückwirkungen auf die Lebensbereiche bzw. Gesundheitsprobleme deshalb bedeutsam, weil darüber wesentliche Anteile für eine nachhaltige Partizipation als intervenierende Variablen beim Reha-Bedarf bzw. für das Partizipationspotenzial einzubeziehen sind.

Die Reha-Richtlinien bedeuten eine nahezu bedingungslose „Reduktion“ des ICF-Konstruktes. Die gutachterliche Prozedur wird auch unter „ökonomischen“ Kriterien geradezu rigoros verkürzt.

So stellt der Vordruck für die Verordnung von Reha-Maßnahmen durch den Hausarzt die Kontextfaktoren bzw. die „Sozialanamnese“ voran. In der ICF-Gliederung stehen die Kontextfaktoren dagegen an letzter Stelle (in der BAR-Empfehlungsvorlage taucht die Sozialanamnese unter Punkt 4.3 auf, hier allerdings stärker differenziert). Im Unterschied zur ICF dominiert eine Art „screening“ zur Teilhabe unter nahezu ausschließlich „soziogenetischer“ Perspektive, weil auf die Unterstützungsfaktoren des Umfeldes vermehrt Akzente gesetzt werden (s. dazu B). In den „Rehabilitations-Richtlinien“ wird zwar auf die systematische Gliederung der ICF-„Domänen“ Bezug genommen; diese sind jedoch nicht in der Gliederungsstruktur des Verordnungsformulars wiederzufinden. Es besteht z.B. auch nur eine 4-fache Bewertungs-Skalierung.

Im Gegensatz zur ICF werden für die Partizipation und Aktivitäten keine Förderfaktoren für die Bewertung zur Verordnung in Betracht gezogen. Hingegen wird ausdrücklich auf den Barthel-Index als Mindestvoraussetzung für die Selbstversorgung und Mobilität verwiesen (die BAR-Vorlage verzichtet, gutachterlich verwendbare Bausteine bzw. Assessmentinstrumente zu benennen).

In einzelnen Punkten gehen die „Rehabilitations-Richtlinien“ über die ICF-Konzeption hinaus: Und zwar mit der vorrangigen Bewertung von im Kontext bzw. im Umfeld verfügbaren Förderfaktoren und mit der im Verordnungsvordruck bereits klar dargelegten dialogischen Einbeziehung des Betroffenen. Dieser wird hinsichtlich seiner eigenen Reha-Ziele ausdrücklich berücksichtigt. Es wird auf das gesundheitliche Kontinuum aus den Vorberichten verwiesen. Dieser Bezug auf die Krankheitsdiagnose (ICD-10) ist in jeder Begutachtung für die „Prognose“ unverzichtbar (die BAR-Vorlage sieht dies über den Funktionsbezug der Diagnosen vor).

Die „Rehabilitations-Richtlinien“ gehen von der ICF aus und benutzen diese als eine Art (reduziertes) screening, wobei die Kontextfaktoren der ICF in Hinsicht auf ein soziogenetisches Gesundheitsmodell erweitert werden (s. Waltz, 1981; Sigrist, 1996¹⁵²). Das wären auch aus Sicht der beruflichen Rehabilitation gutachterliche „Mindest-Bausteine“.

- B** Die BAR-Empfehlung ist dagegen vermehrt auf spezifisch sozialmedizinische gutachterliche Belange ausgerichtet. Sie ist deshalb sehr viel ausführlicher, nicht nur wegen der Hinweise auf die ICF-Kodes wie Körper-, Struktur- und Funktionsstörungen in der Anamnese. Gleiche Ausführlichkeit wird für die Berufs- und Arbeitsanamnese angestrebt. Es wird auf den Dialogbezug hingewiesen („Strukturierte Selbstauskunft“). Die BAR-Empfehlung setzt Akzente und legt Wert auf allgemeingültige Aussagen, betont dabei die ICF-Prämissen. Entscheidend sind auch scheinbare Unterasspekte, wie z.B. der überaus bedeutsame Hinweis auf „Funktionsdiagnosen“ (s.o.). Die Gliederung ist gleichzeitig Leitfaden für den gutachterlichen Prozess.

¹⁵² Waltz, E.M. (1981): Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit. In: B. Badura: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. (F/M) S. 40-119
Sigrist, J. 1995/1997.: Medizinische Soziologie. München, Wien ,Baltimore./Arbeit und Gesundheit. Göttingen.

Beide Vorlagen enthalten keine Ansätze für eine Datenvernetzung. Damit ist jeder wissenschaftlich-statistische und auch reha-epidemiologische Zugriff verwehrt. Eine kohortenspezifisch vergleichende Qualitätssicherung ist nicht möglich. „Behinderung“ beruht auf einem Prozessgeschehen (handicap creation process bei Fougeyrollas¹⁵³, s. BAR-Arbeitshilfen für die Rehabilitation seit 1985 1-12). Dieser Tatsache werden die reha-Richtlinien kaum gerecht.

Zusammenfassend liegt mit dem Verordnungsformular ein präziser und gutachterlich ökonomisch strukturierter Entwurf vor, der in der BAR-Empfehlung so nicht eingeplant ist. Diese (B) hebt vielmehr auf das Grundsätzliche und Allgemeine ab. Die Reha-Verordnung (A) macht sich ein gestuftes gutachterliches Vorgehen zu eigen (s.u.), das aus sozialmedizinisch gutachterlicher Sicht trägerübergreifend konsensfähig sein könnte.

Der BAR-Empfehlung gelingt die sinngemäße Einbindung der ICF-Konzeption in das Gesundheitssystem mit Ausblick auf Partizipation und die berufliche Rehabilitation. Der Vergleich von Anforderungen und Fähigkeiten (s. IMBA, Kap 4.5.7), der für die berufliche Rehabilitation und Berufsleben ein zentraler Ansatz ist, wurde von beiden (A und B) nicht ausreichend berücksichtigt. Auf Benennung von vorhandenen Instrumenten, Verfahren und Methoden wurde verzichtet, obwohl die ICF dazu geradezu herausfordert. Für eine spätere Evaluation und Qualitätssicherung kann sich das als hinderlich erweisen.

Die ICF und die ICD 10 bilden den gemeinsamen Nenner. Ein wesentlicher Schritt um sich dem komplexen Reha-Bedarf als Betroffener im Dialog zu nähern.

4.4.5.2 Vorgehen (methodische Hinweise zur gutachterlichen und partizipativen Effizienz)

4.4.5.2.1 Allgemeines, die Aktenlage und Screenings als Bausteine und Rationalisierungselemente bei der Begutachtung und für die Reha-Beratung

Ein sozialmedizinisches Gutachten ist wie ein „gutes Assessment“ keineswegs eine leere Dokumentations- oder Klassifikationshülle mit reinen oder „objektiven“ Bewertungskriterien zur Begründung eines Leistungsbezugs oder eine bereinigte Defizitbilanz der Anpassungskriterien. Vielmehr geht es um eine Verbesserung der Teilhabe behinderter sowie von Behinderung bedrohter Menschen. Es geht um Befähigungen, am täglichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben teilzunehmen.

A - Das Aktenstudium

Eine Begutachtung soll einem konkreten Muster mit einer prozessgesteuerten Vorgehensweise unter verfahrensökonomischen Gesichtspunkten folgen:

Es müssen ergänzende ICF-„adäquate“ Suchverfahren entwickelt werden, die ICD-10- und ICF-Indikationsbereiche bzw. deren Domänen oder „Kausalitäten“ erfassen. Mit einem Screening kann dann zielgerichtet und gutachterlich, ökonomisch, wissenschaftlich abgestützt, entweder bereits nach Aktenlage der Reha-Bedarf testiert werden oder es ist spezifisch zu untersuchen, um bei offenen Fragen weitere Assessments einzusetzen. Nur so

¹⁵³ Fougeyrollas, P. (1998) in: ICIDH and Environmental Factors International Network. Vol. 9, No. 2-3, P 40 (s. auch : Anthropological studies... Abstracts, Reg. Conf. Rehab. Internat., Atlanta, 10/93).

wird die gutachterliche Entscheidungsfindung zur Sachstandsermittlung transparent und nachvollziehbar. Verfahrens-Ökonomie und wissenschaftliche Abstützung müssen unter den Ganzheitlichkeitsprämissen der ICF gewährleistet sein. Das gilt sowohl beim „Gutachten nach Aktenlage“ als auch nach persönlicher Untersuchung und nach der Bewertung eines gezielt eingesetzten Assessments.

Das ökonomisch orientierte gutachterliche Vorgehen beginnt also bei den „Akten“. An dieser Stelle werden bereits die Screenings¹⁵⁴ anhand bestimmter Such-Kriterien eingesetzt. Dabei wird von einer komprimierten Erhebung ausgehend folgende Zielsetzung verfolgt:

- Verfahrensökonomisierung und Spezifizierung zur Herstellung von Nahtlosigkeit,
- eine frühzeitige, auf die beruflichen Aktivitäten bezogene, variable, mit dem Betroffenen abgestimmte, bedarfsgerechte Planung, u.a.

Jede Begutachtung und bewertende Betrachtung eines „Reha-Schicksals“ beginnt also bereits vor der Untersuchung unter dem Gesichtspunkt einer (trägerspezifischen) Fragestellung. Dabei wird über das screening ein gezieltes Vorgehen und eine erste prognostische Einschätzung abgestimmt, um den Dialog bzw. die Beratung mit dem Betroffenen zielgerichtet auf seine Partizipationschancen zu lenken (1. Screeningeingaben im IPI¹⁵⁵ nach Aktenlage, s. FILM-Projekt). Ausgehend vom kurativen Bereich wird eine standardisierte „Lebensbiographie“ als Überblick der kurativen und rehabilitativen Maßnahmen sowie der Fehltagen und AU-Zeiten in den letzten zwei Jahren zur Spezifizierung des IPI-„Screenings“ herangezogen, um möglicherweise bei der eigentlichen Anamneseerhebung anlässlich der persönlichen Untersuchung durch einen IPI-Interviewstandard ergänzt zu werden (Lebenskalender und „Mini-Sozialdata-Bogen“ als IPI-Anlage für eine standardisierte Sozialanamnese in der Materialsammlung – X u. XI).

Die vorausgehende(n) Diagnose(n) und deren Struktur- und Funktionsaspekte ermöglichen oft bereits nach Aktenlage zusammen mit AU- und Fehltagen eine Erstabschätzung zu den Funktionellen Anpassungskriterien (FAS) (s. Fußnote 159/160, und Materialsammlung - XI).

Es sind möglicherweise bereits vollzogene Maßnahmen im Bereich betrieblicher Prävention und Rehabilitation zu überblicken und abzuschätzen. Daraufhin kann eine Priorisierung für das weitere Vorgehen erfolgen. Man bekommt einen ersten Überblick zum aktuellen Reha-Bedarf und damit zur Reha-Planung, zusätzlich eine allerdings eingeschränkte Aussage zum Schweregrad.

4.4.5.2.2 Verfahrensökonomie durch indikationsbezogenes gutachterliches Vorgehen

B. Anamneseerhebung und Verhaltensbeobachtung:

Ist eine persönliche Untersuchung bei nicht klar nach Aktenlage ermittelbarem Reha-Bedarf erforderlich, werden durch gezielte Verhaltensanalysen auf kommunikationsdiagnostischer Grundlage zusätzliche Motivations- und Kommunikationsdaten gemäß KODI ermittelt. Der Summenscore dieser drei screenings (IPI; FAS; KODI) gibt eine Schweregradeinschätzung, die auf die 5-fache Skalierung der ICF angestimmt ist und zugleich die „kompensativen“ Felder als mögliche Förderfaktoren benennt. Der KODI kann besonders bei Mehrfachbehinderung kompensative Felder benennen, die u.a. für die Arbeit-Assistenz bedeutsam sind (s. Materialsammlung - II). Er bietet bereits erste Beobachtungs- und Einschätzungskriterien zur Körperhaltung und -bewegung.

¹⁵⁴ Suchverfahren dieser Art wurden mit dem EAM-Verfahren als IMBA-Vorläufer kontinuierlich von IQPR-Leitung und Mitarbeitern weiter entwickelt; s. Kronauer, D., H.-M. Schian: Das EAM-System. Die Rehabilitation 30 (1991) 14-17. Greve, J.: Reha-diagnostische Verfahren. Die Rehabilitation 33, 3 (1994) 137-146; Der Integrations.Prognose-Index (IPI). Verfahren. Die Rehabilitation 4, 37 (1998), Bl. 16 XLI-LII; Greve, J., H.-M. Schian, K.-A. Jochheim, G. Kluge: Dimensions of Quality Assurance in Vocational Rehabilitation (IPI; FAS; KODI; structures of therapy). (ERC-Aachen, 11/02) in: Proceedings Launching the EYPD 2003 (CD): S. 273-279.

¹⁵⁵ Eine IQPR-spezifische Weiterentwicklung zum IPI ist die beigefügte „Lebensbiographie“.

C. Klinischer Gesamtstatus:

Das gutacherlich-ärztliche Vorgehen ist unter beruflich rehabilitativen Aspekten als neuro-orthopädisch-funktionell orientiert anzusehen: Neben dem Vorgehen nach Neutraler-0-Methode stehen die Alltagsfunktionen z.B. beim Aus- und Ankleiden im Vordergrund (s.o. FIM), neben „Händedruck“ der „Gesamteindruck“; eine „Klavierübung“ für die Fingerfertigkeit „vor und zurück“ (beim KODI ist eine Art Handschriften-Test zum Überprüfen der Feinmotorik u.a. vorgesehen¹⁵⁶).

Bei gezielten Prüfaufgaben ist ebenfalls ein funktionsorientiertes, beobachtendes Vorgehen angezeigt. Wegen der komplex-polymodalen neuronal integrierenden Nerventätigkeit haben neuro-funktionelle bimodal orientierte Prüfaufgaben mit Auswirkungen auf orthopädische Funktionen bzw. alternierende Bewegungsabläufe eine höhere qualitative und quantitative Aussagekraft, z.B. für Kriterien der Körperhaltung und Ausgleichs-Bewegungssymmetrie. Das zeigt sich beim Blindgang über eine Stufe, beim Fuß-vor-Fuß-Gehen mit geschlossenen Augen, Blindgang über 6 m, Unterberger Tretversuch, Gleichgewichts- und Zeigeprüfungen (Narben, Reflexstatus und mögliche Sensibilitätsstörungen sind auf einem „Dermatom-Schema“ dokumentiert).

Für die „leistungsdiagnostische“ Beurteilung sind auch Konditions- und „Fitness“-Fragen beim „flotten“ Treppensteigen über 20 Stufen „hoch und wieder runter“ gefragt. Zur Fitnessbeurteilung und Befähigungsorientierung dient der geschilderte Ablauf, ergänzt durch Prüfaufgaben.

D. Beruflich rehabilitative Aspekte und deren Schnittpunkte zur Sozialmedizin:

Für den Gutacher ist es notwendig und teilweise für die auf die Fragestellung bezogene Sachstandsermittlung entscheidend, das tätigkeitsrelevante Leistungsspektrum zu überblicken und zu bewerten (einschl. „Stress-Resistenz“), um daraus sowohl Hinweise auf zusätzlichen Reha-Bedarf zu erlangen und/oder zur AU bzw. zum tatsächlichen Umfang einer Leistungsminderung sachgerecht Stellung zu beziehen. Diese sachstandsgerechte Orientierung zu den „Leistungsdimensionen“ des tätigkeitsbezogenen Anpassungsspektrums ist nur und ausschließlich über einen Profilvergleich von tätigkeitsbezogenen Fähigkeiten und Anforderungen zu gewinnen und nur unter dieser Prämisse macht eine sog. Leistungsdiagnostik Sinn (fortlaufende Veröffentlichungen¹⁵⁷). Dafür ist aus verfahrensökonomischen Gründen ein FAS(AP)-Miniset in Entwicklung, um als Übersicht zur gezielten IMBA-Anwendung die besonders „kritischen“ Prüf-Untermerkmale festzulegen.

4.4.5.2.3 „Objektivierende“ Assessments unter verfahrensökonomischen Gesichtspunkten

Komplette Assessments sind gutacherlich erst bei speziellen Fragestellungen zu „objektivierbaren“ Leistungs- bzw. Stress-Anpassungsdaten notwendig. Ihre gezielte Modalauswahl erfolgt indikationsspezifisch mit einem arbeitsplatzbezogenen oder computergestützten Profilvergleich. Ein Profilvergleich von Anforderungen und Fähigkeiten entweder als Screening oder komplettiert und computergestützt ist für die abgewogene,

¹⁵⁶ Letztere kann aber nur bei einer Exploration in Gegenwart des Probanden zur Motivations- und Verhaltens-Analyse erstellt werden, um gegebenenfalls bei grenzwertiger Einschätzung eine spezifizierte IQ-Bewertung (gem. MFWT bzw. MMT, also Mehrfach-Wort-Wahl-Test oder Mini-Mental-Test) oder notfalls mit dem kompletten MELBA-setting durchzuführen.

¹⁵⁷ s. Kronauer, D., H.-M. Schian: Das EAM-System. Die Rehabilitation 30 (1991) 14-17. Dafür dient jetzt bei IMBA der computergestützte Profilvergleich von Anforderungen und Fähigkeiten wie bei der ERGOS-Arbeitssimulation; hier aber als gemittelter Wert über analoge Tätigkeiten, bei IMBA wird sich dagegen direkt auf das aktuelle bzw. letzte Tätigkeitsfeld bezogen.

nachvollziehbare Leistungseinschätzung und die nachhaltige berufliche Partizipation Vorbedingung. Für diese Einschätzung ist die strikte Verbindung von medizinischer Diagnose (ICD-10) und ICF (bf/s-Kode) ausschlaggebend (das beinhaltet der überaus wichtige Hinweis auf Funktionsdiagnosen in der BAR-Empfehlung). Danach richtet sich die spezielle Assessment-Auswahl. Es gibt eine operationale Verkettung mit den vorangehenden „screenings“ und den ergänzenden „objektiven“ Erhebungsinstrumentarien. Erst nach Aktenlage mit einer Datenvorsichtung wird gezielt und merkmalspezifisch mit Verfahren zur weiteren Identifizierung und Abstimmung von Maßnahmen, vertiefenden Prognose-Einschätzung unter Einbeziehen möglicher Hilfen vorgegangen. Dieses von den Screenings ausgehende, gestufte Vorgehen wird aus Kosten- und Dokumentationseffizienz eingehalten und dokumentiert (s. auch Kap. 4.4 - 4.4.3).

4.4.5.3 Das funktionsdiagnostische¹⁵⁸ Spektrum und das Partizipationspotenzial

Mit diesen Ergebnissen kann der Gutachter nun ermessen, welche Diagnose und welches Leistungsbild für das Partizipationsspektrum im Reha-Plan, Hilfen-Bedarf und bei Schweregradabwägung entsprechend gewürdigt werden soll.

Das Partizipationspotenzial setzt sich aus Funktions- und Unterstützungsfaktoren zusammen und korreliert nur bedingt mit dem „Schweregrad“, da dieser wie im Arbeits-Assistenz-Modell häufig auszugleichen ist. Aus dem Partizipationspotenzial wird ein fakultativer Integrationsaspekt deutlich, der selektiven Tendenzen entgegen steht. Diese Prozessdynamik zwischen „Defizit und dessen Ausgleichbarkeit“ ist gutachterlich festzustellen.

Aussagen zum Partizipationspotenzial werden aus der Umsetzbarkeit von Hilfen bei funktionsdiagnostisch zu ermittelnden Beeinträchtigungen (als gutachterlich dargestellter Sachstand) getroffen. Der medizinisch tradierte Begriff „Prognose“ als fakultative Effizienzgraduierung bedarf einer dynamisierten Erweiterung. Dafür dienen die ICF-Domänen als Messlatte. Es müssen die Risiken und Chancen für die Zukunft der Betroffenen eingeschätzt werden (vgl. Kap. 4.4.4).

4.4.5.4 Kooperationsmodelle und Selbstbestimmtheit

Eine trägerübergreifende Kooperation zugunsten des Betroffenen steht kaum in Aussicht, wenn es bezüglich des „Handwerkszeugs“ aus gutachterlicher Sicht keinen Konsens gibt. Doch hier könnten IQPR-Projekte (PRVE und folgende), die sich teilweise bereits in der Praxis bewährt haben, Vorreiter sein. Erst dann kann enkodiert, komprimiert und koordiniert ein Datenfluss erfolgen, den der Betroffene, weil strukturiert, selber gezielt eingrenzen bzw. festlegen kann. Eine solche selbstbestimmte Transparenz eröffnet Teilhabechancen im Arbeitsleben.

Gutachterliche trägerübergreifende Empfehlungen bedürfen zur Umsetzung für den Betroffenen eines trägerübergreifenden Case-Managements. Das ist nur möglich, wenn dafür eine trägerübergreifende Anlaufstelle, wie z.B. ein noch zu schaffendes interdisziplinär besetztes „Assessmentcenter“ mit einem erfahrenen Case-Manager vorhanden ist (wie in den Niederlanden üblich und im IQPR-FILM-Forschungsdesign verwirklicht). Hier wären auch Datenerhebung und Evaluation einzusetzen und eine Qualitätssicherung anzukoppeln.

¹⁵⁸ S. BAR-Empfehlung S. 11.

4.4.5.5 Chancen, Visionen

Das hier vorgestellte gestufte Vorgehen dient nicht nur zur Verfahrensökonomisierung, sondern ist die Voraussetzung für eine Datenkomprimierung zum notwendigen Transfer bei Vernetzung in und bei der Rehabilitation. Es dient der gezielten Kooperation mit dem Arbeitsmedizinischen Dienst der Betriebe (AMD), den Integrationsämtern, der Bundesagentur für Arbeit, der Landesversicherungsanstalten (LVA) und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) unter Erprobung mit dem Einsatz fallbezogener Maßnahmen, die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu sichern. Es ist sowohl für den Bereich der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften als Kostenträger wie auch für die Rentenversicherer kongruent.

Die Dateneingaben sind so zu konzipieren, dass sie jederzeit einschließlich Bewertungsscores sowohl für einen „Schweregrad“ als auch für einen Partizipations-Hilfe-Bedarfs PC-gestützt bewertet werden können. Auch für Budgetkostenverhandlungen und QS-Controlling sollten sie jederzeit in ein PC-kompatibles Setting übertragen und verwendet werden können. Zugleich vermittelt das gestufte Vorgehen jedem Gutachter, besonders bei der beruflichen Rehabilitation, Zeitersparnisse durch Verfahrensökonomie und Indiationsabwägung mit Bezug auf die ICF und das SGB IX:

Es ist trotz des scheinbar pauschalierenden „Screenings“ beginnend mit der Aktenlage (IPI, FAS) eine multidimensionale Situationsanalyse und Funktionszuordnungen i.S. der ICF enthalten, weil ein Index-bezogenes Vorgehen zur Merkmalsbündelung und Konvergenz zu Grunde liegt. Damit wird auch methodologisch eine systemische Ebenenverschränkung berücksichtigt, bezogen auf den Handlungsbedarf der Gesundheitsdokumentation;

- Erst das gesamte Ensemble von Einzeldaten und deren Abschätzung von Funktionsstörungen und deren Verbesserungschancen, die Korrelation von Struktur und Funktionen mit entsprechenden Befähigungen kann zu einer Gesamtberücksichtigung des Reha- bzw. Partizipations-Bedarfs führen und wird abschließend in der Gesundheitsdokumentation mit dem Betroffenen spezifiziert und notfalls „wunschgemäß“ ergänzt.

4.4.5.6 Fazit

Bei konsequenter Anwendung von Aktenstudium und Screening-Methoden ist eine bedarfsgerechte medizinische Intervention mit integrativem Behandlungsansatz möglich (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation). Das Gleiche zeigt die Bedeutung von Screenings als Führwarnsystem (FWS). Ein anfänglich orientierendes nach „Prioritäten“ gestuftes Vorgehen ist keineswegs selektiv oder diskriminierend, sondern muss angesichts des Paradigmenwechsels bei der Rehabilitation „Hilfen“-orientiert sein (sog. aid-compatibility im IPI und FAS). Eine solche Gesamtsicht kann nur mit kompletter Akteneinsicht, durch Daten-Zusammenführung und deren Transfer, idealerweise in Kooperation und Vernetzung mit anderen Trägern, Leistungserbringern und Betrieben oder in einem Assessmentcenter erreicht werden. Erst dann ist eine spezifizierte, detaillierte Bewertung unter Berücksichtigung möglicher Hilfen zur Partizipation bei möglichen Problemstellungen unter allen Gesichtspunkten im Interesse des Betroffenen möglich¹⁵⁹.

¹⁵⁹ Ausführlichere Darlegungen sind der Materialsammlung – XIII zu entnehmen, Anlagen der Screening-Module IPI, FAS und KODI unter Bezug auf eine Schweregradeinschätzung mit Hinweisen auf Hilfebedarf u.a. In einem Interrater-Verfahren wurde bei einer Vorfeldstudie geprüft, ob die schweregradspezifische DRG-/FRG-Zuordnung ein partizipatives Element zur Orientierung für die Akteure und Betroffenen sein kann. Sie ist es nur, wenn die Gesundheitsstörung oder der Integrations- und Hilfe-Bedarf als Dringlichkeitsappell für eine umfassende Nachsorge zur Partizipation darlegt wird. Insofern kann eine rationale Ökonomisierung als ein Imperativ zu deren konstruktiver Überwindung verstanden werden.

4.4.6 Diskussionen spezifischer Aspekte der Begutachtung

Im Rahmen des PRVE-Projekts haben sich mehrere Diskussionsforen entwickelt. In nicht festgelegter Reihenfolge veröffentlicht das IQPR eigene Beiträge oder Stellungnahmen anderer Autoren auf der IQPR-Homepage (www.iqpr.de) zu unterschiedlichen Themenbereichen. Daneben besteht die Möglichkeit, die Newsletter per E-Mail zu beziehen. Die Beiträge erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern möchten bestimmte Aspekte einer breiteren Diskussion unterwerfen. Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den Stellungnahmen um die subjektive Meinung der Autoren handelt.

Derzeit gibt es das Forum A – Leistungen zur Teilhabe und Prävention –, das Forum B – Schwerbehindertenrecht und Fragen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements – sowie das hier vorgestellte Forum C – Gutachten und Assessment. Darin werden Fragen der sozialmedizinischen Begutachtung und der immer wichtiger werdenden Assessmentverfahren erörtert. Das Forum C richtet sich insbesondere an Richter und Gutachter. Im Folgenden werden die dort bisher erschienenen und wichtigsten Infos zusammengefasst und Bezüge zu den vorangegangenen Abschnitten hergestellt.

4.4.6.1 Folgerungen aus § 8 SGB IX¹⁶⁰

In Ergänzung zu Kapitel 4.4.1.1 folgt aus § 8 SGB IX für Gutachtensaufträge in Rentenverfahren, dass die Prüfung von Leistungen zur Teilhabe in den Vordergrund gestellt wird. Es ist in erster Linie zu klären, für welche Leistungen zur Teilhabe bei dem Versicherten ein Bedarf besteht. Erst danach ist von Interesse, wie stark die gegenwärtige Erwerbsminderung im rentenrechtlichen Sinne ist. Diese Reihenfolge hat zudem den Vorteil, dass die sehr konkreten Aussagen, die eine Prüfung von Leistungen zur Teilhabe erfordern, auch die für das Rentenverfahren erforderliche Beurteilung erleichtern.

Auf Grundlage der ICF kann sich die Abfolge der Fragestellungen wie folgt ergeben:

- Welche Störungen von körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen sind bei dem Versicherten festzustellen?
- Welche Aktivitäten sind hierdurch eingeschränkt?
- Wie wirkt sich dies aus auf die Erfüllung der Anforderungen am bisherigen Arbeitsplatz?
- Wie wirkt sich dies aus auf die Anforderungen im bisherigen Beruf des Versicherten?
- Wie wirkt sich dies aus auf andere Beschäftigungen, die der Versicherte anstrebt?
- Können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu
 - Zustandsbesserungen
 - Beschäftigung auf altem oder neuem Arbeitsplatz führen?

Falls Leistungen zur medizinische Rehabilitation nicht Erfolg versprechend oder nicht ausreichend sind:

- Bestehen Möglichkeiten, durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Beschäftigungsfähigkeit herbeizuführen?
- Falls ja, worauf sollten solche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem derzeitigen Erkenntnisstand beruhen und wann sollte diese eingeleitet bzw. durchgeführt werden?

¹⁶⁰ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr.1, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut1.pdf>.

4.4.6.2 Verhältnis von § 14 Abs. 5 Satz 5 und 6 SGB IX zu § 96 Abs. 1 SGB X¹⁶¹

In Ergänzung zu Kapitel 4.4.1.9 soll noch mal auf die Forderung nach § 14 Abs. 5 SGB IX eingegangen werden, dass der Sachverständige eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vorzunehmen hat. Nach Satz 6 werden die getroffenen Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf den Entscheidungen der Reha-Träger zu Grunde gelegt (s. Kap. 4.4.1.7).

Diese neuen Verpflichtungen wirken für manche Gutachter irritierend, weil § 96 Abs. 1 SGB X eine abweichende Regelung zu enthalten scheint. Dort wird zwar der Sachverständige (auch) verpflichtet, die Untersuchung in der Weise vorzunehmen und festzuhalten, dass sie bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können. Der Umfang der Untersuchung soll sich aber (allein) nach der Aufgabe richten, die der Leistungsträger zu erfüllen hat.

Das ist indes kein Widerspruch, denn durch § 8 Abs. 1 SGB IX ist die umfassende, trägerübergreifende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe zur eigenen Aufgabe jedes Reha-Trägers geworden. Die umfassende Begutachtung im Sinne von § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX erfolgt dementsprechend in Erfüllung einer eigenen Aufgabe. § 96 SGB X steht ihr also nicht entgegen.

4.4.6.3 Kriterien zur Indikationsstellung der psychosomatischen Begutachtung im Sozialrechtsverfahren¹⁶²

Eine psychosomatisch/psychotherapeutische Begutachtung erscheint vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung von psychischen Erkrankungen als Indikation bei vielen Anträgen auf Erwerbsminderung (s. Kap. 2.2.2) gerechtfertigt. Um zu einer sachlich angemessenen und zeitlich adäquaten psychosomatisch/psychotherapeutischen Begutachtung zu kommen, hat eine Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock, Indikationskriterien als Entscheidungshilfen für die behandelnden Ärzte, ärztlichen Gutachter anderer Fachrichtungen aber auch für Sozialrichter oder Rechtsanwälte formuliert. Sie sollen bei der Entscheidung der Frage, ob eine psychosomatische/psychotherapeutische Begutachtung erforderlich ist, helfen.

Diese Kriterien sind im Rahmen der Leitlinienentwicklung zur psychosomatischen Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapie entwickelt worden. Sie lassen sich wie folgt einteilen:

- Krankheitsbezogene Indikationskriterien
- Indikationskriterien auf Grund der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverhaltens
- Indikationskriterien auf Grund persönlicher Belastungen
- Kriterien der dysfunktionalen psycho-sozialen Anpassung

Im Nachfolgenden werden die einzelnen Kriterien beispielhaft dargestellt:

Krankheitsbezogene Indikationskriterien:

¹⁶¹ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr.3, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut3.pdf>.

¹⁶² IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr. 4, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut4.pdf> (Es handelt sich hierbei um die gekürzte Fassung eines Beitrags von Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock).

Hierzu zählt z.B. die deutliche Diskrepanz zwischen den angegebenen körperlichen Beschwerden und den organischen Befunden, welche das Ausmaß oder das Anhalten der Beschwerden aber nicht ausreichend erklären können. Die organisch nicht ausreichend erklärbaren Beschwerden sind z.T. vielgestaltig, wechselnd, z.T. gleichbleibend sowie häufig chronifiziert und müssen nicht zwangsläufig mit psychischen Symptomen verbunden sein.

Das Vorliegen bedeutsamer psychischer Symptome, wie z.B. Ängste und depressive Verstimmungen, kann als weitere Indikation angesehen werden. Diese sollten auch dann Anlass für die Indikationsstellung zu einer psychosomatischen Begutachtung sein, wenn diese Symptome im Kontext schwererer körperlicher Erkrankungen auftreten.

Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer schizophrenen/affektiven/organischen Psychose, einer hirnorganischen Störung oder einer schweren, primären stoffgebundenen Abhängigkeit, ist eine psychiatrische Begutachtung indiziert.

Indikationskriterien auf Grund der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverhaltens:

Stellvertretend für diese Gruppe seien das hohe Ausmaß an Leidensdruck im Verhältnis zum Ausmaß der Beschwerden, an körperlicher und seelischer Bedrohung und an sekundärem Krankheitsgewinn erwähnt. Weiterhin gehören hierzu z.B. der Verdacht auf Aggravation/Simulation, ausgeprägtes Schonverhalten und Rückzugstendenz.

Indikationskriterien auf Grund persönlicher Belastung:

Hierbei gilt es beispielsweise Hinweisen auf Traumatisierungen in der Biographie (Gewalt, Missbrauch während der Kindheit und Jugend) nachzugehen. Weiterhin sind aktuelle erhebliche oder langandauernde Belastungen im Beruf oder im familiären Umfeld sowie massive aktuelle Traumatisierungen, die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen könnten, zu ermitteln.

Kriterien der dysfunktionalen psycho-sozialen Anpassung:

Für die letzte Kategorie sind u.a. das Vorliegen eines dysfunktionalen Leistungskonzeptes, ein hohes Ausmaß an Aktivitätseinschränkungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen und eine erheblich eingeschränkte Partizipation (Teilhabe) an unterschiedlichen Lebenskontexten kennzeichnend. Ebenso muss der Umstand hinzugerechnet werden, dass sich der Proband in einem Ausmaß in seiner körperlichen und psychischen Integrität beeinträchtigt sieht, die nicht durch die körperliche Erkrankung/Behinderung erklärbar ist.

Bewertung der Kriterien:

Für die Indikationsstellung zur psychosomatisch/psychotherapeutischen Begutachtung ist insbesondere die Diskrepanz zwischen dem somatischen Befund und der Art sowie der Schwere der geschilderten Symptomatik bzw. dem Ausmaß an Beeinträchtigungen in den verschiedenen Lebensbereichen von Bedeutung.

Zumeist finden sich bei Probanden mit psychosomatischen Problemstellungen Kriterien aus den oben dargestellten unterschiedlichen Bereichen, so dass in diesen Fällen eine Indikationsstellung zur psychosomatisch/psychotherapeutischen Begutachtung leicht fällt.

Schwieriger ist die Beurteilung bei Probanden, die lediglich Kriterien aus einem oder zwei Bereichen aufweisen. Dann gilt Nachfolgendes:

Finden sich beim Probanden relevante psychische Symptome, sollte in jedem Fall eine psychosomatisch/psychotherapeutische Begutachtung durchgeführt werden, es sei denn, es besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer Psychose oder einer hirnorganischen Störung. In diesem Fall ist eine psychiatrische Begutachtung indiziert.

Bei Probanden mit schweren körperlichen Erkrankungen ist beim Vorliegen psychischer Symptome (z.B. Ängste, Depressionen) eine psychosomatisch/psychotherapeutische Begutachtung indiziert, um zu einer Gesamtbeurteilung zu kommen, die sowohl die somatischen als auch die psycho-sozialen Anteile am Krankheitsgeschehen in ihrer Wechselwirkung und in ihren Auswirkungen integriert.

4.4.6.4 Ein interessanter Fall der Typisierung von Norminhalten¹⁶³

Seit dem Jahr 1993 sind Schäden an den Bandscheiben und den Wirbelkörpern im Bereich der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit (BK 2108) anerkannt. Neben den notwendigen Bemühungen, präventiv gegen diese Erkrankungen zu wirken, sind Kriterien erforderlich, anhand derer die Voraussetzungen einer solchen Berufskrankheit ermittelt werden können. Nicht zuletzt im Interesse der Versicherten müssen diese Instrumente einheitlich gestaltet sein. Dem Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, was durch das Urteil des BSG vom 18.3.2003 – B 2 U 13/02 R – unterstrichen wird.

In dem zu entscheidenden Fall war die Anzeige einer Berufskrankheit auf Grund von Wirbelsäulenbeschwerden durch die Beklagte abgewiesen worden. Klage und Berufung hatten keinen Erfolg. Das BSG hat die Revision des Klägers zurückgewiesen. Die Anknüpfung an das im Wesentlichen von den Berufsgenossenschaften entwickelte Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell bei der Ermittlung der tatsächlichen Belastung der Wirbelsäule sei nicht zu beanstanden.

Das Mainz-Dortmunder-Dosis-Modell dient der Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs "langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten" in der Anlage Nr. 2108 zur Berufskrankheiten-Verordnung. Dabei bedient es sich gesammelten ärztlichen Erfahrungswissens und lehnt sich inhaltlich an die amtliche Begründung zur Einführung der Berufskrankheit Nr. 2108 an¹⁶⁴. Das BSG sieht es als gerechtfertigt an, es der Entscheidung zu Grunde zu legen, weil "erstmalig eine von den Unfallversicherungsträgern einheitlich angewandte praktikable Arbeitsgrundlage für die Bemessung der belastungsbedingten Dosis in Bezug auf ein Erkrankungsrisiko zur Verfügung" gestellt wird. Es handelt sich um ein geeignetes Modell, um die kritische Belastungsdosis eines Versicherten durch langjähriges Heben und Tragen schwerer Lasten für eine Arbeitsschicht und für das Berufsleben zu ermitteln und in Beziehung zu einem Erkrankungsrisiko zu setzen¹⁶⁵.

Mit dieser Entscheidung geht das BSG einen Weg der Reduktion der rechtlichen Voraussetzungen durch Typisierung im Interesse der Handhabbarkeit einer Norm. Diesen Weg ist das BSG schon öfter gegangen, wenn es darum ging, bei einer wegen der Vielzahl der Faktoren und Ausprägungen sowie Unsicherheiten nicht stringent anwendbaren Norm vergleichbare Entscheidungen zu ermöglichen. Dies gilt z.B. in der Rechtsprechung zur Berufsunfähigkeitsrente für die Ankopplung der Wertigkeit einer beruflichen Tätigkeit an deren tariflichen Einstufungen¹⁶⁶ oder in der Rechtsprechung zu Erwerbsminderungsrenten, die Festlegung auf eine 500 m-Grenze bei der Wegefähigkeit¹⁶⁷.

Mit solchen Entscheidungen wird keine Norm geschaffen, sondern an einen typischen Tatbestand angeknüpft, der eine andere Betrachtung bei gesondert gelagerten Fällen zulässt. Voraussetzung ist neben der Sammlung von Erfahrungswissen die verbreitet übereinstimmende Anwendung in der Praxis und/oder eine Normausfüllung durch das BSG.

Leitlinien für die Begutachtung, die von Trägern oder Fachgesellschaften erarbeitet werden, beruhen auf Erfahrungswissen und enthalten Hinweise für medizinische Bewertungen und Schlussfolgerungen. Hervorzuheben ist noch, dass es sich bei gesammeltem

¹⁶³ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr. 7, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut7.pdf>.

¹⁶⁴ BR-Drucks 773/92.

¹⁶⁵ Vgl. Brandenburg, BG 2001, 365, 368; ASUMed 1999, 101, 102.

¹⁶⁶ BSG SozR3-2200 § 1246 Nrn. 13 und 40.

¹⁶⁷ BSG SozR3-2200 § 1247 Nr. 10.

Erfahrungswissen um Tatsachen handelt, deren Feststellung den Tatsachengerichten unterliegt.

4.4.6.5 Auswirkungen der §§ 8 und 14 SGB IX im Sozialgerichtsprozess¹⁶⁸

Der Vorsitzende Richter am Bundessozialgericht a.D. Peter Kummer hat auf der Tagung ‚Dialog zwischen Richtern und medizinischen Sachverständigen zum Thema: Auswirkungen des SGB IX auf Gutachtensaufträge und Begutachtung zu Gutachtensfragen‘ des IQPR am 27. und 28. März 2003 in Kassel u.a. nachfolgend aufgeführte Thesen vertreten.

Zu § 14 SGB IX:

1. Die Ablehnung von Leistungen zur Teilhabe ist nicht deshalb nichtig, weil der Reha-Träger bei der Auswahl des Sachverständigen das Mitwirkungsrecht des Antragstellers aus § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX verletzt hat. Die Gerichtsentscheidung darf aber nicht auf das von der Verwaltung eingeholte Gutachten gestützt werden. Vielmehr muss das Gericht, soweit die Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe durch Sachverständige festgestellt werden müssen, ein Gutachten von einem gerichtlich bestellten Sachverständigen einholen.

Anzumerken ist hierbei, dass das Gericht zwar das unter der Mitwirkungspflichtverletzung eingeholte Gutachten nicht verwerten darf, selbst aber dem Versicherten bei der Einholung eines neuen Gutachtens kein Wahlrecht einräumen muss. Der Unterschied liegt darin begründet, dass der Rentenversicherungsträger als Partei das Gutachten in Auftrag gibt und das Gericht als unparteiische Instanz fungiert.

2. Die Nichteinhaltung der Zweiwochenfrist des § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX durch den Sachverständigen hat auf die Verwertbarkeit des Gutachtens und die Rechtmäßigkeit des darauf gestützten Verwaltungsakts keinen Einfluss.

3. Hat der angegangene an sich materiell unzuständige Leistungsträger, der wegen Versäumung der Frist in § 14 Abs. 1 SGB IX zur Entscheidung verpflichtet ist, Leistungen zur Teilhabe abgelehnt, so ist im Sozialgerichtsverfahren der zuständige Träger beizuladen und ggf. nach § 75 Abs. 5 SGG zu verurteilen.

Weitere Hinweise zu § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX:

Zur Verwertung von Gutachten der Verwaltung hat das BSG entschieden, dass das Gericht nicht gehindert ist, sie im Wege des Urkundenbeweises zu berücksichtigen (BSG SozSich 1989,220; BGH NJW 1982,2874).

Das Gericht darf indes kein Gutachten verwerten, das verfahrensfehlerhaft zu Stande gekommen ist, insbesondere wenn es nicht von dem bestellten Sachverständigen erstellt wurde (BSG SozR 1500 § 128 Nr. 33 S. 26; SozR Nr. 81 zu § 128 SGG mwN).

Das BSG hat jedoch darüber hinaus auch entschieden (BSG 30.6.1998 – B 8 KN 17/97 B -), dass eine Verwertung zulässig ist, wenn der Kläger auf Rügen verzichtet (§ 295 Abs.1 ZPO; dazu BGH BB 1990, 2434; VersR 1981, 1175), sofern nicht zugleich ein Verstoß gegen die Amtsermittlungspflicht (dazu BSG SozR 1500 § 103 Nr. 24) vorliegt.

Auch im Rahmen des § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX muss es zulässig sein, auf die Folgen eines unzureichenden Auswahlangebots zu verzichten, da es sich letztlich um eine Schutzvorschrift handelt. Eine Heilung durch Nachholung kommt im Gerichtsverfahren nicht mehr in Betracht. Das fehlerhaft erstellte Gutachten der Verwaltung kann allerdings nach Einholung des Gerichtsgutachtens noch im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden.

Neben diesen Überlegungen ist außerdem hervorzuheben, dass sich der behinderte Mensch regelmäßig unter Berufung auf diesen Verfahrensverstoß weigern kann, zum Untersuchungstermin zu erscheinen und sich untersuchen zu lassen, solange ihm ohne

¹⁶⁸ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr. 8, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut8.pdf>.

hinreichende Begründung nicht die gesetzlich vorgeschriebene Auswahlmöglichkeit eröffnet wurde.

4.4.6.6 Entscheidungen des Bundessozialgerichts zum Verhältnis von Diagnose und Leistungsbeurteilung¹⁶⁹

Das in Kapitel 4.4.3 thematisierte Verhältnis von Krankheits- und Leistungsdiagnostik ist nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtungen, sondern spiegelt sich auch in der Praxis, z.B. bei der Rechtsprechung, wider. So werden in einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. April 2003 (B 5 RJ 36/02 R) die zentralen Aussagen getroffen, dass

1. es im Rahmen einer Rentenbegutachtung für die Feststellung des (Rest-) Leistungsvermögens in der Regel letztlich nicht darauf ankommt, welche Diagnose gestellt werden kann, wenn nur Art und Ausmaß der Leistungsfähigkeit verlässlich erfasst wird,
2. jedoch ein Gutachten auf psychiatrischem oder psychologischem Fachgebiet regelmäßig durch die Diagnose beeinflusst wird.

Streitpunkte des Falles sind das Vorliegen und die Folgen einer Fibromyalgie. Die Klägerin war Fabrikarbeiterin, seit 1995 ist sie arbeitsunfähig. Ihr Antrag auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit wurde abgelehnt; die Klage hatte keinen Erfolg. Das Sozialgericht hatte einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (Dr. B) gehört. Dieser stellte am 2.8.1999 ein HWS- und ein LWS-Syndrom fest und außerdem Dysthymie, Panikstörungen mit leichter Agoraphobie bei asthenischer ängstlicher Persönlichkeit. Er hielt die Klägerin für vollschichtig arbeitsfähig. Die Klage wurde dementsprechend abgewiesen. Im Berufungsverfahren hat das Landessozialgericht den Internisten und Rheumatologen Dr. R als Sachverständigen gehört. In seinem Gutachten vom 4.12.2000 stellte er neben den Diagnosen chronische Polyarthrit, Arthrose und Hypertonie die Diagnose Fibromyalgie. Auch er hielt aber die Klägerin für vollschichtig einsatzfähig. Dem gegenüber machte die Klägerin geltend, dass der Sachverständige nur die Diagnose auf internistischem Fachgebiet berücksichtigt habe, nicht aber die neurologisch-psychiatrischen Einschränkungen. Das Landessozialgericht hat dennoch die Berufung zurückgewiesen mit dem Hinweis, die neurologisch-psychiatrischen Einschränkungen seien 1999 von Dr. B. fachärztlich untersucht und für nicht schwerwiegend angesehen worden. Mit der Revision wurde gerügt, dass das Gutachten Dr. B zu lange zurückliege und auch nicht die Diagnose einer Fibromyalgie berücksichtige. Deshalb habe dem Gutachter das gesamte Verhalten und Erleben der Patientin in der Begutachtungssituation in einem unzutreffenden Licht erscheinen müssen.

Das Bundessozialgericht hat sich dem angeschlossen und entschieden, dass nach Auftauchen der neuen Diagnose zumindest eine Rückfrage bei Dr. B hätte erfolgen müssen. Als Grund sieht das Bundessozialgericht die herausragende Bedeutung der Diagnose für Begutachtungen auf psychiatrischem und psychologischem Fachgebiet.

Bedeutung/Kritik:

Wie bereits erwähnt, kommt es im Rentenrecht auf die Feststellung der Leistungsfähigkeit und nicht unbedingt auf die Ursache der festgestellten Einschränkungen an. Dieser Grundsatz wird in dem Urteil des Bundessozialgerichts bestätigt. Diagnosen und die Feststellung von Funktionsstörungen werden als Zwischenschritte deutlich gemacht. Das Bundessozialgericht formuliert in diesem Urteil und dem folgenden Beschluss wiederkehrend (sinngemäß): Im Rahmen eines Rentenverfahrens kommt es nicht auf die Diagnose an; es muss vielmehr der negative Einfluss von dauerhaften Gesundheitsstörungen auf das verbliebene Leistungsvermögen geprüft und dargetan werden.

¹⁶⁹ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr. 9, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut9.pdf>.

Erwerbsminderung ist also ein finaler Begriff. Das hat zum einen zur Folge, dass Krankheitsdiagnosen nicht ausreichen, zum anderen aber, dass sie u.U. sogar entbehrlich sind. Diagnosen sagen etwas über Funktionsstörungen, beschreiben aber noch nicht die Leistungsfähigkeit. Diese Überlegungen hat das Bundessozialgericht mit dem vorliegenden Urteil unterstrichen.

Das Bundessozialgericht hat jedoch außerdem aufgespürt, dass die Diagnose auch im Rahmen einer finalen Leistungsfeststellung dann eine herausragende Bedeutung gewinnt, wenn dadurch Art und Umfang der Untersuchung und die Bewertung der Befunde entscheidend beeinflusst wird. Es hat dies generell für das psychologische und psychiatrische Fachgebiet ausgesprochen. Damit greift es zu weit aber auch zu kurz. Zu kurz greift es, weil derartige Einflüsse der Diagnose auch in anderen medizinischen Fachbereichen nicht ungewöhnlich sind, zu weit, weil nicht alle Beurteilungen auf psychiatrisch-psychologischem Fachgebiet von der Diagnose abhängig sind. Es darf sogar bezweifelt werden, ob überhaupt die Diagnose im Bereich psychiatrisch-psychologischer Begutachtung eine größere Bedeutung hat, als in anderen Bereichen.

4.4.6.7 Aussagen zur Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen¹⁷⁰

Einem Beschluss des Bundessozialgerichts zur Begutachtung somatoformer Schmerzstörungen vom 9.4.2003 – B 5 RJ 80/02 B – sind die wichtigsten Aussagen entnommen.

Aussagen:

- Bei somatoformen Schmerzstörungen müssen Schmerzerlebnis, Schmerzverhalten und Schmerzverarbeitung anhand von bekannten wissenschaftlichen Arbeiten mit Fragebögen erhoben werden.
- Das Ausmaß der Symptomatik und deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit ist unter Berücksichtigung veröffentlichter Indizienlisten, Prüfkriterien und Einstufungswerte zu bestimmen.
- Sie bilden die Grundlage für die darüber hinaus notwendige verantwortliche Leistungsbeurteilung durch einen in diesen Fragen erfahrenen Sachverständigen.
- Das kann auch ein Rheumatologe mit entsprechender Erfahrung sein.

Die Aussagen des BSG werden ergänzt durch die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. Schneider – Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock – zu diesem Urteil. Er stellt seine Ansicht über Standards der Begutachtung von Schmerzzuständen vor und diskutiert die Frage, welche fachärztliche Qualifikation für ihre Beurteilung erforderlich ist.

1. Standards der Begutachtung von Schmerzzuständen

Zentral ist die Frage, worauf die Begutachtung von Schmerzzuständen sowie die Beurteilung der Leistungsfähigkeit, hier insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung des positiven Restleistungsvermögens, begründet werden soll.

Dem Beschluss ist zuzustimmen, dass die Begutachtung von Schmerzzuständen sowie damit in Zusammenhang stehender Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens allein auf der subjektiven Schilderung der Schmerzen durch den Probanden als aktuell nicht angemessen

¹⁷⁰ IQPR (Hrsg.). Diskussionsforum Gutachten Nr. 12, <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/gut12.pdf> (Es handelt sich hierbei im Wesentlichen um einen Beitrag von Herrn Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin am Zentrum für Nervenheilkunde der Universität Rostock).

angesehen werden sollte. Die klinische Urteilsbildung, die sich aus der Würdigung der klinischen wie der apparativ oder laborchemischen Befunde und des klinischen Interviews/der Anamnese ergibt, muss um Aspekte der Verhaltensbeobachtung, in die auch interaktionelle Variablen eingehen, und darüber hinaus um psychometrische Tests sowie die systematische Dokumentation von Schmerzen (z.B. Schmerzprotokolle, Protokollierung von Tagesaktivitäten) ergänzt werden. Diese psychometrischen Tests, die Schmerzskaleten im engeren Sinn umfassen, können aber auch allgemeinere Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung psychopathologischer Befunde enthalten. Sie erlauben eine systematischere Beschreibung und Gewichtung von Schmerzbelastungen und psychopathologischen Beeinträchtigungen (z.B. Depressivität, Angst, Somatisierung), da diese Verfahren in der Regel Testnormen aufweisen, die einen Vergleich mit klinischen Stichproben ermöglichen. Allerdings muss eingeschränkt formuliert werden, dass diese Tests auf Grund ihrer „Transparenz“ (der inhaltliche Gehalt der Fragen ist doch ersichtlich) Tendenzen zur Aggravation, Simulation oder Dissimulation nicht zufrieden stellend identifizieren lassen. Dies gilt trotz der Einarbeitung von Kontrollfragen. Dennoch sollten diese Verfahren angemessen in die Begutachtung integriert werden, um eine möglichst breite und heterogene Datenbasis zu erlangen.

Im Beschluss wird vorgeschlagen, die Beurteilung der Restleistungsfähigkeit auf der Grundlage von Indizienlisten (z.B. Aschoff und Widder) oder des Beeinträchtigungsschwere-Scores (BSS) vorzunehmen, wobei sicherlich Bezug auf die oben angesprochenen psychometrischen Tests genommen werden soll. Beide Ansätze gründen letztlich in einer Fremdbeurteilung des Gutachters und nehmen keinen direkten Bezug zur Leistungsfähigkeit bzw. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit. Letzteres Verfahren (der Beeinträchtigungsschwere-Score) kommt aus dem Feld der Psychotherapieforschung und erfordert vom Begutachter ausgiebige psychotherapeutische Vorkenntnisse.

Dieser vom BSG formulierte Anspruch ist angemessen. Die Beurteilung des Schweregrades von Schmerzzuständen sowie des Ausmaßes an Chronifizierung und dysfunktionalem Krankheitsverhalten durch deren quantitative und systematische Erfassung über Selbstbeschreibungsskaleten und Schmerzprotokolle ist sicherlich notwendig. Ergänzend ist eine Untersuchung etwaiger psychopathologischer Auffälligkeiten oder Belastungen durch entsprechende psychometrische Skalen (Symptomlisten) angezeigt; diese können in einem Zusammenhang zu den Schmerzen oder dem chronischen Krankheitsverhalten stehen und sind grundsätzlich geeignet, die Prognose des Probanden wie das Leistungsvermögen in relevanter Weise zu beeinflussen. Diese Ergänzung der klinischen Beurteilungsgrundlage um quantitative Daten differenziert und schärft die Aussagen zur Belastung des Probanden; objektiv werden diese Aussagen dennoch nicht.

Die nächste Herausforderung für den Gutachter besteht darin, von der Ebene der Beurteilung der Störung zur Ebene der Leistungsbeurteilung (qualitativ wie quantitativ) zu kommen. Hier besteht eine „Lücke“, die integrativ auf Grund von komplexen Erwägungen überwunden werden muss, da das Leistungsvermögen keine lineare Funktion des Ausprägungsgrades einer Störung (hier Schmerzkrankheit) darstellt. Das Leistungsvermögen resultiert aus komplexen Prozessen der „Krankheitsverarbeitung“, die letztlich einen zentralen Einfluss darauf haben, zu welchen Aktivitäten ein Individuum noch in der Lage ist und an welchen Kontexten es noch partizipiert (siehe ICF, International Classification of functioning; WHO; VDR 2001). Eine zentrale Rolle spielt das Konzept des Probanden über die Prognose seiner Erkrankung und über die mit seiner Störung verbundene Leistungsfähigkeit. Zwei Patienten mit ähnlich chronifizierten Schmerzstörungen können sich durchaus auf der Ebene ihrer generellen und beruflichen Leistungsfähigkeit unterscheiden. Die Unterschiede resultieren aus komplexen individuellen, psychischen Variablen oder auch aus Faktoren des sozialen Umfeldes. Diese „Beurteilungslücke“ kann nur ansatzweise gefüllt werden, indem z.B. Indizienlisten oder der BSS eingesetzt werden, da diese eine Bewertung der Leistungsfähigkeit (quantitativ wie qualitativ) im engeren Sinn nicht einschließen. Eine systematischere Exploration dieser Themenstellung lässt sich z.B. durch Aktivitätslisten erzielen, die entweder als Fremdbeurteilung (dann müssten die Aktivitäten umfassend in einem Interview erhoben werden) oder als

Selbstbeschreibungsinstrument relevante Aktivitäten abfragen. Meines Wissens existieren bislang keine halbwegs verbindlichen Aktivitätslisten, mit denen systematische Erfahrungen gesammelt worden sind.

Wir in unserer Klinik haben deshalb z.B., um den Sprung von der Einschätzung des Schwere- und Chronifizierungsgrades einer Störung systematischer fassen zu können, eine Itemliste zu „psycho-sozialen Parametern der Leistungsbeurteilung“ entwickelt, mit deren Hilfe eine Übersetzung von Störungsparametern zur Ebene der Leistungsbeurteilung vollzogen werden soll. Dieses Instrument, das auf einem halb strukturierten Interview basiert, wird zurzeit in verschiedenen Studien evaluiert und auf seine Praktikabilität geprüft.

2. Welche fachärztliche Qualifikation ist zur Beurteilung von Schmerzzuständen erforderlich?

Neben den methodischen Standards wird im Beschluss problematisiert, durch wen die Begutachtung von Schmerzpatienten durchgeführt werden soll. Im vorliegenden Fall hat die Vorinstanz ausgeführt, dass eine begutachtende Internistin und Rheumatologin „fachfremd“ beurteilt hätte, da die Beurteilung von Schmerzzuständen vorwiegend in die Kompetenz von Nervenärzten fallen würde. Der 5. Senat sieht diese Wertung als objektiv unzutreffend an und beruft sich in seiner Bewertung auf einschlägige Stellungnahmen aus der Literatur, nach der die Begutachtung von Schmerzpatienten nicht an die Qualifikation als Nervenarzt gebunden sei, sondern dass „die fachübergreifenden Erfahrungen in der Diagnostik und Beurteilung von Schmerzstörungen z.B. der Fibromyalgie“ auch von anderen Fachgruppen erbracht werden können.

Hier möchte ich am liebsten „Jein“ sagen. Es ist nicht angemessen zu sagen, dass in der Diagnostik und Begutachtung von Schmerzpatienten, wie übrigens auch in der Therapie, nur Nervenärzte die entsprechenden wissenschaftlichen und klinischen Grundlagen aufweisen würden. Allzu oft sind Nervenärzte oder Psychiater nicht oder nur ungenügend in der Diagnostik und Begutachtung psychosomatischer Themenstellungen ausgebildet oder erfahren. Bei der Beurteilung von Patienten mit somatoformen Problemstellungen (Körpersymptome ohne somatische Grunderkrankung) oder psychosomatischen Störungen finden sich häufig keine oder wenig psychopathologische Auffälligkeiten im engeren Sinne, nach denen der in der Arbeit mit psychosomatischen Störungen unerfahrene Psychiater oder Nervenarzt in der Regel sucht. Die Aussage, dass ein Schmerzpatient keine Hinweise auf eine klinisch relevante Depression, Angststörung oder andere psychiatrische Störungen aufweist, sagt wenig darüber aus, ob relevante psychosomatische Faktoren einen Einfluss auf das Schmerzsyndrom und seine Folgen für die Leistungsfähigkeit haben. Gefordert ist ein Wissen über Chronifizierungsprozesse (Schmerzerleben, -verarbeitung, Krankheitsverhalten) und deren Folgen für die zu beurteilende Leistungsfähigkeit. Dazu kommt, dass diese Fachgruppe in der Regel nur ungenügend für die systematische Arbeit mit den angesprochenen psychometrischen Skalen ausgebildet ist. Auf dem Gebiet von chronischen Schmerzerkrankungen sind darüber hinaus Fachgruppen wie Orthopäden, Rheumatologen oder auch Chirurgen tätig; diese fokussieren in der Regel die somatischen Aspekte des Krankheitsgeschehens und haben nur in Ausnahmefällen genügend tiefgreifende Erfahrungen in der oben dargestellten komplexen Diagnostik. Allerdings gibt es in diesem Feld durchaus Kolleginnen und Kollegen, die ein Problembewusstsein für die Rolle psychosomatischer Faktoren am Krankheitsgeschehen aufweisen. In der Regel werden ihnen jedoch die fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen fehlen, Schmerzpatienten umfassend – inhaltlich und methodisch – zu begutachten. Ihnen fällt in der Regel die Aufgabe zu, die Indikation zur psychosomatischen Begutachtung zu stellen. Nur ein kleiner Teil von Orthopäden oder Rheumatologen wird letztlich in der Lage sein, eine umfassende Begutachtung von chronischen Schmerzpatienten unter psychosomatischen Gesichtspunkten zu begutachten. Es kommt darauf an, ob entsprechende Erfahrungen und gutachterliche Ansätze erkennbar sind.

Die Fachgruppe, die auf Grund ihres wissenschaftlichen und klinischen wie auch gutachterlichen Schwerpunktes am ehesten in der Lage ist, den hier diskutierten Anforderungen

zu entsprechen, ist der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (zukünftig Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), da diese ihren Schwerpunkt auf somatische und psycho-soziale Wechselwirkungen legt und insbesondere auch Chronifizierungsprozesse in ihren Auswirkungen auf das Individuum fokussiert. Methodisch orientiert sie sich vor Allem an psychosomatischen und psychotherapeutischen Vorgehensweisen, die den besten Erklärungswert und damit Beurteilungsmassstab für die hier diskutierten Schmerzpatienten darstellen.

Die Diskussion dieser Fragen verdeutlicht am ehesten den Sachverhalt, dass gerade die Begutachtung von Schmerzpatienten in der Regel eine interdisziplinäre Aufgabe darstellt, die neben der tiefen organischen Diagnostik umfassende psychosomatische Problemstellungen aufwirft. Die Begutachtung von Schmerzpatienten und anderen psychosomatischen Patienten macht es notwendig, den Horizont über die traditionellen organmedizinischen und psychiatrischen Erkrankungen/Störungen zu erweitern, da diese für sich erst einmal allzu oft nur wenig über die sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Folgen aussagen.

4.4.7 Resümee – „Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Das Kapitel greift verschiedene Aspekte der Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben auf. Es werden verschiedene **Anforderungen an die Begutachtung** definiert, die sich aus den rehabilitationswissenschaftlichen und dem SGB IX abgeleiteten Prinzipien ergeben.

Als zentrales Anliegen kristallisiert sich eine **umfassende, personenorientierte Begutachtung** heraus, bei der die personbezogenen Kontextfaktoren und Ressourcen berücksichtigt werden und der Gutachter den Rehabilitations- und Präventionsbedarf umfassend prüft. Dieses Anliegen scheint im Widerspruch zu der Forderung zu stehen, dass die Gutachten auf die **trägerspezifische Fragestellung** ausgerichtet sein müssen. Dies sind jedoch keine widersprüchlichen Forderungen, vielmehr muss im Gutachten die **Symbiose beider Anforderungen** gelingen. Es gilt zum einen zunächst ein umfassendes Bild über den Betroffenen zu erstellen und zu dokumentieren, das auch trägerübergreifend verwendet werden kann. Zum anderen muss im Anschluss daran die trägerspezifische Frage auf der Basis dieses Bildes (sozusagen durch die trägerspezifische Brille) beantwortet werden (s. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

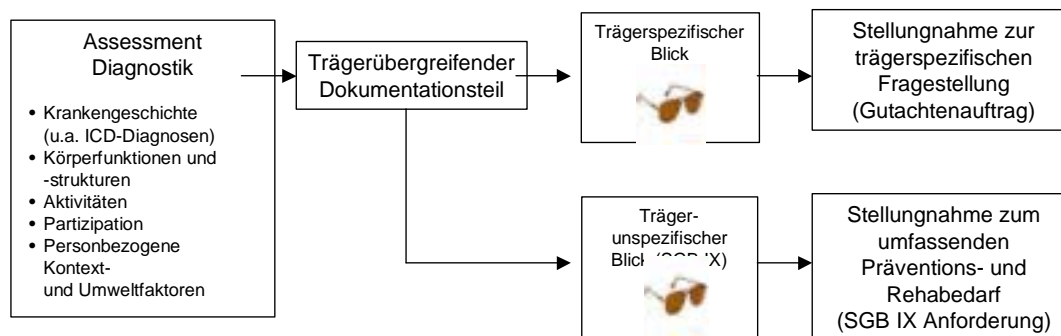


Abb. 4.4-6: Begutachtung – Assessment, Dokumentation und Stellungnahme

Die Gesamtdokumentation gliedert sich somit in die drei Teile:

- Trägerübergreifende Dokumentation des Funktions-, Aktivitäts- und Partizipationsbildes sowie der personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren
- Dokumentation/Stellungnahme zur trägerspezifischen Fragestellung
- Dokumentation/Stellungnahme zum umfassenden Präventions-, Rehabilitations- und Teilhabebedarf

Zur Optimierung der Gesamtdokumentation besteht der Bedarf, Dokumentationsverfahren und -instrumente zu entwickeln oder auszuwählen, die für eine trägerübergreifende einheitliche Dokumentation geeignet sind. Die gemeinsamen Empfehlungen der Träger reichen bislang nur soweit, dass sich die Dokumentation an der ICF-Nomenklatur orientieren soll. Eine Festlegung auf die konkreten Merkmale hat noch nicht stattgefunden. Einen praktikablen, möglichst EDV-gestützten Dokumentationsbogen gilt es noch zu entwickeln.

Dabei handelt es sich keinesfalls um eine triviale Aufgabe. Allein zum **Konzept der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit** liegen sehr unterschiedliche Modelle vor. Die Ergebnisse der Analyse vorhandener Modelle (u.a. DIK-2, IMBA, Content Model des O*Net, Leistungsfähigkeitsmodell der Forschungsprojektgruppe um Prof. Tittor) legen es nahe, zum

Ersten über die relevanten Merkmalkomplexe/-gruppen zu diskutieren. Im Weiteren muss vor dem Gebot ausreichender Praktikabilität deren Differenzierungsgrad bestimmt werden. Im Rahmen der Forderungen der Berücksichtigung trägerübergreifender Aspekte in der Begutachtung sollte dies als gemeinsame Aufgabe der Sozialleistungsträger verstanden werden. Es ist nach wie vor notwendig, eine derartige Konzeptspezifikation unter Einbeziehung eines interdisziplinären Teams von Experten verschiedener Fachrichtungen, die sich mit der menschlichen Leistungsfähigkeit und speziell der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit auseinandersetzen (u.a. Arbeitswissenschaftlern, Arbeits- und Leistungsphysiologen, Medizinern, (Arbeits-)Psychologen, Sportwissenschaftlern), vorzunehmen. Auf der Basis dieser Konzeptspezifikation können im Weiteren die Dokumentationsinstrumente entwickelt werden. Diese müssen gemäß der Forderungen an Transparenz, Verständlichkeit und Schlüssigkeit für alle Beteiligten konzipiert werden.

Während die umfassende Beschreibung der Funktionsfähigkeit auf den ICF-Dimensionen der Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation gefordert wird, ist in der Gutachtenpraxis oftmals eine einseitige defizitorientierte Beschreibung von Funktions- und Strukturstörungen (des Impairments) festzustellen, was entsprechend von Auftraggebern kritisiert wird. Dies regt die Diskussionen über die gutachterliche Praxis und insbesondere den Stellenwert von **Krankheits- und Leistungsdiagnostik** in der Begutachtung an. Die Funktionen und die Bedeutung beider „Zugänge“ zur Erfassung der Funktionsfähigkeit werden beschrieben. Dabei wird unterstrichen, dass beide einander ergänzen und einander nicht ersetzen können. Anzumerken ist, dass in beiden Fällen jeweils ergänzend die Analyse der spezifischen personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren erfolgen muss.

Das **Einschätzen von Chancen und Risiken der Teilhabe des Betroffenen** gemeinsam mit dem Betroffenen ist ein wichtiger Bestandteil des Gutachtens und zugleich Voraussetzung für die Analyse des umfassenden Rehabilitations- und Präventionsbedarfs. Für eine prospektive Betrachtung ist es erforderlich, nicht nur ausreichende Informationen über die Ist-Situation (Momentaufnahme), sondern auch die bisherigen Entwicklungstendenzen zu haben. Je besser die Verlaufsdokumentation ist, umso besser können Aussagen und Entscheidungen getroffen werden. Hier knüpfen die Diskussionen über eine **Gesundheitsakte** und den **Rehagesamtplan** an, sowie die Diskussionen über trägerübergreifende Minimalstandards. Diese können die Koordination und das Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer wesentlich optimieren, wobei die Rechte und Zielvorstellungen des Betroffenen jedoch berücksichtigt werden müssen.

Selbstbestimmung und Personenorientierung spiegeln sich durch eine stärkere Beteiligung des Betroffenen im Begutachtungsprozess wider. Die Erfassung der Selbsteinschätzung und die Berücksichtigung subjektiver Faktoren prägt die Patienten-Gutachter-Beziehung, und die Begutachtung erhält stellenweise **Beratungscharakter**. Inwieweit aber die Voraussetzungen für eine Beratung tatsächlich in der Begutachtungssituation gegeben sind, hat der Gutachter zu prüfen. Die Möglichkeiten einer Verzahnung von Beratung und Begutachtung in dieser oder umgekehrter Rolle sollte zukünftig weiter erörtert werden.

Insgesamt stellt sich die Frage, inwieweit eine Umsetzung der Anforderungen und die Anwendung der Empfehlungen in der Gutachtenpraxis möglich sind. Inwieweit können z.B. die Anforderungen an das Gutachten von *einem* Gutachter erfüllt werden? Zwar ist im deutschen sozialen Sicherungssystem der Arzt der federführende Gutachter, aber andere Fachbereiche werden bereits teils direkt, teils konsultierend angesprochen. Das Assessment erfordert teilweise vertiefende Kenntnisse, so z.B. im Bereich der Einschätzung arbeitsbezogener Leistungsfähigkeit, so dass hier die Kompetenzen anderer Fachgruppen in den Gutachtensprozess integriert werden müssen. Nur eine **interdisziplinäre Betrachtungsweise** wird den „Prinzipien“ und den Domänen der ICF gerecht.

Für die Optimierung der Praxis ist es darüber hinaus wichtig, die Diskussionen zwischen Auftraggebern (Trägern und Richtern) sowie den Gutachtern fortlaufend weiterzuführen. Mit den Diskussionsforen und Infobriefen, die das IQPR im Internet bereithält, wird hierzu ein aktiver Beitrag geleistet (s. www.iqpr.de).

4.5 Assessmentinstrumente

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.5.1	Online-Datenbank Assessmentinstrumente 218
4.5.1.1	Bedarf und Zielsetzung der Datenbank..... 218
4.5.1.2	Gezielte Auswahl der Assessmentinstrumente 219
4.5.1.3	Analysebereiche der Teilhabe - Modellzugang der Datenbank 219
4.5.1.4	Recherchemöglichkeiten der Datenbank 221
4.5.1.5	Beschreibungskriterien der Assessmentinstrumente 222
4.5.1.6	Rahmendaten zu Internetseite 224
4.5.2	Design Check und FWS Design Check 225
4.5.2.1	Dimensionen und Hintergrund des Design Check 225
4.5.2.2	Weiterentwicklung des Design Check zum FWS Design Check..... 226
4.5.2.3	Anwendungsfelder des Design Check und FWS Design Check..... 228
4.5.3	Ergonomisches Frühwarnsystem (Ergo-FWS)..... 230
4.5.3.1	Ausgangssituation..... 230
4.5.3.2	Theoretische Grundlagen..... 231
4.5.3.3	Aufbau und Struktur des Ergo-FWS..... 236
4.5.3.3.1	Beurteilung der Anforderungen mit Ergo-FWS 238
4.5.3.3.2	Bewertung 241
4.5.3.3.3	Gültigkeitsbereich..... 242
4.5.3.4	Beurteilung der Fähigkeiten mit FWS Med 242
4.5.3.4.1	Struktur des Beurteilungsbogens 242
4.5.3.4.2	Einstufung der Fähigkeitsmerkmale 244
4.5.3.4.3	Bewertung 246
4.5.3.5	Anwendungsbeispiel 247
4.5.3.6	Weiterführende Arbeiten 248
4.5.4	Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben 251
4.5.4.1	Hintergrund der Entwicklung 251
4.5.4.2	Determinanten der Teilhabechancen am Arbeitsleben 251
4.5.4.3	Beurteilungsskala und Beurteilungskriterien 254
4.5.4.4	Variation der Erhebungsform 256
4.5.4.5	Ausblick..... 256
4.5.5	Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit 257
4.5.5.1	Selbstkonzept – Begriff und Bedeutung..... 257
4.5.5.2	Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit – Aufbau und Bedeutung 258
4.5.5.3	Halbstandardisierter Interviewleitfaden 258
4.5.6	FCE-Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten 261
4.5.6.1	Charakteristika einer FCE 261
4.5.6.2	Elemente einer FCE..... 261
4.5.6.3	Allgemeine Anwendungsfelder der FCE 262
4.5.6.4	Verbreitung von FCE-Verfahren in Deutschland..... 263
4.5.6.5	Beurteilungskriterien und Beurteilungsmaßstab bei FCE-Verfahren 264
4.5.6.6	Reflexion der Anwendungsmöglichkeiten 266

4.5.7	IMBA-Verfahren und Reflexion der Anwendung	268
4.5.7.1	Charakteristika des Verfahrens IMBA	268
4.5.7.2	Allgemeine Anwendungsfelder von IMBA	269
4.5.7.3	Verbreitung des Verfahrens	269
4.5.7.4	Reflexion der Anwendungsmöglichkeiten	270
4.5.8	Resümee – „Assessmentinstrumente“	271

Die Bedeutungen von Assessment, die Gestaltung von Assessmentprozeduren und die Anwendung von Assessmentinstrumenten wurden in Kap. 3.2.3 skizziert.

Dieses Kapitel widmet sich verschiedenen Instrumenten, die aktuell entwickelt werden/wurden sowie der Online-Datenbank Assessmentinstrumente (www.assessment-info.de). Vorgestellt werden u.a. die Verfahren FWS Design Check (s. Kap. 4.5.2) und Ergo-FWS (s. Kap. 4.5.3), die beide im Rahmen eines Frühwarnsystems (FWS, s. auch Kap. 4.2) eingesetzt werden können.

Mit dem Instrument „Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben“ (STA) wird in Kap. 4.5.4 ein Instrument vorgestellt, das prognostisch ausgerichtet ist und dazu dient, die Faktoren, die einen Einfluss auf die weiteren Entwicklungen der Teilhabe am Arbeitsleben nehmen (im Sinne von Förder- oder Hemmfaktoren), zu erfassen. Das Verfahren, das sich noch in der Entwicklung befindet, sollte zukünftig Einschätzungsprozesse sowohl im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (u.a. FWS) als auch im Rahmen der Begutachtung (s. auch Kap. 4.4.4) unterstützen.

Weiterhin wird in Kap. 4.5.5 ein Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit vorgestellt. Damit wird die an verschiedenen Stellen geforderte Erfassung dieses subjektiven Faktors unterstützt. Auf seine Bedeutung als Indikator für die Regulation des Selbstwertgefühls nach Krankheit/Behinderung (s. Kap. 2.1) und bei der Einschätzung von Teilhabechancen (s. Kap. 4.4.4) wurde bereits hingewiesen.

In den Kapiteln 4.5.6 und 4.5.7 werden weiterhin die sog. FCE-Verfahren (Verfahren der Functional Capacity Evaluation) sowie das IMBA-Verfahren (Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt) vorgestellt sowie deren Anwendung reflektiert; insbesondere vor dem Hintergrund der aufgeführten Handlungsfelder „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ und „Begutachtung“.

4.5.1 Online-Datenbank Assessmentinstrumente

Das Vorhandensein von Instrumenten alleine sichert nicht, dass diese auch eingesetzt werden. Die Online-Datenbank Assessmentinstrumente, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird, soll dem notwendigen Wissenstransfer über vorhandene Instrumente dienen und somit deren Einsatz forcieren.

4.5.1.1 Bedarf und Zielsetzung der Datenbank

Die Prozessgestaltung in Rehabilitation und Prävention erfordert den Einsatz von Assessmentinstrumenten, die Entscheidungsprozesse vorbereiten und unterstützen sowie dazu dienen, Prozesse zu evaluieren und Qualität zu sichern. Zunehmend wird auch von Seiten der Leistungsträger und Verbände eine breitere Anwendung von Assessmentverfahren gefordert, weil diese auch zur Umsetzung der unter Kap. 3.1 genannten Prinzipien dienen.

Das Angebot von Assessmentinstrumenten ist relativ groß. Darstellungen von Instrumenten finden sich in Publikationen oder in Sammelkatalogen, z.B.:

- Bengel, J. & Koch, U. (2000). *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Springer Verlag.
- Biefang, S., Potthoff, P. & Schliehe, F. (1999). *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bös, K. (Hrsg.). (2001). *Handbuch motorischer Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (Hrsg.). (2003). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 1)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Brickenkamp, R. (Hrsg.). (2002). *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Dunckel, H. (Hrsg.). (1999). *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Mensch – Technik – Organisation, Bd. 14*. Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH.
- Kanning, U.P. & Holling, H. (Hrsg.). (2002). *Handbuch personaldiagnostischer Instrumente*. Göttingen: Hogrefe Verlag,
- Sarges, W. & Wottawa, H. (Hrsg.). (2001): *Handbuch wirtschaftspsychologischer Testverfahren*. Lengerich: Pabst.
- Westhoff, G. (1993). *Handbuch psycho-sozialer Messinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.). (2002). *Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen*. Zugriff am 11. September 2003 unter <http://www.baua.de/fors/index.htm>
- Institut für Arbeitswissenschaft und Didaktik des Maschinenbaus (IADM) der Universität Hannover (1997-2002). *Arbeitswissenschaftliche Verfahren & Instrumente*. Zugriff am 11. September 2003 unter <http://www.iadm.uni-hannover.de/~verfahren/uebersicht.html>

In den angeführten Katalogen werden Instrumente jeweils zu einem bestimmten Schwerpunktthema aufgeführt, so z.B. Verfahren für die Rehabilitation, personaldiagnostische Instrumente oder psycho-soziale Messinstrumente. Vereinzelt

Assessmentinstrumente sind allerdings in Katalogen noch nicht zu finden, obwohl sich ihre Anwendung bewährt hat (z.B. FCE-Verfahren).

Trotz eines grundsätzlich vorhandenen Angebotes von Instrumenten hat sich deren Anwendung in vielen Bereichen der Prozessgestaltung noch nicht etabliert. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Unter anderem ist davon auszugehen, dass die Akteure in Prävention und Rehabilitation sich oftmals nur schwer, unter erheblichem zeitlichen Aufwand, einen Überblick über das Angebot und die Passung von Instrumenten zu ihren speziellen Fragestellungen verschaffen können. Weiterhin fehlen dem potentiellen Instrumentenanwender bei Sichtung von einsetzbaren Instrumenten, z.B. in Publikationen, häufig wichtige Aspekte hinsichtlich der praktischen Anwendung eines Instrumentes, z.B. Angaben zu zeitlichen oder personellen Anforderungen.

Letztendlich besteht der Bedarf, den Akteuren, die zentrale Prozesse in Prävention und Rehabilitation gestalten und steuern, die Möglichkeit zu schaffen, ein für ihre Fragestellung, ihren Qualifikationen und Ressourcen entsprechendes Instrument auswählen zu können. Hier setzt die Online-Datenbank Assessmentinstrumente an.

Für den oben dargestellten Informationsbedarf der Akteure werden geeignete Assessmentinstrumente in einer Online-Datenbank zusammengeführt. Die **Online-Datenbank hat zum Ziel**, den Akteuren einen möglichst schnellen, auf ihre Handlungsfelder abgestimmten, und dazu differenzierten Einblick über die potentiell einsetzbaren Instrumente zu verschaffen.

Schnell ist die Datenbank Assessmentinstrumente aufgrund der Medienwahl, dem Internet. Zudem kann der Anwender über verschiedene Recherchemöglichkeiten, je nach Vorkenntnissen und Anliegen, auf die Datensätze (Assessmentinstrumente) zugreifen (s. Kap. 4.5.1.4). Der differenzierte Einblick wird dadurch gegeben, dass die Instrumente nach einheitlichen und anwendungsorientierten Kriterien beschrieben und verschlagwortet sind (s. Kap. 4.5.1.45). Die Ergebnisse der Recherche werden in tabellarischen Ergebnislisten bereitgestellt, die nach verschiedenen anwendungsorientierten Kriterien sortiert werden können (Art und Methode des Instruments, vorhandenen Gütekriterien, Zeit und Kosten).

4.5.1.2 Gezielte Auswahl der Assessmentinstrumente

Ein Vorteil einer Online-Datenbank ist, im Vergleich zu einer Sammlung in Form eines Buches oder einer Loseblattsammlung, dass die Anzahl der Verfahren nicht begrenzt werden muss. Dennoch ist eine Eingrenzung der Instrumente für den schrittweisen Aufbau aber auch für die Anwenderfreundlichkeit sinnvoll. Daher wurden für die Aufnahme von Instrumenten in die Datenbank verschiedene Auswahlkriterien getroffen.

Die Sammlung konzentrierte sich auf Instrumente, die in den Handlungsfeldern **Berufliche Rehabilitation**, **Betriebliches Gesundheitsmanagement** und der **Sozialmedizinischen Begutachtung** einsetzbar sind. Neben der Orientierung auf die Handlungsfelder wurde darauf geachtet, gezielt auch Instrumente aufzunehmen, die im Sinne der ICF der Beschreibung von Aktivitäten und Partizipation dienen. Denn eine Umsetzung des ICF-Ansatzes in diagnostischen Prozessen erfordert eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Aktivitäts- und Partizipationsdimension, die für Fragestellungen in den o.g. Handlungsfeldern häufig von zentraler Bedeutung sind. Instrumente, die primär der Erfassung der körperlichen Konstitution oder des Krankheitszustandes (nach ICF der Einschätzung von Funktionen und Strukturen) dienen, wurden zurückgestellt.

4.5.1.3 Analysebereiche der Teilhabe - Modellzugang der Datenbank

Da in den betrachteten Handlungsfeldern insbesondere die Teilhabe am Arbeitsleben relevant ist, weiterhin die in Kap. 4.4.1 dargestellte umfassende Prüfung des Bedarfs von Leistungen zur Teilhabe eine Auseinandersetzung mit der Teilhabe am gesellschaftlichen

und alltäglichen Leben erfordert, wurde für die Datenbank ein Modellzugang entworfen, der die Analysebereiche der Teilhabe skizziert (s. Abb. 4.5-1). Dieses Modell gibt einen Gesamtüberblick über die in o.g. Handlungsfeldern einzuschätzenden Bereiche und somit auch für die Teilhabe relevanten Bereiche: die Person mit ihren Fähigkeiten und Merkmalen, die Person im allgemeinem Lebenskontext sowie im speziellen Lebenskontext „Arbeit“ und die Bedingungen und Anforderungen von Arbeit.

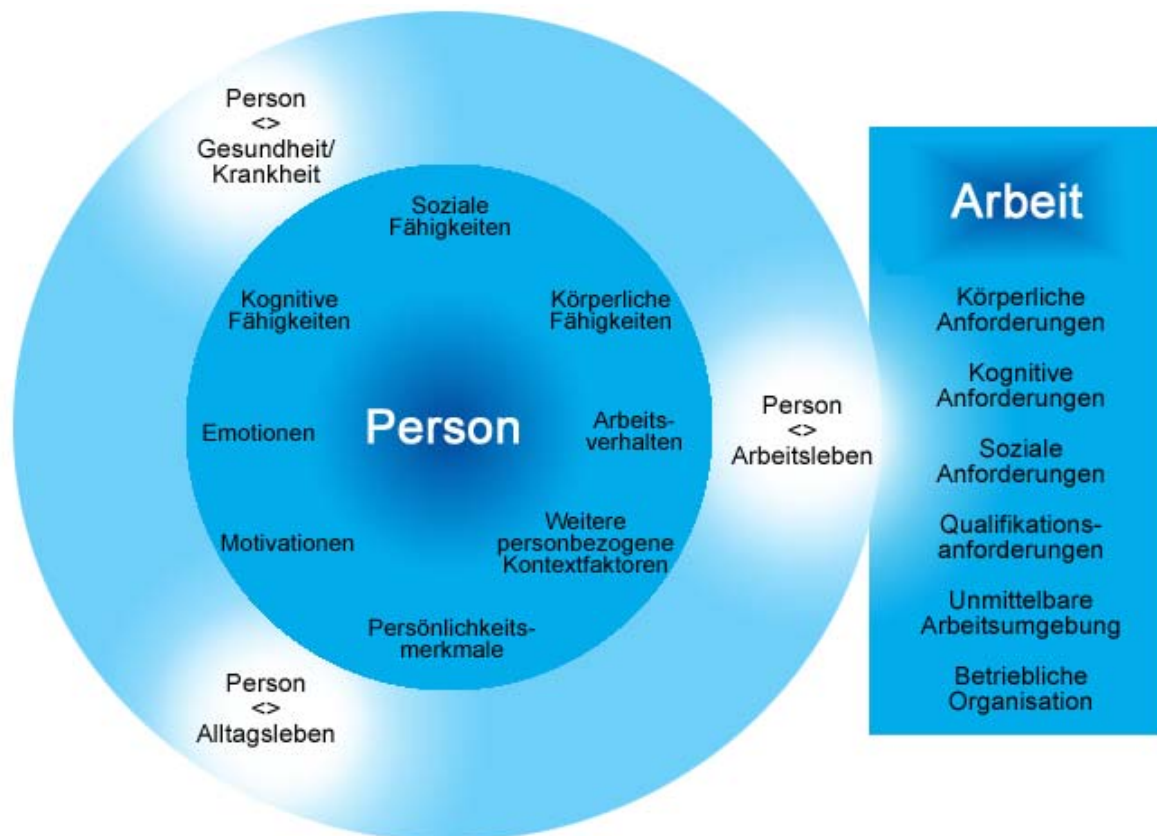


Abb. 4.5-1: Analysebereiche der Teilhabe

Im Folgenden werden die drei Hauptbereiche (Person, Lebenskontexte/Interaktionsfelder und Arbeit) mit ihren Unterbereichen aufgeführt. Den einzelnen Unterbereichen sind Schlagworte zugeordnet, mit denen auch die Instrumente verschlagwortet wurden. So kann man in der Datenbank über das Anklicken/Auswählen eines Analyseteilbereiches zu den dazu zugeordneten Instrumenten gelangen. Es werden jeweils einige Schlagwörter zu den einzelnen Bereichen genannt.

Einen Hauptanalysebereich stellt die Person mit ihren Fähigkeiten, Merkmalen und sonstigen Deskriptoren dar (s. innerer Kreisfläche der Abb. 4.5-1): Der Bereich der Person ist in folgende Analysebereiche aufgeschlüsselt:

- Emotionen
(Schlagwortbeispiele: Depression, Schmerz und Schmerzbewältigung, Stress u.a.)
- Kognitive Fähigkeiten
(Schlagwortbeispiele: Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, Intelligenz u.a.)
- Soziale Fähigkeiten
(Schlagwortbeispiele: Konfliktfähigkeit, Führungsfähigkeit, Teamfähigkeit u.a.)
- Körperliche Fähigkeiten
(Schlagwortbeispiele: Hand-, Arm- und Fingeraktivitäten, Lastenhandhabung u.a.)

- Arbeitsverhalten
(Schlagwortbeispiele: Sicherheitsverhalten, Flexibilität, Zuverlässigkeit u.a.)
- Weitere personbezogene Kontextfaktoren
(Schlagwortbeispiele: Fach- und themenspezifische Qualifikation, Biographie u.a.)
- Persönlichkeitsmerkmale
(Schlagwortbeispiele: Selbstwertgefühl und Selbstwertschätzung, Identität u.a.)
- Motivationen
(Schlagwortbeispiele: Arbeitsmotivation, Therapiemotivation, Attributionsstil u.a.)

Einen weiteren Hauptanalysebereich stellen die Lebenskontexte/Interaktionsfelder von Personen dar (s. äußere Kreisfläche der Abb. 4.5-1). Hier steht die Bewertung der Lebensbereiche durch die Person bzw. die Auseinandersetzung der Person mit diesen Bereichen (Interaktionsfelder) im Vordergrund. In diesem Hauptanalysebereich spiegelt sich die Teilhabe von Personen zu den angegebenen Lebenskontexten wider.

- Lebenskontext/Interaktionsfeld Person <> Arbeitsleben
(Schlagwortbeispiele: Arbeitszufriedenheit, Team- und Betriebsklima u.a.)
- Lebenskontext/Interaktionsfeld Person <> Alltagsleben
(Schlagwortbeispiele: Alltagsaktivitäten, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität u.a.)

Für die Rehabilitation des erkrankten/behinderten Menschen ist es wichtig, wie dieser sich mit seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung auseinandersetzt. Das heißt z.B., über welche Bewältigungskompetenzen er verfügt oder welche Rehabilitationsmotivation er besitzt. Diese Aspekte umreißt folgender Analysebereich:

- Interaktionsfeld Person <> Gesundheit/Krankheit
(Schlagwortbeispiele: Gesundheitsverhalten, Krankheitsbewältigung, Therapiemotivation u.a.)

Bei Fragestellungen zu Arbeitsfähigkeit, Umschulungsbedarf, optimale Passung etc. ist häufig eine Analyse der Anforderungen eines konkreten Arbeitsplatzes erforderlich. Der Hauptanalysebereich Arbeit beinhaltet die Bereiche, die zur Analyse der Arbeitsanforderungen und –bedingungen relevant sind. Er gliedert sich in die folgenden Unterbereiche (s. Kastenfläche der Abb. 4.5-1):

- Körperliche Anforderungen
(Schlagwortbeispiel: Lastenhandhabung)
- Kognitive Anforderungen
(Schlagwortbeispiele: Handlungs- und Planungskompetenzen, Problemlösen u.a.)
- Soziale Anforderungen
(Schlagwortbeispiele: Kommunikation, Teamarbeit, Führung)
- Qualifikationsanforderungen
(Schlagwortbeispiele: Schlüsselqualifikationen und Arbeitsverhalten u.a.)
- Unmittelbare Arbeitsumgebung
(Schlagwortbeispiele: Arbeitsplatzgestaltung, Umgebungseinflüsse u.a.)
- Betriebliche Organisation
(Schlagwortbeispiele: Raumorganisation, Unternehmenskultur u.a.)

4.5.1.4 Recherchemöglichkeiten der Datenbank

Es gibt, um den jeweiligen Vorkenntnissen und Fragestellungen der Anwender gerecht zu werden, verschiedene Möglichkeiten auf die Assessmentinstrumente der Datenbank zuzugreifen. Im obigen Kapitel wurde schon der Modellzugang angesprochen, der dem

Nutzer über die Analysebereiche Orientierung bietet bzw. als Leitmöglichkeit dient. Es gibt insgesamt vier Zugangs- bzw. Suchmöglichkeiten, die kurz hinsichtlich ihrer Anwendung beschrieben werden:

Suche über Analysebereiche (Modellzugang)

Entsprechend der in Abb. 4.5-1 dargestellten Analysebereiche der Teilhabe bietet sich dem Anwender die Möglichkeit, über die Auswahl eines Bereiches auf eine zu dem Bereich gehörige Schlagwortliste zu gelangen. Über die Auswahl eines oder mehrerer dieser Schlagwörter gelangt der Anwender zu einer Ergebnisliste, die Instrumente mit dem ausgewählten Schlagwort bzw. Schlagwörtern zeigt.

Suche über Schlagwortliste

Eine weitere Möglichkeit der Suche besteht über die Auswahl einer oder mehrerer Begriffe aus einer Gesamtliste aller Schlagwörter. Hier sind die Schlagwörter aller Analysebereiche alphabetisch zusammengefasst.

Freitextsuche

Es besteht die Möglichkeit, mit Hilfe einer Freitextsuche, z.B. Eingabe des Autors oder bestimmter Begriffe wie Handlungskompetenz, Arbeitssicherheit, etc. nach Assessmentinstrumenten zu suchen. Hier findet die Suche direkt in den Beschreibungstexten der Instrumente statt und nicht, wie bei den obigen Suchmöglichkeiten, über die zugeordneten Schlagworte.

Auswahl aus Gesamtliste der Instrumente

Eine Gesamtliste aller beschriebenen Instrumente ermöglicht einen direkten Zugang zu den Detailinformationen. Die Gesamtliste kann nach Autoren- bzw. Instrumentennamen oder nach Aktualität (Jahreszahlen) sortiert werden.

Alle Suchanfragen liefern eine Ergebnisliste, welche die gesuchten Verfahren tabellarisch anzeigt und in der die Instrumente nach einigen anwendungsorientierten Beschreibungskriterien sortiert werden können. Diese sind Art des Instrumentes, Methode der Instrumente, Angaben zu den Gütekriterien, Kosten und Zeitaufwand. Nochmaliges Anwählen eines gelisteten Instrumentes bewirkt die Darstellung der detaillierten Beschreibung des Verfahrens nach den Beschreibungskriterien, die in Kapitel 4.5.1.5 folgen.

4.5.1.5 Beschreibungskriterien der Assessmentinstrumente

Die Instrumente werden nach folgenden Kriterien beschrieben:

- Grunddaten zur deutschsprachigen Version (ggf. auch der Originalversion)
 - Verfahrensname und Abkürzung
 - Autor(en)
 - Herausgeber, Verlag, Erscheinungsjahr, Auflage
 - Kontaktadressen für Bestellungen bzw. inhaltliche Fragestellungen
 - Angaben zur Existenz bzw. der Art einer Demoversion
- Zusammenfassung
- Test-/Analysedesign

- Ziel(e)/Zielgröße(n)
- Dimensionen/Analyseeinheiten
- Gesamtzahl der Items
- Theoretische Grundlagen (Entwicklungskonzept, theoretisches Konstrukt u.a.)
- Erhebungs-/Analysemethode (Fragebogen, Interview, Selbst-/Fremdeinschätzung, Arbeitsprobe, Test/Messung, Beobachtung, Dokumentenanalyse u.a.)
- Frage- und Antwortformate/Beurteilungsskalen (Skalen, offene Fragen, Bilder u.a.)
- Aufbau (Existierende Kurz-/Langform, modularer Einsatz u.a.)
- Entwicklungsbezug zur ICF, ICIDH (I oder II) oder zu DIN/ISO-Normen
- Gütekriterien
 - Objektivität
 - Reliabilität
 - Validität
- Zielgruppe/Einsatzbereiche
 - Altersabhängigkeit
 - Anwendungsfelder (Indikationen, Branchen u.a.)
 - Ausschlusskriterien und Kontraindikationen
 - Referenzen praktischer Anwendungen
- Voraussetzungen für die Anwendung
 - Personelle Qualifikation (Spezielle Berufsgruppe, verfahrensspezifischer Lehrgang u.a.)
 - Materielle, räumliche und institutionelle Voraussetzungen (Geräte und Materialien, Raumbedarf, Lizenzen u.a.)
- Anwendungs- und Auswertungshinweise
 - Möglichkeit der Gruppenanwendung
 - Unterstützung durch Computer
 - Bearbeitungsdauer
- Kosten
 - Anschaffungskosten
 - Kosten für die einzelne Untersuchung
- Publikationen zum Testverfahren
 - Allgemeine Veröffentlichungen
 - Veröffentlichungen zu den Gütekriterien

Für die Beschreibung der Assessmentinstrumente wurde ein Fragebogen konzipiert, um die genannten Beschreibungskriterien zu ermitteln. Der Fragebogen wurde an die Autoren ausgewählter Instrumente (s. Kap. 4.5.1.2) versandt. Der Bogen befindet sich in der Materialsammlung - XII.

4.5.1.6 Rahmendaten zu Internetseite

Die Datenbank ist im Internet zur kostenlosen Benutzung unter der Adresse <http://www.assessment-info.de> bereitgestellt. Die Umsetzung der Website orientiert sich an der aktuellen Richtlinie WCAG 1.0 (Web Content Accessibility Guidelines) des W3C (World Wide Web Consortium). Die Seiten und Inhalte werden regelmäßig auf ihre Barrierefreiheit hin geprüft. Unser Ziel ist es, die Inhalte unserer Website nach dem Standard Triple-A zugänglich zu machen. Somit ist sie in höchster Ausprägung behindertengerecht.

Die Datenbank Assessmentinstrumente beschreibt und kategorisiert zur Zeit über 130 Test- und Analyseinstrumente. Neben der Datenbank findet der Anwender auf dieser Seite grundlegende Informationen zum Thema Assessment (Leitgedanken, Glossar) sowie Hinweise auf Veranstaltungen und Literatur zum Themenfeld Assessment in der Prävention und Rehabilitation.

4.5.2 Design Check und FWS Design Check

Das Instrument Design Check (DC) wurde für die ergonomische Bewertung industrieller Arbeitsplätze, zunächst in der Automobilindustrie, entwickelt. Besonderes Augenmerk galt dabei Montagetätigkeiten. Diese sind u.a. durch ungünstige Körperhaltungen charakterisiert, meist in Verbindung mit auszuübenden Körperkräften oder präzisen Bewegungen des Hand-Arm-Systems. Mit DC wurde ein Screening-Verfahren realisiert, das ergonomische Schwachstellen eines Arbeitssystems schnell und unkompliziert aufdeckt. DC dient sowohl der konzeptiven als auch der reaktiven ergonomischen Bewertung von körperlichen Arbeitsbelastungen.

Im Design Check werden Belastungssituationen fokussiert, die am Arbeitsplatz als Engpass betrachtet werden. Ziel ist es, mitarbeiterunabhängig ungünstige Gestaltungssituationen am Arbeitsplatz zu erfassen und zu bewerten, um körperliche Überbeanspruchungen der Mitarbeiter auf das geringste mögliche Maß zu reduzieren.

4.5.2.1 Dimensionen und Hintergrund des Design Check

Design Check bewertet die vorgefundene Belastungssituation in einem 2-D-Diagramm, das auf der einen Achse anthropometrische und auf der anderen Achse biomechanisch-physiologische Anforderungen beschreibt. Die Bewertung des Arbeitsplatzes erfolgt unter diesen Gesichtspunkten. Aus anthropometrischer Sicht werden 90 % der männlichen Arbeitsbevölkerung berücksichtigt (5. bis 95. Körperhöhenperzentil). Die physiologisch-biomechanische Arbeitsplatzanalyse deckt 95 % der Arbeitsbevölkerung ab. Dadurch wird mit Design Check eine werkerunabhängige Bewertung des Arbeitssystems ermöglicht.

Daraus ergibt sich die Grundlage des Design Check-Diagramms, hier an einem Beispiel verdeutlicht: weicht z.B. die reale Arbeitshöhe von der empfohlenen ab (Abstand) und müssen z.B. gleichzeitig hohe Aktionskräfte, die das Hand-Arm-System zusätzlich belasten, pro Schicht häufig aufgebracht werden, so wird nach Abb. 4.5-2 der Bereich hoher Beanspruchungen angezeigt („roter Bereich“). Stimmen hingegen die anthropometrischen und die physiologisch-biomechanischen Daten am Arbeitsplatz mit einer ergonomischen Arbeitsgestaltung überein, so liegen akzeptable Beanspruchungen der Mitarbeiter („grüner Bereich“) vor.

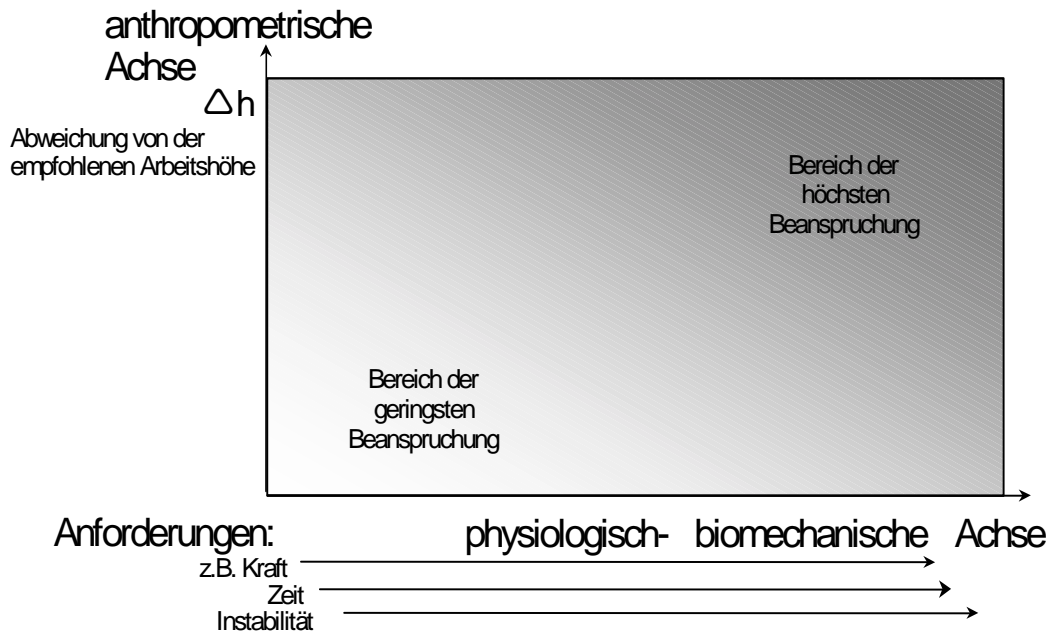


Abb. 4.5-2: Dimensionen des Design Check

4.5.2.2 Weiterentwicklung des Design Check zum FWS Design Check

Der FWS Design Check stellt eine Weiterentwicklung des oben vorgestellten Instrumentariums dar. Hier werden neben den ergonomischen Arbeitsplatzbedingungen auch Vorschädigungen des Arbeitsplatzinhabers in die Bewertung einbezogen. Dabei wird die Beurteilung um die Fähigkeiten eines Mitarbeiters ergänzt, so dass sich z.B. durch mögliche gesundheitliche Vorschädigungen die Bewertung eines Arbeitsplatzes in Richtung „roter Bereich“ verschieben kann.

Hierzu wurde die Liste der Risikofaktoren, die durch den Design Check beurteilt werden, (s. Abb. 4.5-3) um individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten ergänzt, z.B. Training und körperliche Einschränkungen. Es handelt sich um Erweiterungen im Bereich III, die in der Abb. 4.5-3 hervorgehoben sind.

Analyse der Risikofaktoren - FWS-Design Check

Bereich I: Ganzkörper

- ∅ Art der Bewegung (niederfrequent, hochfrequent oder statisch)
- ∅ Rumpfhaltung und dessen Abstützungsmöglichkeiten
- ∅ Armhaltung, Einfluß des Kraft- oder Lastangriffspunktes
- ∅ Arm- / Körperkraft und zeitliche Anspannungsdauer

Bereich II: Hand-Armsystem

- ∅ Art der Bewegung (niederfrequent, hochfrequent oder statisch)
- ∅ Präzision: Stell- oder Bewegungsgenauigkeit
- ∅ anatomische Achse der Gelenke und Krafrichtung (sowie Einfluß von Last Kraftangriffspunkt, zeitlicher Anspannungsdauer)
- ∅ Kraft im Finger-, Handbereich und zeitliche Anspannungsdauer

Bereich III: Einflüsse der Arbeitsumgebung. -organisation und individ. Faktoren

- ∅ Ausführungsbedingungen
- ∅ Einwirkungen auf den Arbeitsablauf: z.B. physiologische Arbeitsumgebung
- ∅ Gestaltung der Betriebsmittel (Vorrichtungen, Stellteile, Werkzeuge), Gestaltung des Produktes
- ∅ **Vorschädigungen, körperliche Einschränkungen**
- ∅ **Redefinition, Training, sportliche Aktivitäten**
- ∅ **Zeithorizont (geplante Ausübung der Tätigkeit über Jahre)**
- ∅ ...

Abb. 4.5-3: Analyse der Risikofaktoren – Ergänzungen des FWS Design Check

Abb. 4.5-4 zeigt die Vorderseite des Bewertungsbogens Design Check. Bei einer Risikobeurteilung von Arbeitsplätzen, bei der die ergänzten Risikofaktoren wie „körperliche Einschränkungen“ mitbewertet werden, würde sich der ermittelte Punktwert erhöhen, also ein höheres Risiko signalisieren, falls am beurteilten Arbeitsplatz Mitarbeiter eingesetzt werden, die z.B. bereits Vorschäden im unteren Lendenwirbelsäulenbereich (L5-S1) aufweisen. Eine für gesunde Mitarbeiter bedingt akzeptable Arbeitssituation („gelber Bereich“) kann bei Mitarbeitern mit Vorschädigungen bereits zu dauerhaften Gesundheitsschäden führen („roter Bereich“, s. Abb. 4.5-4). Daraus ergibt sich sofortiger Handlungsbedarf wie eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder eine Umsetzung des Mitarbeiters.

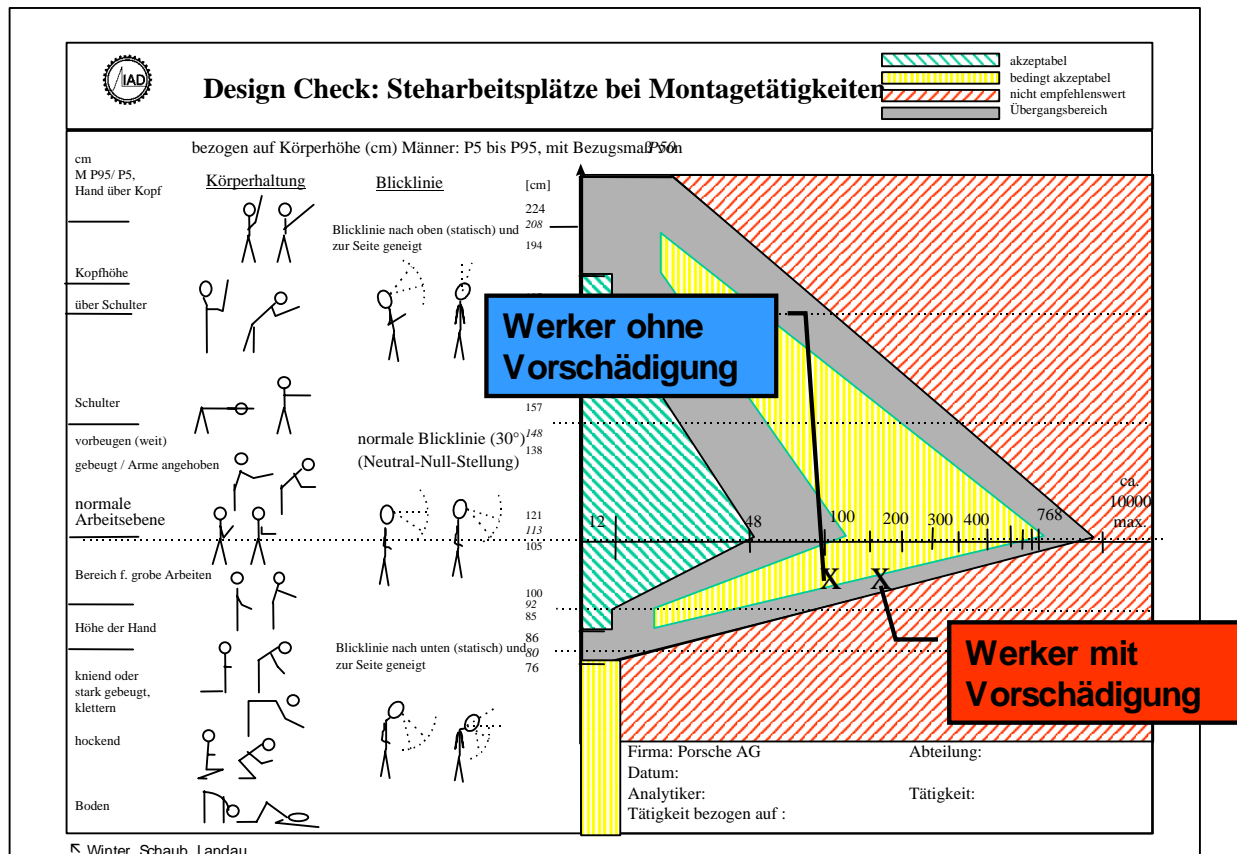


Abb. 4.5-4: Vorderseite des erweiterten Design Check (2-D-Diagramm), Einstufungsbeispiel

4.5.2.3 Anwendungsfelder des Design Check und FWS Design Check

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Design Check ein praktikables Werkzeug für die Beurteilung der körperlichen Arbeit bei Montagetätigkeiten ist und mit dem gleichzeitig ergonomische Schwachstellen des Arbeitssystems aufgedeckt werden können. Mit Design Check werden die Auswirkungen der Gestaltung bezüglich des vor Ort tätigen Personenkollektivs aufgezeigt, wodurch die unterschiedlichen Beanspruchungen der Werker am Arbeitsplatz sichtbar werden. Insofern ist eine Beurteilung der Arbeitsplatzgestaltung auch unabhängig von den individuellen Eigenschaften (Kraftbereich und Körpergrößenbereich) der Werker möglich. Dies ist insbesondere im Sinne der proaktiven Ergonomie, also Einflussnahme auf die Planungsphase, wichtig.

Die Berücksichtigung von Gesundheitsschädigungen ist nur auf der physiologisch-biomechanischen Ebene möglich und kann nur dort beschrieben werden, nicht aber auf der anthropometrischen Ebene, deshalb erweist sich eine Verknüpfung mit Beschwerde- bzw. Fähigkeitsdaten einzelner Mitarbeiter als schwierig. Aus diesem Grund wurde der Ansatz zunächst nicht weiter verfolgt. Auch stehen eine Validierung bzw. ein Experten-Rating und der Einsatz in der Praxis für den weiterentwickelten FWS Design Check noch aus.

Praktikabler ist es, werkerabhängige Bewertungsverfahren wie NPW (New Produktion Worksheet)¹⁷¹ oder ähnliche weiter zu entwickeln und als ergonomisches Frühwarnsystem zu etablieren (s. Kap. **4.5.3**).

¹⁷¹ Schaub, Kh., Storz, W. & Landau, K. (2001). Nachhaltige Risikobeurteilung von Montageprozessen in der Automobilindustrie. In K. Landau & H. Luczak (Hrsg.), *Ergonomie und Organisation in der Montage* (S. 148-177). München, Wien: Carl Hanser Verlag.

4.5.3 Ergonomisches Frühwarnsystem (Ergo-FWS)

4.5.3.1 Ausgangssituation

Ein betriebliches Frühwarnsystem erfordert komplexe innerbetriebliche Strukturen und Maßnahmen und wird einzelne Bausteine enthalten, die nach und nach in den Betrieben eingeführt bzw. übernommen werden können. Aus diesem Grund wurde am Institut für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt (IAD) zunächst die Weiterentwicklung einzelner Bausteine verfolgt, wobei das Hauptaugenmerk auf eine Risikobeurteilung von Arbeitsplätzen in der Montage, also überwiegend körperliche Arbeit, gelegt wurde. Ziel war es, vorhandene Verfahren weiter zu entwickeln, um komplexe Belastungssituationen möglichst einfach, also für die Praxis handhabbar, beurteilen und daraus Maßnahmen im Sinne der Prävention ableiten zu können. Es sollte eine Risikoabschätzung für einzelne Arbeitsplätze ermöglicht werden.

In einem zweiten Schritt sollte versucht werden, durch Abgleich der erhobenen Daten mit Daten aus dem arbeitsmedizinischen Bereich auch Aussagen darüber treffen zu können, inwieweit eine fähigkeitsbezogene Risikobeurteilung möglich ist. Schließlich taucht in der Praxis häufig die Frage auf, inwieweit ein „risikoloser“ Arbeitsplatz mit einem geeigneten Arbeitsplatz für leistungsgeminderte Mitarbeiter gleichzusetzen ist.

Es sollte ein Screening-Verfahren unter Einbeziehung rechtlicher Normen und schon bestehender Verfahren entwickelt werden, das alle am betrieblichen Gesundheits- und Arbeitsschutz Beteiligten berücksichtigt und als Plattform zur gemeinsamen Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs dienen kann.

In Folge guter Vorerfahrungen in der Automobilindustrie bot sich an, dort vorhandene Verfahren einzubeziehen und weiterzuentwickeln, da auf Grund von Recherchen in der Praxis davon ausgegangen werden musste, dass es kein allgemein gültiges Screening-Verfahren geben kann. Vielmehr wird eine Anpassung an die betrieblichen Erfordernisse bzw. die zu erhebenden Risiken erforderlich sein.

Diese Verfahren basieren auf einer Weiterentwicklung des Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts, das davon ausgeht, dass durch die Beanspruchung des Individuums bis zu einem gewissen Grad eine Anpassung an die Belastung erfolgen kann, wobei bei Überschreiten der Schädigungsgrenze mit der Wahrscheinlichkeit p eine Schädigung eintritt. Das Modell des Belastungs-Risiko-Konzepts will durch eine akzeptable Reduzierung der Beanspruchung das Risiko einer Schädigung vermeiden, ähnlich der Risikoanalyse, die in EU-Normen Eingang gefunden hat (s.

Abb. 4.5-5).

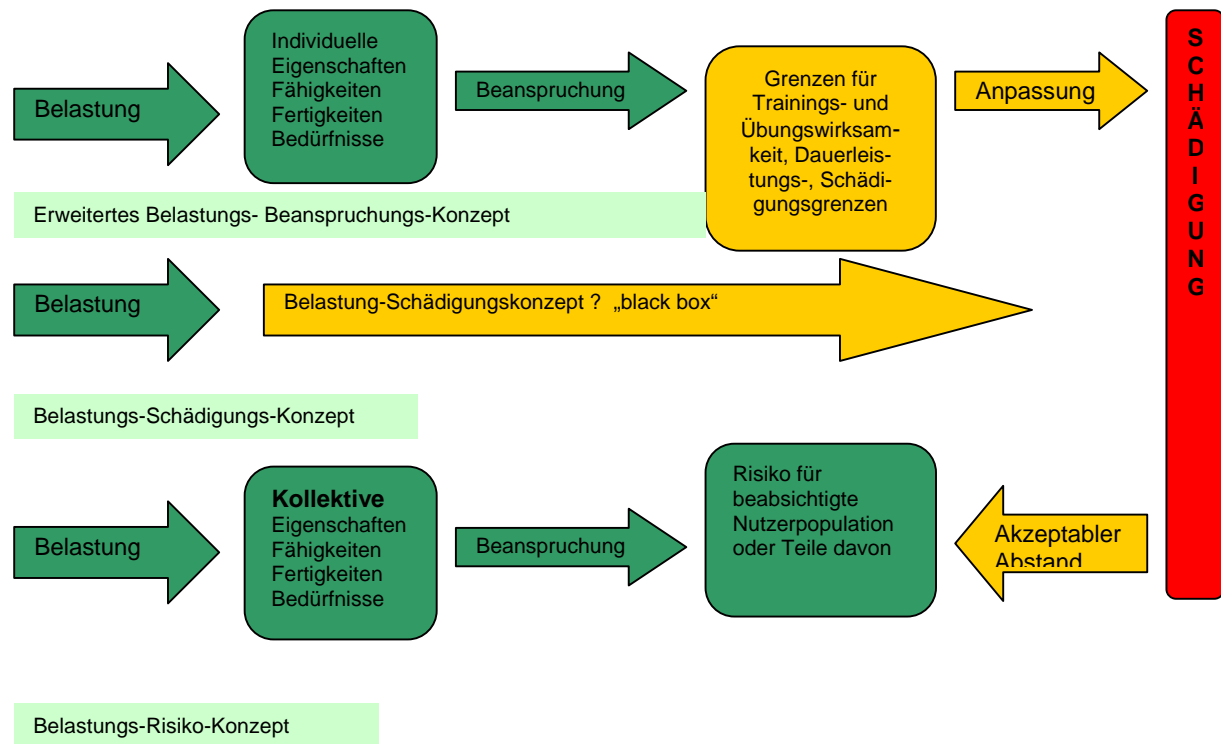


Abb. 4.5-5: Theorie des Belastungs-Risiko-Konzepts

Dieses Prinzip sollte als Grundlage für das weiter zu entwickelnde ergonomische Frühwarnsystem zur Risikobewertung von Montagetätigkeiten (in der Automobilindustrie) dienen. Zunächst erfolgte die Weiterentwicklung von Instrumentarien zur Risikobeurteilung von Arbeitsplätzen und in einem zweiten Schritt die Einbindung einer Screening-Methode zur Erfassung von körperlichen Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter, so dass auf Grund einer gemeinsamen Datenbasis bzw. dem Einsatz eines gemeinsamen Instrumentariums auch eine Beurteilung eines fähigkeitsbezogenen Arbeitsplatzrisikos möglich sein wird.

4.5.3.2 Theoretische Grundlagen

Das Hauptaugenmerk liegt darauf, EU-konform komplexe Belastungssituationen, die verschiedene Belastungsarten beinhalten, unter Berücksichtigung der Nutzereigenschaften, zu beurteilen. Daraus werden Belastungspunkte/Zeiteinheit erstellt, aus denen eine Risikobewertung nach dem Ampelprinzip (Maschinenrichtlinie, s.u.) möglich wird.

Das heißt:

- Ableiten einer Konstruktvalidität für die beteiligten Belastungsarten
- Bewertung **komplexer** Teilbelastungen (simultane Belastungssuperposition)
- sukzessive Superposition unterschiedlicher Belastungsarten
- Validierung sukzessiver Superposition durch Expertenrating

Abb. 4.5-6 verdeutlicht noch einmal die Weiterentwicklung und die Unterschiede zwischen der klassischen Belastungs-Beanspruchungs-Analyse und dem Ansatz des Ergo-FWS.

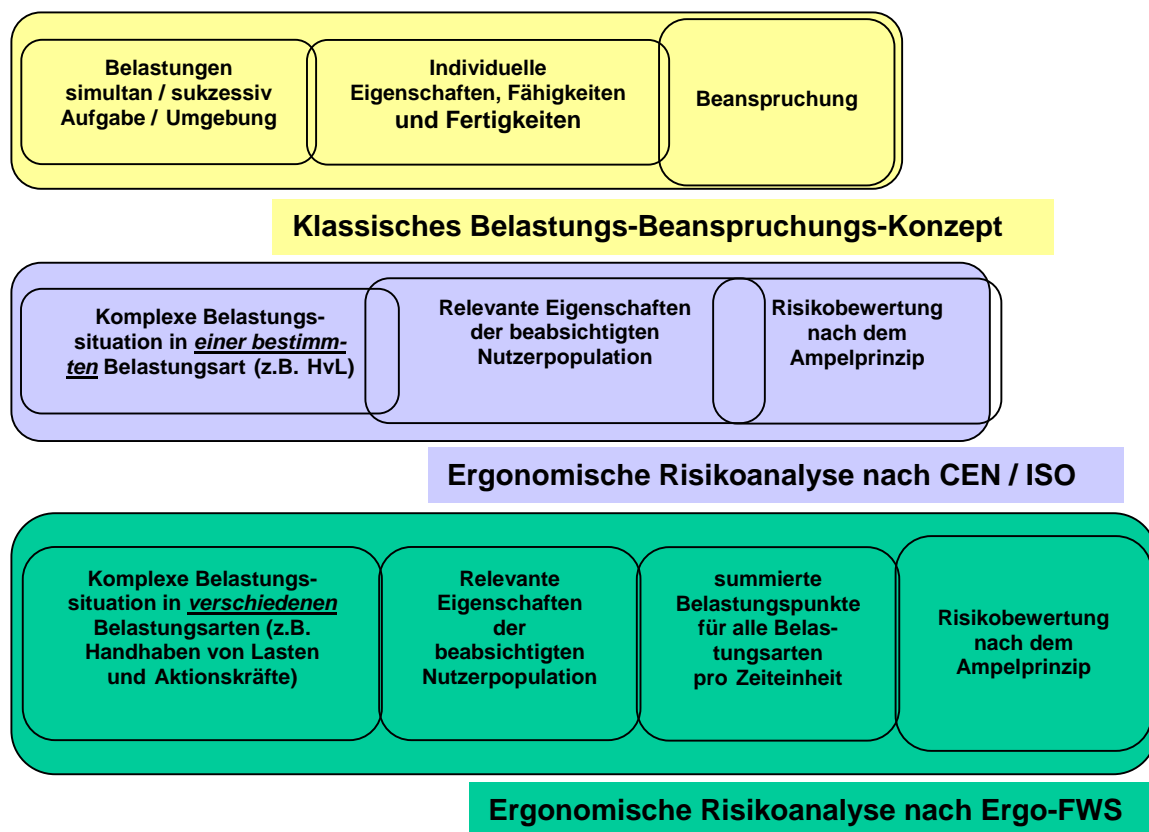


Abb. 4.5-6: Entwicklung eines ergonomischen Frühwarnsystems

Auch hierbei handelt es sich um eine Methode zur Risikobeurteilung von Arbeitsplätzen im Montagebereich, also einer Bewertung vorwiegend körperlicher Arbeit. Psychische Belastungen werden nur indirekt erfasst. Auf eine gesonderte Beurteilung dieser Parameter wurde bewusst verzichtet.

Vorhandene Verfahren analysieren und bewerten oft nur Teilbelastungen wie z.B.:

- Körperhaltungen,
- Aktionskräfte oder
- manuelle Lastenhandhabungen.

Die Anwendung dieser Verfahren führt oftmals zu Schwierigkeiten, da reale Tätigkeiten neben ungünstigen Körperhaltungen auch das Ausüben von Aktionskräften oder manuellen Lastenhandhabungen erfordern. Nur selten lassen sich industrielle Tätigkeiten eindeutig mit Hilfe des o.g. Gliederungsaufbaus kategorisieren, so dass für bestimmte Tätigkeiten eine Analyse mit Hilfe mehrerer Verfahren erforderlich wird. Dies erhöht den Analyseaufwand und vermindert die Praktikabilität.

Deshalb wurde zunächst ein Screening-Verfahren entwickelt, das als Papier- und Bleistiftversion in vertretbarem Zeitaufwand - z.B. im Rahmen der Gefährdungsanalysen - zu einer Bewertung von Arbeitsplätzen und Teiltätigkeiten eingesetzt werden kann und das alle genannten Belastungsarten einbezieht und bewertet.

Das Arbeitsschutzgesetz als nationale Umsetzung der EU-Rahmenrichtlinie zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (89/391/EWG) fordert vom Arbeitgeber eine Dokumentation und Beurteilung der Gefährdungen, denen der Beschäftigte bei seiner Arbeit ausgesetzt ist. Werden Maßnahmen zum Arbeitsschutz ergriffen, so sind der „Stand von

Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen“.

Die Bewertung des Arbeitsplatzes erfolgt unter anthropometrischen sowie unter physiologisch-biomechanischen Gesichtspunkten.

Bei der Anwendung der Verfahren werden die Gestaltungsgrundsätze nach der EU-Maschinenrichtlinie (98/37/EG) beachtet. Neben der Rahmenrichtlinie zum Arbeitsschutz ist die Maschinenrichtlinie (98/37/EG) ebenfalls rechtlich bindend. Insofern ist bereits in der Planungsphase von Arbeitssystemen eine prospektive Beurteilung möglicher Gesundheitsgefährdungen einzubeziehen und eine Risikoanalyse durchzuführen (siehe europäische Normen (CEN-Normen) EN 292, EN 614, EN 1050 sowie EN 547, EN 894 und prEN 1005, Teile 1-5, „Sicherheit von Maschinen - Menschliche körperliche Leistung“). Diese im Rahmen der nach Artikel 95 des Maastrichter (EG) Vertrages erstellten CEN-Normen beinhalten Analysemethoden für physische Arbeitsbelastungen und stellen eine gute Basis für die Gefährdungsbeurteilung von körperlicher Arbeit dar.

Hierdurch wird eine prospektive Beurteilung einzelner Arbeitsplätze hinsichtlich ihrer ergonomischen Gestaltungsgüte bzw. ihrer Gesundheitsrisiken möglich. Sie wenden sich an den Konstrukteur von Maschinen und sollen der Anwenderpopulation ein Mindestmaß an Gesundheitsschutz und Sicherheit garantieren.

Tab. 4.5-1 gibt einen Überblick über die wesentlich berücksichtigten CEN-Normen, deren wichtigste Inhalte und Forderungen kurz zusammengefasst werden.

Tab. 4.5-1: Überblick über ausgewählte Normen der EU Maschinenrichtlinie

Typ A-Normen (Sicherheitsgrundnormen)
EN 292 „Sicherheit von Maschinen - Grundbegriffe - Allgemeine Gestaltungsgrundsätze“
EN 414 „Sicherheit von Maschinen - Regeln für die Abfassung und Gestaltung von Sicherheitsnormen“
EN 614 „Sicherheit von Maschinen - Ergonomische Gestaltungsgrundsätze
EN 1050 „Sicherheit von Maschinen - Leitsätze zur Risikobeurteilung“
Typ B-Normen (Sicherheitsgruppennormen)
EN 547 „Sicherheit von Maschinen - Körpermaße des Menschen
EN 563 „Sicherheit von Maschinen - Temperaturen berührbarer Oberflächen
EN 894 „Sicherheit von Maschinen - Ergonomische Anforderungen für die Gestaltung von Stellteilen“
EN 1005 „Sicherheit von Maschinen - Menschliche körperliche Leistung“

EN 292 fordert vom Konstrukteur eine Risikobewertung auf der Basis folgender Definitionen:

Risikobewertung:

Eine umfassende Einschätzung der Wahrscheinlichkeit und des Schweregrades der möglichen Verletzung oder Gesundheitsschädigung in einer Gefährdungssituation, um so geeignete Sicherheitsmaßnahmen auszuwählen.

Gefährdungssituation:

Jede Situation, in der ein Mensch einer oder mehreren Gefährdungen ausgesetzt ist.

Gefährdung:

Eine Quelle einer möglichen Verletzung oder Gesundheitsschädigung.

Im Rahmen einer Risikobeurteilung ist das Risiko (bezogen auf die betrachtete Gefährdung) eine Funktion des Ausmaßes des möglichen Schadens und der Wahrscheinlichkeit des

Eintritts dieses Schadens. Das Ergebnis einer Risikoanalyse ist die Bewertung der vorgefundenen Arbeitssituation auf Basis des Ampelschemas. Die Körperhaltung des Operators bei der Arbeit darf nicht zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

EN 614 regelt ergonomische Grundsätze beim Gestalten von Arbeitsmitteln, dort sind u.a. Körperhaltungen, Körperbewegungen zu beachten. Das beinhaltet u.a. Vermeidung ungünstiger Körperhaltungen oder repetitive Bewegungen.

prEN 1005-1, prEN 1005-2 und prEN 1005-3 befassen sich mit Aussagen zu den Körperkräften. Gefordert wird, die Anforderungen der Arbeitsmittel an die Körperkräfte des Operators während des Einsatzes auf ein annehmbares Maß zu beschränken und falls die erforderliche Kraft nicht von Muskelgruppen entsprechender Leistungsfähigkeit aufgebracht werden kann, mechanische Hilfsmittel bereitzustellen.

EN 1050 enthält Leitsätze zur Risikobeurteilung, die Abb. 4.5-7 und Abb. 4.5-8 verdeutlichen.

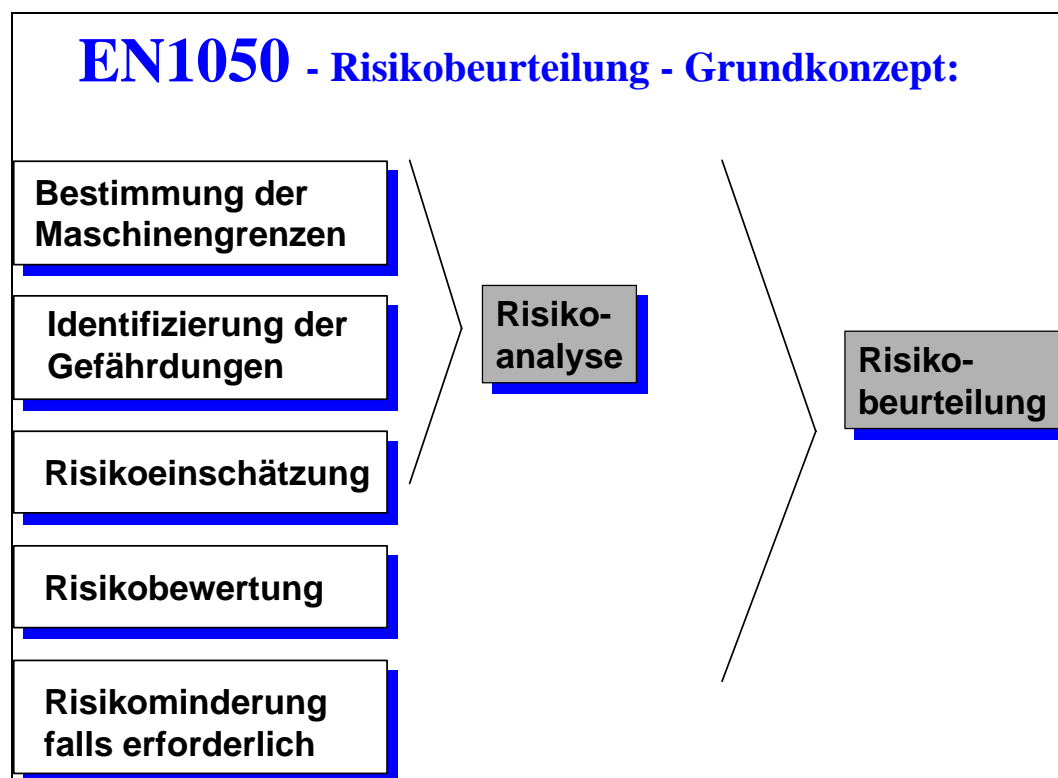


Abb. 4.5-7: Begriffsdefinitionen zur Risikobeurteilung nach EN 1050

EN1050 - Risikobeurteilung - Risikoeinschätzung:

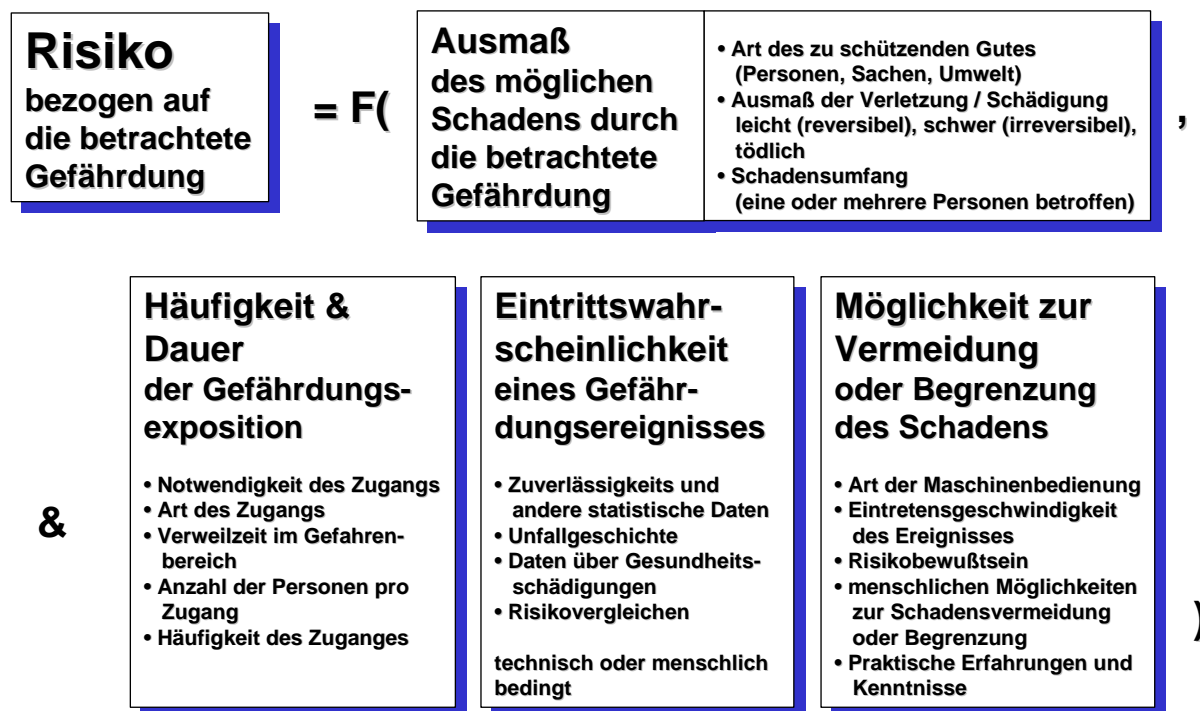


Abb. 4.5-8: Risikodefinition gemäß EN 1050

Hierdurch wird eine prospektive Beurteilung einzelner Arbeitsplätze hinsichtlich ihrer ergonomischen Gestaltungsgüte bzw. ihrer Gesundheitsrisiken möglich. Deshalb dienen zur Entwicklung des Ergo-FWS national und international gängige bzw. anerkannte Verfahren und Normen als Grundlage, die Setzungen hinsichtlich der Risikobeurteilung einzelner Belastungsarten enthalten. Diese Setzungen, die sich teilweise auf epidemiologischen Untersuchungen stützen und teilweise durch Expertenratings entwickelt wurden, dienen u.a. als Grundlage zur Festsetzung der Risikopunkte zur Belastungsbeurteilung im Ergo-FWS.

Berücksichtigt werden:

1. EU-Richtlinien
2. Verfahren des Institutes für Arbeitswissenschaft der TU Darmstadt
3. Vorhandene Verfahren in der Automobilindustrie
4. International anerkannte Verfahren

Alle berücksichtigten Bewertungsverfahren benutzen - wie in der Arbeitswissenschaft üblich - Belastungen und Beanspruchungen auf der Basis kurzfristiger Untersuchungen (eine Schicht oder mehrere Schichtfolgen). Ziel der Arbeitsgestaltung ist jedoch das Sicherstellen von langfristiger Erträglichkeit (Schädigungsfreiheit). Neuere Formen der Arbeitsorganisation (job rotation, Gruppenarbeit) brechen diese festen Frequenzmuster auf und bringen für den Werker größere Tätigkeitsinhalte und damit weniger Repetitivität und einseitige Belastungsspitzen. Das heißt, dass die bisherigen Bewertungsmethoden nicht mehr oder nur mit erhöhtem Aufwand einsetzbar sind. Bisher existierten kaum einfache Screening-Verfahren, welche die Haupteinflussgrößen körperlicher Belastung beschreiben und bewerten. Die bestehenden Screening-Verfahren gelten im Wesentlichen nur für Lastenhandhabungen und berücksichtigen entweder spezielle Fälle¹⁷² oder nicht alle

¹⁷² z.B. Bau-BG: Merkblatt Handhaben von Mauersteinen.

relevanten Bewertungskriterien¹⁷³. Eine Ausnahme bildet hier die Leitmerkmalermethode (LMM)¹⁷⁴ zum „Heben und Tragen“ sowie zum „Ziehen und Schieben“ von Lasten. Das Verfahren zur „praxisgerechten Analyse der objektiv vorhandenen Arbeitsbelastung“ bietet den Anwendern eine Orientierung und Umsetzungshilfe zur Lastenhandhabungsverordnung (LasthandhabV).

Hier knüpft die Weiterentwicklung des Ergo-FWS an. Die Methode berücksichtigt neben den oben aufgeführten Normen und rechtlichen Grundlagen auch vorhandene Instrumente.

4.5.3.3 Aufbau und Struktur des Ergo-FWS

Der Ergo-FWS Ansatz ist eine Weiterentwicklung eines in der Automobilindustrie eingesetzten und validierten Instrumentariums New Production Worksheet (NPW)¹⁷⁵, das werkerabhängig arbeitet und Risikopunkte vergibt. Es werden Körperstellungen sowie Rumpf- und Armhaltungen, Kräfte unter Berücksichtigung des Hand-Arm-Systems sowie der Handhabung von Lasten beurteilt.

Ziel der Analysen mit dem Ergo-FWS ist, einerseits belastende Arbeitssituationen zu dokumentieren, zu bewerten und Problemverfolgungssystemen zuzuführen (FWS Erg) und andererseits die Arbeitssituationen unter den Gesichtspunkten einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit einzelner Mitarbeiter erneut zu bewerten, um ebenfalls gezielt Maßnahmen ergreifen zu können (FWS Med).

Das Ergo-FWS ist eine Form der ergonomischen Belastungsanalyse mit dem Ziel, bestehende und geplante Arbeitsplätze, Arbeitsoperationen bzw. Arbeitstakte zu verbessern.

Das Instrumentarium steht zunächst als Papier- und Bleistift-Methode zur Verfügung. Es enthält zwei Beurteilungsbögen von jeweils zwei DIN A4-Seiten, deren Bearbeitungsdauer 15 min nicht übersteigen sollte. Für eine sichere Anwendung ist eine Schulung erforderlich. Anwender können und sollten Planungs- bzw. Konstruktionsingenieure, Ergonomiebeauftragte, betrieblichen Vorgesetzte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Betriebs- oder Werksärzte sein.

¹⁷³ z.B. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): *Gutachten über Gewichtsgrenzen für Männer, Frauen und Jugendliche*. 1981.

¹⁷⁴ Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (Hrsg.): *Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen beim Heben und Tragen von Lasten*. 4. überarb. Aufl. 2001.

¹⁷⁵ Schaub, Kh., Storz, W. & Landau, K. (2001): Nachhaltige Risikobeurteilung von Montageprozessen, in der Automobilindustrie. In K. Landau & H. Luczak (Hrsg.), *Ergonomie und Organisation in der Montage* (S. 148-177). München, Wien: Carl Hanser Verlag.

Schaub, Kh., Hüttmann, K., Grunewald, B. et al. (2003): Ausgewählte Good Practice Beispiele aus dem neuen Opelwerk Rüsselsheim. In K. Landau (Hrsg.), *Good Practice: Ergonomie und Arbeitsgestaltung*, Stuttgart: ergonomia Verlag OHG.

FWS Erg (Anforderung)

FWS Med (Fähigkeit)

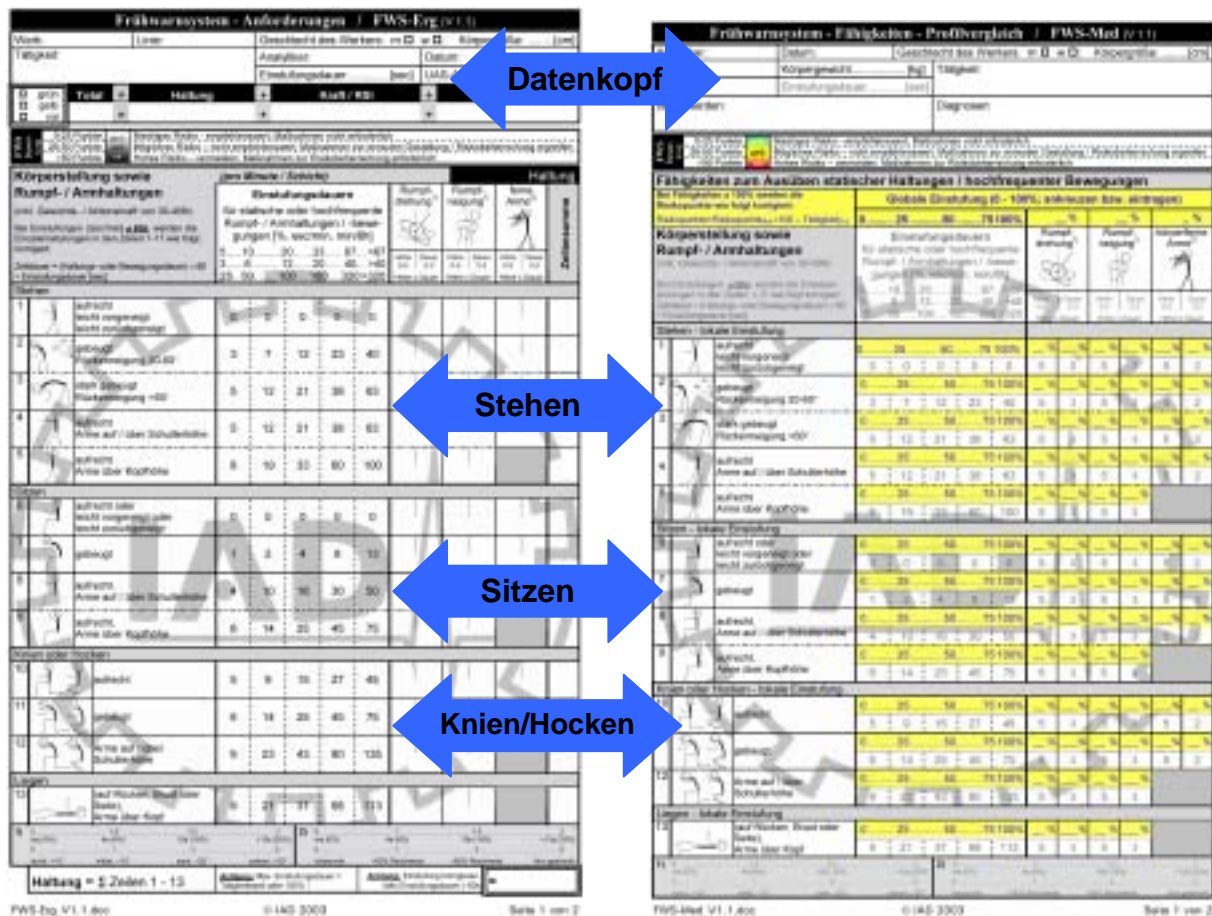


Abb. 4.5-9: Vorderseite FWS Erg - FWS Med: Körperstellungen, Arm- und Rumpfhaltungen

Abb. 4.5-9 zeigt exemplarisch die Vorderseiten der beiden Erhebungsbögen mit dem Datenkopf, die aufgrund ihres einheitlichen Aufbaus einen Abgleich und die Einstufungen der Merkmale Körperstellung sowie Arm- und Rumpfhaltungen ermöglichen (s. Materialsammlung - IX).

Beurteilt werden auf der einen Seite die Anforderung an bestehenden Arbeitsplätzen mit dem Beurteilungsbogen FWS Erg und auf der anderen Seite erfolgt die Einstufung der Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter mit dem Beurteilungsbogen FWS Med. Im weiteren sollen die Grundzüge der Beurteilungsbögen FWS Erg und FWS Med erläutert werden.

Das Ergo-FWS berücksichtigt folgende **körperlichen** Belastungsarten:

- Körperhaltungen (incl. geringer Kräfte/Lasten ca. 30-40N)
- Kräfte und zusätzliche Belastungen (Gelenkstellungen und Rückschlagkräfte, Impulse, Schwingungen)
- Handhaben von Lasten

Im Einzelnen werden beurteilt:

- Körperstellung und Armhaltungen - Haltungspunkte_1
- Zusätzliche Belastungen - Haltungspunkte_2
- Kräfte und zusätzliche Belastungen - Belastungspunkte
- Manuelles Handhaben von Lasten - Lastenpunkte

- Besondere Belastungen - Sonderpunkte

In Anlehnung an das TOYOTA- und NPW-Verfahren sowie unter Berücksichtigung der Leitmerkmalmethode (LMM)¹⁷⁶ werden Belastungspunkte für ergonomisch ungünstige Situationen vergeben.

In Abhängigkeit von der Punktschme erfolgt gemäß Maschinenrichtlinie eine Bewertung nach dem Ampelschema:

- 0-25 Punkte (grün): Niedriges Risiko – empfehlenswert
- 25-50 Punkte (gelb): Mögliches Risiko – nicht empfehlenswert
- >50 Punkte (rot): Hohes Risiko – vermeiden

Die Übergänge zwischen den einzelnen Bereichen sind fließend.

Ergeben sich bei der Analyse gelbe oder gar rote Einstufungsergebnisse, so ist zu analysieren, welcher **Arbeitsvorgang** innerhalb eines Taktes für die ungünstige Einstufung verantwortlich ist.

4.5.3.3.1 Beurteilung der Anforderungen mit Ergo-FWS

In diesem Beurteilungsbogen erfolgt die Risikobeurteilung der Arbeitsplätze, -takte oder -operationen. Eingestuft wird die Belastungshöhe (Körperhaltung, Kräfte, Gewichte) und die Belastungsdauer (in Prozent, sec/min oder min/8 Std.) für die einzelnen Belastungsbereiche.

Körperstellung und -haltung (Haltungspunkte Zeilen 1-13)

Dazu gehören Arm- und Rumpfhaltungen im Stehen, im Sitzen, im Knien oder Hocken und im Liegen, d.h. es werden kombinierte Haltungen beurteilt, wobei die Rumpfhaltung zunächst als symmetrisch angenommen wird.

Bei der Einstufung der Körperstellung sowie der Rumpf- und Armhaltungen sind statische oder hochfrequente Anteile zu bewerten.

Zusätzliche Belastungen in Form von Rumpfdrehungen, seitliche Rumpfneigungen sowie körperferne Armhaltungen werden anschließend eingestuft.

Geringe Aktions- und Gewichtskräfte (30-40 N) sind in der Punktwertung bereits enthalten und werden **nicht** nochmals bei den Kräften (Zeile 14-17) eingestuft.

Als „statisch“ werden alle Haltungen eingestuft, in den der Werker für mehr als 2-3 Sekunden verharrt. Eingestuft werden nur die statischen Anteile der betrachteten Körperhaltungen, nicht jedoch die Bewegungen, die zu diesen Haltungen oder aus diesen Haltungen heraus führen.

Einstufung Körperstellung sowie Rumpf- und Armhaltungen - symmetrische Anteile

Die Gesamtdauer in den verschiedenen Körperhaltungen pro Takt wird abgeschätzt und in der jeweiligen Zeile und Spalte angekreuzt.

Die Zeitdauer der verschiedenen Haltungen wird zunächst eingestuft und anschließend wird in der rechten Spalte jeder betroffenen Zeile ihr zugehöriger Punktwert notiert. Danach wird die letzte Spalte „Zeilensumme“ zu „Haltungssumme Zeilen 1-13“ in der letzten Zeile der ersten Seite addiert.



¹⁷⁶ Steinberg, U., Behrendt, S., Brandl, I., Caffier, G. (2000): *Erprobung und Evaluierung des Leitfadens Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten*. (Schriftenreihe der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, FB 897). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Die Dauer aller eingestuftten Haltungen darf die Gesamtzeit bzw. 100 % nicht überschreiten!

Einstufung Körperstellung sowie Rumpf- und Armhaltungen - asymmetrische Anteile und körperferne Armhaltungen

Zusätzliche Haltungsbelastungen, welche bei den oben eingestuftten Körperhaltungen auftreten können, sind hier zu bewerten. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um Rumpfdrehungen, seitliche Rumpfneigungen sowie körperferne Armhaltungen.

Für die Wahl der Punkthöhe sind zwei Faktoren verantwortlich: Die Belastungsdauer (max. 3 Punkte) und die Belastungshöhe (max. 5 Punkte). Beide Faktoren sind getrennt zu bewerten und anschließend miteinander zu multiplizieren. Insgesamt können jeweils max. 15 Punkte in die Bewertung einfließen.


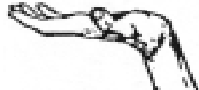
Rumpfverdrehung	
seitliche Rumpfneigung	
körperferne Armhaltung	<p>Körperferne Armhaltungen werden nur dann eingestuft, wenn die Oberarme innerhalb eines Winkels von 30° unter Schulterhöhe bis 60° über Schulterhöhe liegen, d.h. kann also in den Zeilen 5, 9, 12 und 13 (Arme über Schulterhöhe) nicht auftreten!</p>

Kräfte/zusätzliche Belastungen (Kraft-/RSI-Punkte Zeilen 14-17)

In diesem Teil des Worksheets werden eingestuft:

- kritische Gelenkstellungen im Bereich des Hand-Arm-Systems,
- Aktionskräfte des Finger-Hand-Systems,
- aufzubringende Körperkräfte der oberen und unteren Extremitäten sowie Ganzkörperkräfte und
- Schwingungen, Rückschlagkräfte oder Impulse.

Voraussetzung für die Einstufung ist, dass ein Kraftniveau von mehr als 30-40N erreicht wird. Es werden nur Kräfte, **keine Lastenmanipulationen** eingestuft.

kritische Gelenkstellung (besonders Handgelenk)	 <p style="text-align: right;">normal</p>	 <p style="text-align: right;">kritisch</p>
<p>Zu bewerten sind Gelenkstellungen im Hinblick auf ihre maximal möglichen Auslenkungen. Sie werden als statische Haltungen eingestuft, aber auch wenn sie dynamisch in Verbindung mit dem Ausüben von Kräften auftreten.</p>		

Fingerbelastung ¹⁾	Zu bewerten sind Kräfte, die bei der Montage von Clipsen oder Steckern aufgebracht werden, ebenso Belastungen durch Schrauben und andere Tätigkeiten, welche die Finger stark belasten
aufzubringende Körperkräfte ¹⁾ (keine Lasten)	Zu bewerten sind Arm-, Bein- oder Ganzkörperkräfte, die nicht unter Fingerbelastung oder Handhaben von Lasten fallen, z.B. Bewegen von Handhabungsgeräten, Schrauben andrehen von Hand, Clip eindrücken.
Rückschlagkräfte, Impulse und Schwingungen.	z.B. von Druckluft-, Akku-Schrauber, Hammer, Nietpistole und anderen Werkzeugen

- 1) Treten dynamische oder impulsartige Fingerbelastungen oder Körperkräfte auf, so wird statt der „Belastungsdauer“ [sec. oder %] die Häufigkeit (n) innerhalb des Beobachtungszeitraumes eingestuft.

Handhaben von Lasten (Lastenpunkte Zeile 18)

Je nach Gewicht und Häufigkeit der Lastmanipulation wird die entsprechende Punktzahl als Produkt aus Belastungshöhe und Belastungsdauer (Lastenpunkte + Haltungspunkte (+ Ausführungspunkte)) x (Anzahl der Handhabungen/Haltedauer/Tragestrecke) berechnet. Die Gewichtsklassen sind nach Geschlecht getrennt dargestellt. Dieser Teil des Ergo-FWS entspricht für das Umsetzen, Halten und Tragen von Lasten der Leitmerkmalmethode (LMM) der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in ihrer überarbeiteten Version von 2001¹⁷⁷. Dem Ziehen und Schieben von Lasten liegt ein Entwurf der BAuA zu Grunde.

Es erfolgt jeweils eine Einstufung für das „Umsetzen“, „Halten“, „Tragen“ sowie „Ziehen & Schieben“ von Lasten!

¹⁷⁷ Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) (Hrsg.): Handlungsanleitung zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen beim Heben und Tragen von Lasten. 4. überarb. Aufl. 2001.

Manuelles Handhaben von Lasten (pro Schicht)											Lasten									
18	Lastgewichte (kg) beim Umsetzen, Tragen und Halten sowie Ziehen und Schieben von Lasten											Lastenpunkte								
	Umsetzen, Halten und Tragen	Männer	1 ³⁾	2 ³⁾	5	10	15	20	25	30	35			40	> 40					
		Frauen	0,5 ³⁾	1 ³⁾	2	5	7	10	12	15	20			25	> 25					
Lastenpunkte		0,5	0,8	1	1,5	2	3	4	5,5	7	8,5	25								
Ziehen und Schieben	Männer		Körperhaltung, Position der Last																	
			< 50	75	100	150	200	250	350	550										
	Frauen		< 40	60	80	115	155	195												
			< 50	75	100	150	250	350	500	600	800	1250								
	Männer		< 40	60	80	115	195	270	425											
			< 50	75	150	250	350	500	600	800	1250									
Frauen		< 40	60	115	195	270	385	460	615	960										
		Lastenpunkte		Transportmittel	0,5	1	1,5	2	3	4	5	6	8							
+	Körperhaltung, Position der Last																			
	• Oberkörper aufrecht und nicht verdreht • Last am Körper	• geringes Rumpfneigen o. drehen • Last am Körper oder körpernah	• tiefes Beugen oder weites Vorneigen • geringe Vorneigung mit gleichzeitigem Verdrehen des Oberkörpers • Last körperfern oder über Schulter	• weites Vorneigen und Verdrehen • Last körperfern • eingeschränkte Haltungsverstab. im Stehen • Hocken oder Knien																
	Haltungspunkte	1	2	4	8															
(+)	Ausführungsbedingungen (nur bei Ziehen und Schieben)																			
	(0 = sehr geringer Rollwiderstand)			Wagen Schieben/Ziehen auf (sehr) glattem Boden / über kleine Fugen / Kanten				dto. aber auf rauhem Boden und / auf Riffelblech, unebenem Boden oder in/aus LKW				(8 = sehr hoher Rollwiderstand)								
	Wagen müssen beim Anfahren losgerissen werden, stark beschädigter Fahrweg			Ausführungspunkte			0-2	3	5	6	8									
x	Häufigkeit der Lastenhandhabung [Anzahl / Schicht], Haltezeit [min] oder Wegstrecke [Meter / Schicht]																			
	Anzahl Umsetzvorgänge / Schieben & Ziehen <5m		5 mal	25 mal	120 mal	350 mal	750 mal	1000 mal	> 2000 mal											
	Zeit (Haltedauer)		2,5 min	10 min	37 min	90 min	180 min	> 240 min												
	Weg (Tragen, Ziehen & Schieben > 5m)		300 m	650 m	2,5 km	6 km	12 km	> 16 km												
Anzahl-, Zeit- oder Wegpunkte		1	2	4	6	8	10	12												
18a	(Last + Haltung + Ausführung) x (Anzahl o. Zeit o. Weg)	Umsetzen ⁴⁾ (< 5 s)	()	+	()	Halten ⁴⁾ (> 5 s)	()	+	()	Tragen ⁴⁾ (> 5 m)	()	+	()	Ziehen & Schieben ⁴⁾	()	+	()			
			x	=	x		=	x	=		x	=								
			3) Nur verwenden bei mehr als 2000 Umsetzvorgängen / Schicht																	
			4) Maximale kumulierte Zeitpunkte für alle Tätigkeiten von Umsetzen, Halten, Tragen sowie Ziehen und Schieben zusammen = 12																	
Lasten = Σ Zeile 18a		=	Umsetzen	+	Halten	+	Tragen	+	Ziehen	=										

Abb. 4.5-10: FWS Erg – Einstufung der Lastenhandhabung

Die Einstufung erfolgt stets als:

(Last + Haltung (+Ausführungsbedingungen nur bei Ziehen & Schieben)) x (Anzahl, Zeit oder Weg)

Das heißt, es wird zunächst das Lastgewicht beurteilt, dann in welcher Haltung die Last manipuliert wird und zuletzt wie häufig oder weit eine Last bewegt wird.

4.5.3.3.2 Bewertung

Die oben beschriebenen fünf Einzelsummen (Haltungspunkte_1, Haltungspunkte_2, Belastungspunkte, Lastenpunkte und Sonderpunkte) werden zu einer Gesamtsumme zusammengefasst und liefern in Abhängigkeit von der Höhe der Gesamtsumme eine Bewertung der Arbeitssituation. Gemäß Maschinenrichtlinie erfolgt eine Bewertung nach dem Ampelschema. Dieses Ampelschema hat allgemein Eingang in die Ergonomie gefunden und stellt heute einen Quasi-Standard der ergonomischen Bewertung dar.

0-25 Punkte	grün	Niedriges Risiko - empfehlenswert; Maßnahmen nicht erforderlich
26-50 Punkte	gelb	Mögliches Risiko – nicht empfehlenswert; Maßnahmen zur erneuten Gestaltung / Risikobeherrschung ergreifen
>50 Punkte	rot	Hohes Risiko – vermeiden; Maßnahmen zur Risikobeherrschung erforderlich

Auf Grund der Risikoeinstufung sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- grüne Zone: Maßnahmen sind nicht erforderlich.
- gelbe Zone: Es erfolgt eine weitere Risikoabschätzung sowie eine Analyse unter Berücksichtigung anderer, damit verbundener Risikofaktoren. Daraufhin sind so bald wie möglich Maßnahmen zur erneuten Gestaltung oder, falls dies nicht möglich ist, andere Maßnahmen zur Risikobeherrschung zu ergreifen.
- rote Zone: Maßnahmen zur Risikominderung sind erforderlich.

Dabei sollte angestrebtes Ziel sein, „rote“ Takte bzw. Arbeitsoperationen primär durch technische Maßnahmen zu verbessern. Ist dies an bestehenden Arbeitsplätzen nicht möglich oder sinnvoll, sollte im zweiten Schritt eine organisatorische Verbesserung durch Verlagerung in einen ergonomisch günstigeren Abschnitt durch Hinzufügen von „gelben“ oder „grünen“ Arbeitsoperationen oder durch eine verbesserte Rotation der Gruppenmitglieder geprüft werden.

4.5.3.3 Gültigkeitsbereich

Die Erfahrung mit den Vorläufermodellen des FWS Erg, die für den Bereich Fahrzeugmontage entwickelt und an industriellen Arbeitsplätzen in der Automobilindustrie erprobt wurden, zeigen für diese Bereiche gute Ergebnisse. Erfahrungen in anderen Werksbereichen (Chassis, Lager, Presswerk) und in Komponentenwerken zeigen, dass das FWS Erg auch dort gemäß den gestellten Anforderungen gut einsetzbar ist.

4.5.3.4 Beurteilung der Fähigkeiten mit FWS Med

FWS Med ist als Screening-Verfahren zur Abschätzung körperlicher Leistungsfähigkeit konzipiert und soll in Verbindung mit FWS Erg für die fähigkeitsbezogene Bewertung von Arbeitsplätzen mit überwiegend körperlichen Tätigkeiten eingesetzt werden.

Es ermöglicht die angepasste ergonomische Bewertung der Belastungssituation insbesondere leistungsgeminderter Mitarbeiter, sowie eine Kontrolle hinsichtlich der ergonomischen Wirksamkeit von getroffenen Umgestaltungsmaßnahmen. Es ist als Einstufungshilfe der körperlichen Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern für den Bereich Arbeitsmedizin gedacht. Durch einen Abgleich mit den Anforderungen des FWS Erg wird eine an den Fähigkeiten des Mitarbeiters orientierte Risikobewertung von Arbeitsplätzen möglich, die Aussagen über den schädigungslosen Einsatz des Mitarbeiters an bestimmten Arbeitsplätzen zulässt.

4.5.3.4.1 Struktur des Beurteilungsbogens

Der Aufbau des Worksheets entspricht der Anforderungsseite (FWS Erg), um einen Abgleich zwischen der Fähigkeit eines Einzelnen oder einer Gruppe und den Anforderungen an einem

vorhandenen oder geplanten Arbeitsplatz zu erleichtern. Es ist nur als Einstufungshilfe gedacht. Abb. 4.5-11 zeigt den strukturellen Aufbau, der sich lediglich durch die Hinterlegung von Einstufungsmöglichkeiten zwischen 0 und 100 % von der Einstufungshilfe FWS Erg unterscheidet. Eine unmittelbare Risikobeurteilung ist nicht möglich.

The image shows two pages of the 'FWS Med' assessment form. The left page is titled 'Fähigkeit zum Ausüben statischer Haltungen / beschleunigter Bewegungen' and the right page is titled 'Fähigkeit zum Ausüben von Kräfte / statische Belastungen'. Both pages feature a grid of assessment criteria with columns for 'Grob- und Feinleistung' and 'Prozent der Fähigkeit'. Yellow highlighting is used to indicate specific performance levels. Hand-drawn diagrams illustrate various body postures and work scenarios. Labels with white boxes and black text point to specific sections: 'Datenkopf' (top header), 'Hand-Arm-System' (right page, top), 'Rumpf- u. Armhaltungen' (left page, middle), 'Körperstellungen' (left page, bottom), and 'Lastenhandhabung' (right page, bottom).

Abb. 4.5-11: Aufbau des FWS Med

Eingestuft wird in den gelb hinterlegten Felder die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter in Prozent.

Die Einstufungskriterien des FWS-Erg können als Hilfe dienen. Die Risikopunkte sind nur bei 100 % Leistungsfähigkeit direkt ablesbar, **nicht** aber bei Werten < 100 %. Eine Abschätzung ist möglich. Hierzu ist folgende Formel anzuwenden:

$$\frac{\text{Risikopunkte} \times 100}{\text{Prozent der Fähigkeit}}$$

Daraus ergeben sich die für die Leistungseinschränkung korrigierten Risikopunkte.

FWS Med berücksichtigt analog zum FWS Erg die gleichen **körperlichen** Belastungsarten:

Eingestuft wird die Fähigkeit eines Mitarbeiters die geforderten Haltungen einzunehmen bzw. Körperkräfte aufzubringen oder Lasten zu handhaben.

Die Beurteilung erfolgt in Prozentangaben, wobei 100 % der fiktiv geforderten Maximalleistung eines gesunden Mitarbeiters entspricht. Wichtig ist, dass dies nicht grundsätzlich mit einer Schädigungslosigkeit der geforderten Haltung oder Tätigkeit gleich zu setzen ist.

4.5.3.4.2 Einstufung der Fähigkeitsmerkmale

Vorgehensweise

Eingestuft wird zunächst die Fähigkeit, die unterschiedlichen Körperhaltungen einzunehmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass teilweise Kombinationen aus symmetrischen Körperstellungen und Arm- oder Beinhaltungen eingestuft werden müssen. Dabei müssen zwei Parameter beurteilt werden, einerseits ob die Körperstellung bzw. Armhaltung überhaupt eingenommen werden kann und andererseits ob sie während einer Schicht dauernd (100 %) oder nur gelegentlich (5 %) eingenommen werden kann. Ist eine Stellung oder Haltung überhaupt nicht möglich ergibt sich daraus 0 %.

Einstufung Körperstellung sowie Rumpf- und Armhaltungen - asymmetrische Anteile und körperferne Armhaltungen

Neben den Fähigkeiten unterschiedliche Körperstellungen wie Stehen oder Sitzen in Verbindung mit Armhaltungen z.B. über Kopf oder Neigung des Oberkörpers einzunehmen, müssen zusätzlich die Rotation und Seitenneigung der Wirbelsäule sowie die Fähigkeit in ungünstigem Greifraum zu arbeiten, beurteilt und in den zugehörigen Spalten eingestuft werden.

Einzustufen sind:

- Die mögliche Belastungsdauer analog zu den Körperstellungen, wobei die Prozentangaben Zeitanteilen einer Schicht entsprechen, d.h. 100 % entspricht der Fähigkeit, die geforderte Haltung während einer kompletten Schicht ständig (immer wiederkehrend) einzunehmen.
- Die Belastungshöhe: Hiermit ist auf der Fähigkeitsseite das Bewegungsausmaß für die Rotation und Seitenneigung der Wirbelsäule, sowie das Bewegungsausmaß der oberen Extremität hinsichtlich Arbeiten im körperfernen Greifraum einzustufen. Hier entspricht 100 % einer nicht eingeschränkten, schmerzfreien Beweglichkeit.

Beide Faktoren sind getrennt zu bewerten. Hier erscheint es sinnvoll von der Option „globale Einstufung“ Gebrauch zu machen. Das heißt, Bewegungsausmaß und Zeitdauer werden nur einmal eingestuft und gelten für alle Körperstellungen. Gibt es für einzelne Körperstellungen (z.B. Arbeiten im Stehen stark vorgeneigt) zusätzliche Einschränkungen, werden die korrigierten Werte in der entsprechenden Zeile eingetragen.

Zugrunde gelegt werden sollten z.B. die Werte und das Vorgehen nach der Neutral-Null-Methode.

Kräfte/zusätzliche Belastungen





Fähigkeit zum Ausüben von Kräften / zusätzliche Belastungen (pro Minute / Schicht)		
Globale Einstufung (0 - 100%; ankreuzen)		0 25 50 75 100%
14	 Gelenkstellung (besonders Handgelenk)	0 1 2,5 4 6 8 [sec] (n _{min}) 3(1) 10(8) 20(11) 40(16) 60(20) [%] (n _{rel}) 5(240) 17(3,8k) 33(5,3k) 67(7,7k) 100(10k) 0 1 3 5 ³⁾ neutral -1/2 max. -2/3 max. maximal
15	 Fingerbelastung (z.B. Clipse, Stecker)	0 1 2,5 4 6 8 [sec] o. (n) 3(1) 10(8) 20(11) 40(16) 60(20) [%] (n _{rel}) 5(240) 17(3,8k) 33(5,3k) 67(7,7k) 100(10k) 0 1 3 5 ⁴⁾ -1/6 F _{max} -1/3 F _{max} -1/2 F _{max} -2/3 F _{max}
16	 Geforderte Körperkräfte (keine Lasten)	0 1 2,5 4 6 8 [sec] o. (n) 3(1) 10(8) 20(11) 40(16) 60(20) [%] (n _{rel}) 5(2400) 17(3,8k) 33(5,3k) 67(9k) 100(10k) 0 1 2 5 ⁴⁾ -1/6 F _{max} -1/3 F _{max} -1/2 F _{max} -2/3 F _{max}
17	 Schwingungen, Rückschlagkräfte, Impulse	0 1 2,5 4 6 8 n _{min} (n _{rel}) 1-2(720) 4-5(2,2k) 8-10(4,3k) 18-20(9k) >20(10k) 0 1 2 5 gering sichtbar stark sehr stark
Bei Einstufungen $\geq 60s$ werden die Einzeleinstufungen in den Zeilen 1-17 wie folgt korrigiert: Zeitdauer = (Halte- oder Bewegungsdauer) % 60 + Einstufungsdauer [sec]		³⁾ siehe Neutral-Null-Methode (Debrunner) ⁴⁾ siehe automobilspezifischer Kraftatlas
Bei Fähigkeiten $\neq 100\%$ werden die Risikopunkte wie folgt korrigiert: $Risikopunkte = Risikopunkte_{BWT} \times 100 + Fähigkeit_{BWT}$		

Abb. 4.5-12: FWS Med: Hand-Arm-System, Schwingungen etc.

Hier ergibt sich für die Fähigkeitsseite folgende Einstufung:

- Beweglichkeit bzw. Bewegungsausmaße, insbes. der oberen Extremität (Hand-Arm-System) mit besonderem Augenmerk auf das Handgelenk,
- gesondert die Belastbarkeit der kleinen Gelenke,
- die Fähigkeit zum Erbringen von Ganzkörperkräften, nicht Lastenhandhabung,
- von Einschränkungen, die sich bei Auftreten von Schwingungen, Rückschlagkräften oder Impulsen ergeben.

Einstufen sind:

- Die mögliche Belastungsdauer analog zu den Körperstellungen, wobei die Prozentangaben Zeitanteilen einer Schicht entsprechen, d.h. 100 % entspricht der Fähigkeit, die geforderten Kräfte bzw. Gelenkstellungen während einer kompletten Schicht ständig (immer wiederkehrend) aufzubringen bzw. einzunehmen.
- Die Belastungshöhe: Hier sind auf der Fähigkeitsseite das Bewegungsausmaß bzw. mögliche maximal Kräfte (z.B. Handkraft) einzustufen.

Als Anhalt für 100 % sollte F_{max} als statistischer Wert des 15. Kraftperzentils gemäß DIN 33411-5 Kraftatlas angenommen werden.

Handhaben von Lasten

Beurteilt wird die Fähigkeit zum Handhaben von Lasten nach folgenden Kriterien:

- Maximal mögliche Gewichte für Heben, Tragen, Umsetzen
- Maximal mögliche Gewichte für Ziehen und Schieben
- Beurteilung der Körperhaltung, in der getragen oder geschoben werden kann
- Beurteilung der Ausführungsbedingungen, unter denen gezogen oder geschoben werden kann

- Ausführungsdauer/Häufigkeit

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Gewichtsklassen nach Geschlecht getrennt dargestellt werden. Daraus ergibt sich, dass z.B. für Heben, Tragen und Umsetzen die Einstufung 100 % für einen gesunden Mann bei Gewichten > 40 kg liegen, für eine gesunde Frau bei Gewichten > 25 kg. Diese Wichtung entspricht den Vorgaben der Leitmerkmalmethode (LMM) der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in ihrer überarbeiteten Version von 2001. Den Lastgewichten beim Ziehen und Schieben liegen Vorgaben aus einem Entwurf der BAuA (2001) zugrunde, welcher auch reale Zieh- und Schiebevorgänge aus der Automobilindustrie (Opel Rüsselsheim und Opel Kaiserslautern) berücksichtigt. Auch hier gilt bei der Einstufung der Fähigkeiten, 100 % entspricht der höchsten angegebenen Last bei unterschiedlichen Transporthilfen getrennt nach Männern und Frauen.

Für die Körperhaltungen und die Ausführungsbedingungen gilt: Sind alle angegebenen Beispiele durchführbar entspricht dies einer Fähigkeit von 100 %.

Die Einstufung erfolgt wie auf der Anforderungsseite als:

- (Last + Haltung (+Ausführungsbedingungen nur bei Ziehen & Schieben))
x (Anzahl, Zeit oder Weg)

Daraus ergibt sich, dass Leistungseinschränkungen durch Reduzierung der Lastgewichte oder der Zeitdauer dargestellt werden können. Dadurch ist es möglich, die Vorgaben an die individuelle Leistungsfähigkeit optimal anzupassen.

4.5.3.4.3 Bewertung

Die Bewertung erfolgt immer im Abgleich mit einem vorhandenen oder geplanten Arbeitsplatz für den Mitarbeiter. Die dort errechneten Werte werden nach der o.g. Formel korrigiert und ergeben die individuellen Risikopunkte des Mitarbeiters, die je nach Einschränkung deutlich von den ursprünglichen Werten abweichen können.

Bewertet werden alle Einzelitems, so dass eine engpassorientierte Nachbearbeitung einzelner Bereiche ermöglicht wird, um, falls erforderlich, gezielte Maßnahmen ergreifen zu können.

Auch hier gilt eine Bewertung nach dem Ampelschema:

0-25 Punkte	grün	Niedriges Risiko - empfehlenswert; Maßnahmen nicht erforderlich, Mitarbeitereinsatz möglich
26-50 Punkte	gelb	Mögliches Risiko – nicht empfehlenswert; Mitarbeitereinsatz nur nach Maßnahmen zur Gestaltung / Risikobeherrschung möglich
>50 Punkte	rot	Hohes Risiko – vermeiden; Mitarbeitereinsatz nicht möglich, Maßnahmen zur Engpassbeseitigung/ Risikobeherrschung erforderlich

Über die Genauigkeit der Einstufung entscheidet der Anwender vor dem Hintergrund der jeweiligen Aufgabenstellung. Der genaue Abgleich erscheint für die Praxis mit dem Worksheet FWS Med sehr aufwändig und umständlich. Eine Abschätzung ist möglich. Die genaue Bewertung sollte über die Software erfolgen. Aus diesem Grund sind im Gegensatz zum FWS Erg keine Felder zur Bestimmung der Risikopunkte enthalten.

4.5.3.5 Anwendungsbeispiel

Gezeigt werden soll an einem Einstufungsausschnitt am Beispiel "Arbeiten in starker Rumpfbeuge > 60° wie sich die Risikobeurteilung auf Grund eingeschränkter Mitarbeiterfähigkeiten verändern kann.

Angenommen wird der Einbau eines Scheinwerfers bei nicht angehobenem Fahrzeug. Um die Befestigungsschrauben anzuziehen, muss sich der Mitarbeiter pro Operation für ca. 25 sec stark nach vorne in den Motorraum beugen. Werden alle anderen Belastungen wie Anpressdruck der Finger oder ähnliches vernachlässigt und nur die Körperstellung "Stehen, Rückenneigung > 60°" eingestuft, ergeben sich wie aus Abb. 4.5-13 ersichtlich 21 Risikopunkte, also von der Risikobeurteilung noch im grünen Bereich.








Körperstellung sowie Rumpf- / Armhaltungen (inkl. Gewichts- / Aktionskraft von 30-40N) Bei Einstufungen [sec/min] $\geq 60s$ werden die Einzeleinstufungen in den Zeilen 1-17 wie folgt korrigiert: Zeitdauer = (Haltungs- oder Bewegungsdauer) \times 60 - Einstufungsdauer [sec]		(pro Minute / Schicht)					Haltung			Zeilesumme
		Einstufungsdauern für statische oder hochfrequente Rumpf- / Armhaltungen / -bewegungen [% , sec/min, min/8h] 5.....10.....20.....33.....67... >67 3.....6.....12.....20.....40... >40 25.. 50..... 100.....160.....320>320					Rumpfdrehung ¹⁾ 		Rumpfneigung ¹⁾ 	
		Höhe 0-5	Dauer 0-3	Höhe 0-5	Dauer 0-3	Höhe 0-5	Dauer 0-2			
Stehen										
1	 aufrecht leicht vorgeneigt leicht zurückgeneigt	0	0	0	0					
2	 gebeugt Rückenneigung 20-60°	3	7	12	23					
3	 stark gebeugt Rückenneigung >60°	5	12	21	38					
4	 aufrecht Arme auf / über Schulterhöhe	5	12	21	38					
5	 aufrecht Arme über Kopfhöhe	8	19	33	60					

Abb. 4.5-13: Anforderung FWS Erg: Stehen, stark gebeugt

Ist an diesem Arbeitsplatz jetzt ein Mitarbeiter eingesetzt, der auf Grund immer wiederkehrender Rückenbeschwerden schon mehrfach ausgefallen ist und dessen Fähigkeit in dieser Stellung arbeiten zu können, deutlich eingeschränkt ist, ergibt dies eine andere Beurteilung des Arbeitsplatzes. Er ist lt. ärztlicher Untersuchung zwar noch in der Lage diese Körperhaltung einzunehmen, aber nicht mehr in diesem zeitlichen Umfang. Die Beurteilung ergibt eine Restleistungsfähigkeit von 50 % wie Abbildung 4.5-14 dargestellt.






Fähigkeiten zum Ausüben statischer Haltungen / hochfrequenter Bewegungen												
Bei Fähigkeiten ≠ 100% werden die Risikopunkte wie folgt korrigiert: Risikopunkte=Risikopunkte _{Ant} × 100 + Fähigkeit _(%)		Globale Einstufung (0 - 100%; ankreuzen bzw. eintragen)										
		0 25 50 75 100%					___ %		___ %		___ %	
Körperstellung sowie Rumpf- / Armhaltungen (inkl. Gewichts- / Aktionskraft von 30-40N) Bei Einstufungen ≠ 60s, werden die Einzeleinstufungen in den Zeilen 1-17 wie folgt korrigiert Zeitdauer = (Haltungs- oder Bewegungsdauer) × 60 + Einstufungsdauer [sec]		Einstufungsdauern für statische oder hochfrequente Rumpf- / Armhaltungen / -bewegungen [%; sec/min, min/8h]					Rumpfdrehung ¹⁾		Rumpfneigung ¹⁾		körperferne Arme ²⁾	
		5 10 20 33 67 > 67 3 6 12 20 40 > 40 25 50 100 160 320 > 320					Höhe D-2 Dauer D-3 Höhe x Dauer		Höhe D-5 Dauer D-3 Höhe x Dauer		Höhe D-5 Dauer D-2 Höhe x Dauer	
Stehen - lokale Einstufung												
1	 aufrecht leicht vorgeneigt leicht zurückgeneigt	0	25	50	75	100%	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
		0	0	0	0	0	5	3	5	3	5	2
2	 gebeugt Rückenneigung 20-60°	0	25	50	75	100%	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
		3	7	12	23	40	5	3	5	3	5	2
3	 stark gebeugt Rückenneigung >60°	0	25	50	75	100%	50 %	50 %	50 %	50 %	___ %	___ %
		5	12	21	38	63	5	3	5	3	5	2
4	 aufrecht Arme auf / über Schulterhöhe	0	25	50	75	100%	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
		5	12	21	38	63	5	3	5	3	5	2
5	 aufrecht Arme über Kopfhöhe	0	25	50	75	100%	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
		8	19	33	60	100	5	3	5	3		

Abb. 4.5-14: Einstufung FWS Med: Starke Rumpfbeuge, -rotation und -seitneigung

Wenn man mit diesen Einschränkungen die Risikopunkte neu berechnet, liegt diese Operation jetzt im gelben Bereich. Der Mitarbeiter ist also ohne Änderung z.B. der Arbeitshaltung oder der Taktzeit nicht mehr ohne das Risiko einer weiteren Gesundheitsverschlechterung in diesem Bereich einsetzbar.

4.5.3.6 Weiterführende Arbeiten

Mit dem Ergo-FWS ist ein Instrument zur Hand, das Belastungen nicht nur aufzeigt, sondern auch bewertet und in einem zweiten Schritt eine fähigkeitsbezogene Beurteilung von Arbeitsplätzen zulässt. Vorläufer dieses Verfahrens zur Risikobeurteilung von Arbeitsplätzen werden in der Praxis bisher überwiegend in der Automobilindustrie im Montagebereich eingesetzt. Eine Validierung erfolgte im Rahmen einer Konstruktvalidität sowie durch ein Expertenrating. Eine Einstufung im Sinne der Maschinenrichtlinie ist dort inzwischen ausreichend erprobt und bringt gute Ergebnisse, auch in nicht getakteten Bereichen. Daraus ergibt sich, dass ein Einsatz auch in anderen Montagebereichen möglich und sinnvoll wäre. Erprobungen in anderen Industriebereichen stehen noch aus und sollten angeschlossen werden, um den breiten Einsatzbereich zu validieren.

Eine Validierung sowie der Einsatz in der Praxis steht für das Ergo-FWS noch aus, insbesondere für die fähigkeitsgewichtete Risikoaussage.

Software Ergo-FWS

Zwischenzeitlich wurde am IAD begonnen eine rechnergestützte Version aufzubauen, mit dem Ziel über das Verfahren den Betrieben eine Möglichkeit zu bieten, ein Arbeitsplatzkataster aufzubauen, das Teil eines ganzheitlichen betrieblichen Frühwarnsystems wird, sowohl im Sinne der pro-aktiven Ergonomie als auch im Sinne der Sekundärprävention zur Planung des leistungsgerechten Einsatzes leistungsgewandelter Mitarbeiter.

In der Praxis taucht immer wieder die Frage auf, wie vorhandene Arbeitsplätze im Bezug auf leistungsbewandelte Mitarbeiter zu bewerten sind. Ist eine „grüne“, also schädigungsfreie Operation, gleichzusetzen mit einem geeigneten Arbeitsplatz für Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen? Es muss davon ausgegangen werden, dass je nach Leistungseinschränkung dies nicht der Fall sein wird. Deshalb muss ein Instrumentarium geschaffen werden, das Hilfen zur Beurteilung von Arbeitsplätzen zum leistungsgerechten Einsatz gesundheitlich eingeschränkter Mitarbeiter bietet.

Diese Möglichkeit soll durch die rechnergestützte Version ermöglicht werden. Erste Überlegungen in diese Richtung haben bisher folgendes erbracht:

In der rechnergestützten Version ergibt sich nun die Möglichkeit, bestimmte Operationen oder Teiltätigkeiten auf Grund der reduzierten Leistungsfähigkeit (< 100 %) erneut zu bewerten, so dass z.B. je nach Grad der Einschränkung eine bisher „grün“ beurteilte Operation „gelb“ werden kann. Dies zeigt der Screen-Shot in Abb. 4.5-15 der den Abgleich zwischen Risikobeurteilung eines Arbeitsplatzes (jeweils linker Balken) und fähigkeitskorrigierter Beurteilung des gleichen Arbeitsplatzes (jeweils rechter Balken) darstellt.

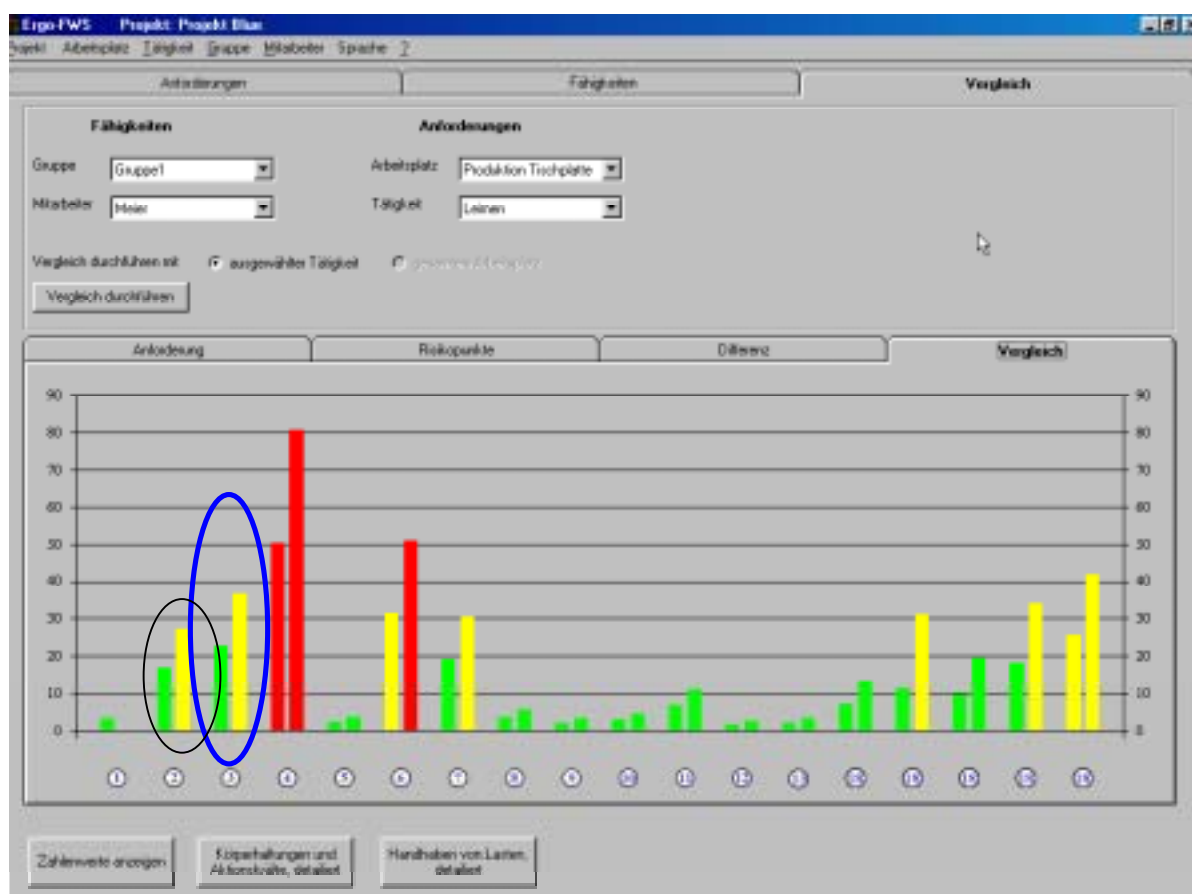


Abb. 4.5-15: Abgleich Anforderung Fähigkeit mit der Ergo-FWS Software

Durch Auslagerung bestimmter Teiltätigkeiten oder Änderung von Zeitanteilen könnte hier über einen Datenpool ein an den leistungsgewandelten Mitarbeiter angepasster Arbeitsplatz geplant werden, der es z.B. auch ermöglichen könnte ihn im gewohnten Arbeitsumfeld zu belassen.

Zu dieser Weiterentwicklung gibt es bisher einige Rechenbeispiele aus der Praxis. Ein Einsatz in der Praxis bzw. ein Expertenrating konnte bisher noch nicht durchgeführt werden. Der Ansatz erscheint aber im Gesamtkonzept eines Frühwarnsystems sinnvoll und sollte in einem weiteren Projekt evtl. mit den Partnern, die Erfahrungen mit der

Arbeitsplatzbeurteilung mit den Vorläufern des Ergo-FWS haben, validiert und in der Praxis erprobt werden.

Ein Leitfaden zur Einstufung mit der Pilotversion des Ergo-FWS findet sich in der Materialsammlung - V.

4.5.4 Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben

(Weiterentwicklung des IPI „Integrations-Prognose-Index“)

4.5.4.1 Hintergrund der Entwicklung

Die Förderung der Teilhabe insbesondere am Arbeitsleben ist ein Schwerpunkt im SGB IX (Prinzip „Teilhabeorientierung“). Teilhabe fördern und Teilhabechancen verbessern heißt auch Teilhabehürden und Teilhabechancen erkennen und einschätzen. Dies erfolgt optimalerweise gemäß der in Kapitel 3.1 dargelegten Prinzipien:

- frühzeitig (Prinzip „Frühzeitigkeit“)
- in einer ganzheitlichen, person- und individuumorientierten Form (Prinzip „Personenorientierung und Ganzheitlichkeit“)
- im Dialog mit dem Betroffenen (Prinzip „Selbstbestimmung und Dialogorientierung“)
- sowohl defizit- als auch ressourcenorientiert (Prinzip „Ressourcenorientierung“)

Ziel ist, ein Screeninginstrument zur Einschätzung der Teilhabechancen am Arbeitsleben zu entwickeln, welches in den vielfältigen Handlungsfeldern in Prävention und Rehabilitation eingesetzt werden kann. So z.B. unterstützend bei der Reha- und Zukunftsplanung eines durch einen Berufsunfall Geschädigten oder aber im präventiven Sinne zur frühzeitigen Identifizierung von Teilhabestörungen oder -risiken der Mitarbeiter eines Unternehmens oder der Versicherten einer Krankenkasse (Frühwarnsystem, s. auch Kap. 4.2).

Die inhaltliche Grundlage für die Entwicklung des vorliegenden Instruments stellen unterschiedliche Quellen dar. Im Wesentlichen wird auf die Ergebnisse von Return-to-Work-Studien zurückgegriffen. Ein anderer wichtiger Bestandteil ist der von Greve et al. (1998) entwickelte IPI (Integration-Prognose-Index¹⁷⁸).

Neben der Definition relevanter zu analysierender Faktoren (Dimensionen/Items) ist eine Beurteilungsskala zu entwickeln, in der das Prinzip der Ressourcenorientierung umgesetzt wird (s. Kap. 4.5.4.3).

4.5.4.2 Determinanten der Teilhabechancen am Arbeitsleben

Die wesentlichen inhaltlichen Grundlagen für das Screeninginstrument stellen einerseits das bereits existierende Verfahren IPI - „Integrations-Prognose-Index“ -, und darüber hinaus eine umfangreiche Analyse publizierter Studien zum Themenbereich Erwerbsminderung und „Return to Work“, d.h. Untersuchungen zu determinierenden Faktoren bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Erkrankung/Behinderung bzw. der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, dar.

Der von Greve (1998) entwickelte IPI ist in der ursprünglichen Fassung ein ausschließlich aktengestütztes Erhebungsinstrument, welches insgesamt aus 12 Items besteht, die aus theoretisch-konzeptioneller Sicht drei Ebenen zuzuordnen sind. Repräsentiert werden hierbei die „intrinsisch individuellen Faktoren“ auf der „Mikroebene“ (z.B. pathogenetische Faktoren), auf der „Mesoebene“ die Schnittstelle aus intrinsischen und extrinsischen Faktoren (z.B. Schichtindex) sowie die „extrinsischen Faktoren“ auf der „Makroebene“ (z.B. sozialökonomische Ressourcen).

¹⁷⁸ Greve, J. (1998). *Der Integrations-Prognose-Index (IPI)*. Die Rehabilitation, 37, XLI-LII.

Unter Berücksichtigung der Zielgröße „Teilhabechancen am Arbeitsleben“ sowie dem Anspruch aktuelle Studienergebnisse aufzugreifen, ist eine Aufstellung der Itemliste auf Basis einer Studienrecherche hinsichtlich des Einflusses bestimmter Faktoren auf die Rückkehr zum Arbeitsplatz erfolgt. Im Zusammenhang mit dieser Thematik wurden bereits zahlreiche Untersuchungen durchgeführt. Die Ergebnisse folgender Studien wurden der Faktorenauswahl zugrunde gelegt:

- 1) Appelberg, K., Romanov, K., Heikkilä, K., et al. (1996). Interpersonal Conflict as a Predictor of Work Disability: a follow-up Study of 15.348 finnisch Employees. *J Psychosom Res*, 40, 157-167.
- 2) Behrend, C. (1994). Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland – ein Problemüberblick. In Behrend, C. (Hrsg.), *Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts?: Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit*, Bd. 88. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
- 3) Behrens, J., Dreyer-Tümmel, A., Kocyba, H., et al. (1994). Indikatoren der Rehabilitationsbedürftigkeit aus Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung: die diesem Abschlußbericht zugrundeliegende Untersuchung wurde vom 1.5.1992 bis zum 31.1.1994 vom Institut für Supervision, Institutionsberatung und Sozialforschung gem. e.V. in wissenschaftlicher Kooperation mit dem DFG-Sonderforschungsbereich 186 "Statuspassagen und Risikolagen im Lebenslauf" und der Abteilung "Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin" des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt. Frankfurt a. M.: ISIS.
- 4) Biering-Sorensen, F., Lund, J., Hoydalsmo, O.J., et al. (1999). Risk indicators of disability pension: A 15 year follow-up study. *Dan Med Bull*, 46, 258-262.
- 5) Bloch, F.S. & Prins, R. (Hrsg.). (2001). *Who Returns to Work and Why? A Six-Country Study on Work Incapacity and Reintegration*. International Social Security Series. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- 6) Carmona, L., Faucett, J., Blanc & P.D. & Yelin, E. (1998). Predictors of rate of return to work after surgery for carpal tunnel syndrome. *Arthritis Care and Res*, 11, 298-305.
- 7) Dörning, H., Haase, I., Hofmann, W. & Schwartz, F.W. (1996). Das Risiko auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsberentung – Längsschnittstudie von Krankheitsdaten. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 31, 518-523.
- 8) Fishbein, D.A., Cutler, R.B., Rosomoff, H.L., et al. (1999). Prediction of "intend", "discrepancy with intent", and "discrepancy with nonintent" for the patient with chronic pain to return to work after treatment at a pain facility. *Clin J Pain*, 15, 141-150.
- 9) Froom, P., Melamed, S., Nativ, T., et al. (2001). Low job satisfaction predicts delayed return to work after laparoscopic cholecystectomy. *J Occup Environ Med*, 43, 657-662.
- 10) Giezen v.d., A.M., Bouter, L.M. & Nijhuis, F.J.N. (2000). Prediction of return-to-work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87, 285-294.
- 11) Huber, M. (2000). Aspekte der Berufsunfähigkeit bei psychosomatischen Erkrankungen. *Versicherungsmedizin*, 52, Heft 2, 66-75.
- 12) Katz, J.N., Keller, R.B., Fossel, A.H., et al. (1997). Predictors of return to work following carpal tunnel release. *AM J Ind Med*, 31 (1), 85-91.
- 13) Krause, N., Lynch, J., Kaplan, et al. (1997). Predictors of disability retirement. *Scand J Work Environ Health*, 23, 403-413.

- 14) Krause, N., Dasinger, L.K., Deegan, L.J., et al. (2001). Psychosocial Job Factors and Return-to-Work After Compensated Low Back Injury: A Disability Phase-Specific Analysis. *Am J Ind Med*, 40, 374-392.
- 15) Lund, T., Iversen, L. & Poulsen, K.B. (2001). Work Environment Factors, Health, Lifestyle, and Marital Status as Predictors of Job Change and Early Retirement in Physically Heavy Occupations. *Am J Ind Med*, 40, 161-169.
- 16) Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S.A., et al. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing*, 29, 529-536.
- 17) Palmore, B.P., George, L.K. & Fillenbaum, G.G. (1982). Predictors of Retirement. *J Gerontol*, 37, 733-742.
- 18) Tan, V., Cheatle, M.D., Mackin, S., et al. (1997). Goal setting as predictor of return to work in a population of chronic musculoskeletal pain patients. *Intern J Neuroscience*, 92, 161-170.
- 19) Vendrig, A.A. (1999). Prognostic Factors and Treatment-Related changes Associate with Return to Work in the Multimodal Treatment of Chronic Back Pain. *J Behav Med*, 22, 217-232.
- 20) Wasilewski, R., Fassmann, H., Kentner, M. & Passenberger, J. (1984). Frühinvalidisierung – Ergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg: Mögliche Ursachen der vorzeitigen Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Arbeit, Umwelt, und Lebensgewohnheiten. Stuttgart: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung.
- 21) Zeit, Th. & Kartal, R. (1991). Störfaktoren in einem Rentenverfahren – eine Kasuistik zur Rolle des Rechtsbeistands, der Gutachter und des Untersuchten. *Med. Sach.*, 87, 129-131.

Bezüglich der Determinantenauswahl sind viele relevante Faktoren, die in die Itemdefinition einfließen, eruiert worden. Diese sind nachfolgend mit Verweis auf die entsprechenden Studien aufgelistet:

- Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes wie:
 - (Makroebene) Schlechte Arbeitsmarktverhältnisse (2, 12, 20)
 - (Mesoebene) Innerbetriebliche Verfügbarkeit: Dauer des Arbeitsvertrages, Sicherheit des Arbeitsplatzes, drohende Kündigung, Perspektive der Arbeitsaufgabe Modifikation am Arbeitsplatz bzw. der Arbeitsaufgabe
- Sozialstatus - sozioökonomische/soziodemographische Faktoren wie:
 - Familienstand (16), Wohnverhältnisse (20), materielle/finanzielle Situation (13, 14, 16, 7), Arbeitslosigkeit in der Familie (13)
- Kommunitäre Einbindung wie:
 - Isolation, Scheidung, familiäre Unterstützung (19), Einfluss des Rechtsbeistandes im Sinne des Overprotecting (21)
- Erwerbsstatus und Erwerbsbiographie wie:
 - Schulische und berufliche Bildung bzw. Qualifikation (5, 20), Stellung im Berufs- und Erwerbsleben z.B. selbständig, Hilfsarbeiter, Stellung in der Betriebshierarchie (16), Arbeitslosigkeitsepisoden (7, 12, 18)
- Alter (4, 5)
- Arbeitsunfähigkeitsepisoden & Behandlungsbiographie
 - Dauer stationärer Behandlungen (4, 7), Dauer der Arbeitsunfähigkeit (3, 4), Fehltag

- Chronifizierung, Komorbidität & Risikofaktorenanhäufung wie:
Chronifizierungsindex, Medikation, Grad der Behinderung, Risikofaktoren z.B. Rauchen, Adipositas, Alkoholkonsum etc (4, 15)
- Selbstkonzept (subjektive Faktoren) bezogen auf Aspekte wie:
Gesundheitsstatus (4, 13, 19), arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, arbeitsbedingte psycho-mentale Ermüdung, Arbeitszufriedenheit (9, 13, 14), allg. Lebenszufriedenheit (1), Integrationsprognose bzw. Absicht an den Arbeitsplatz zurückzukommen (8, 18), Motivation & Arbeitsmoral, Ängste und Hoffnungslosigkeit
- Belastungen am Arbeitsplatz wie:
Arbeitsplatzgestaltung - Ergonomie & negative Umgebungseinflüsse wie z.B. Lärm (13, 14, 17), Schichtarbeit, Monotonie (1, 14, 15), Stress (1), geringe soziale Unterstützung (10, 11, 13), Einzelplatzsituationen, Konfliktsituationen (1)
- Leistungsfähigkeit bzgl. komplexer Funktionen und Aktivitäten (6) und die tatsächliche Aktivität in Alltag und Arbeit

Im Zuge der Entwicklung des Verfahrens werden im nächsten Entwicklungsschritt die Grobgliederung der Items ausdifferenziert und hinsichtlich ihrer Bewertung die Frage der Skalierung erörtert. Weiterhin werden erhebungsrelevante Beurteilungskriterien für die jeweiligen Items formuliert.

4.5.4.3 Beurteilungsskala und Beurteilungskriterien

In der Skalierungsfrage nimmt das Prinzip der Ressourcenorientierung einen hohen Stellenwert ein. Dem Verfahren wird eine Skala zugrundegelegt, die eine Möglichkeit bietet, einzelne Aspekte hinsichtlich eines bestehenden Defizits oder einer vorhandenen Ressource zu beurteilen. In Bezug auf die ICF könnte man in diesem Zusammenhang auch von Förderfaktoren (Ressourcen) und Barrieren bzw. Hindernisfaktoren (Defiziten) sprechen, die auf einer Skala abgebildet werden.

Die 5-stufige Skala von -2 bis +2 verfügt über den mittleren Wert 0, der die neutrale Bewertung des Verhältnisses zwischen Defizit und Ressource darstellt (s. Abb. 4.5-16).

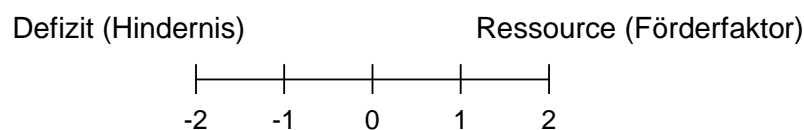


Abb. 4.5-16: Defizit- und ressourcenorientierte Beurteilungsskala

Die Beurteilungskriterien am Beispiel des Items Alter:

Zur Beurteilung des Alters sind bestimmte Beurteilungskriterien zugrunde zu legen. Nachweislich erweist sich ein Zusammenhang zwischen Verlust bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit und Alter (3, 17). So ist zu beobachten, dass die potentielle Erwerbsminderungsgefahr mit zunehmendem Alter steigt¹⁷⁹. Bezugnehmend auf einige zum Erwerbsminderungsgeschehen veröffentlichten Publikationen ist die untere Grenze bei einem Alter von 40 Jahren als kritisch zu betrachten¹⁸⁰. Darüber liegende Werte z.B. 40-50 Jahren sind als hinderlich mit (-1) zu beurteilen und ab 50 Jahren entsprechend höher (-2). Werte unter 40 Jahren würden entsprechend der Skala einen förderlichen Charakter besitzen.

¹⁷⁹ Schuntermann, M.F. (1987). *Der Einfluß ausgewählter Krankheiten/ Behinderungen auf die Berentlichkeit wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit – Ein Beitrag zur Epidemiologie der Frühberentung*. Deutsche Rentenversicherung, 7, 462-496.

¹⁸⁰ Biefang, S., Gerdes, N., Hoeltz, J., Potthoff, P. (1990). *Prädiktoren der Frühberentung und gezielte Zuweisung zur medizinischen Rehabilitation*. Soz Präventivmed, 35, 129-137.

VDR-Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). *Rechtliche und strukturelle Weiterentwicklung der Rehabilitation – Positionen der gesetzlichen Rentenversicherung und Empfehlungen an die Politik*. Rehabilitation, 39, 1-7.

4.5.4.4 Variation der Erhebungsform

Die Itemliste lässt sich in Abhängigkeit von verschiedenen Erhebungsmethoden mehr oder weniger bearbeiten, z.T. können auch die unterschiedlichen Erhebungsmethoden einander ergänzen. In der folgenden tabellarischen Übersicht werden zwei denkbare Methoden hinsichtlich ihrer Eignung für die Beurteilung einzelner Items bewertet. Im Vordergrund stehen zunächst das Aktenscreening sowie die Methode des Interviews/Dialogs (s. Tab. 4.5-2).

Tab. 4.5-2: Möglichkeit des Informationsgewinn in Abhängigkeit von der Erhebungsmethode

Item	Aktenscreening	Dialog
Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes - Arbeitsmarkt - Innerbetrieblich	sekundäre Datenquelle erforderlich	
Alter	++	++
Erwerbsstatus und Erwerbsbiographie	?	++
Belastung am Arbeitsplatz	?	+
	sekundäre Datenquelle erforderlich	sekundäre Datenquelle erforderlich
Sozialstatus - sozioökonomische/soziodemographische Faktoren	?	++
Kommunitäre Einbindung	?	++
Arbeitsunfähigkeitsepisoden & Behandlungsbiographie	?	+
Chronifizierung, Komorbidität & Risikofaktorenanhäufung	?	+
Leistungsfähigkeit bzgl. komplexer Funktionen und Aktivitäten & tatsächliche Aktivität in Alltag und Arbeit	-	+
Selbstkonzept (subjektive Faktoren)	-	++

(-) kein Informationsgehalt ; (+)geringer Informationsgewinn; (++) hoher Informationsgewinn; (?) Informationsquellen, dessen Informationsgehalt nicht unmittelbar zu gewichten ist z.B. auf Grund eines unterschiedlichen Vollständigkeitsgrades der Akte

4.5.4.5 Ausblick

Das Screeninginstrument zur Einschätzung der Teilhabechancen befindet sich im Entwicklungsprozess. In der Praxis soll es als Aktenscreening und auf der Basis des Mitarbeitergesprächs in Verbindung mit Aktenscreening erprobt werden. Bis zur Erprobung müssen die itembezogenen Beurteilungskriterien vervollständigt werden. Im Zuge der Erprobung kann möglicherweise eine Modifikation der Beurteilungsskalen, der Items sowie der Beurteilungskriterien auf der Grundlage erster empirischer Datensätze notwendig werden.

4.5.5 Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit

Die Einschätzung der Erwerbsfähigkeit bzw. der Erwerbsminderung sowie der drohenden Erwerbsminderung ist zentraler Gegenstand bei Entscheidungen über Sozialleistungen (z.B. in Form von Rentenleistungen oder Teilhabeleistungen) der Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung.

Sowohl die Prinzipien der Personenorientierung und Dialogorientierung (s. Kap. 3.1) als auch das Wissen über den enormen Einfluss des Selbstkonzeptes der Person auf ihr Handeln und Erleben gebieten es, die Selbsteinschätzung des Betroffenen über seine Erwerbsfähigkeit als auch die Hintergründe für diese Einschätzung zu ergründen.

Ein Instrument, das sich speziell mit der Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit beschäftigt, liegt bisher nicht vor. Deshalb wurde von Nellesen 2002¹⁸¹ ein halbstandardisierter Interviewleitfaden entwickelt, der bei Reha- und Rentenbegutachtungen (s. auch Kap. 6.2) aber auch in der Reha-Beratung z.B. bei ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen, beim Hausarzt oder im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (s. auch Kap. 4.1) eingesetzt werden kann.

Für die Wahl der Interviewmethode spricht, dass sie in besonderer Weise dem Prinzip der Dialogorientierung folgt und weiterhin das gezielte Eingehen auf individuelle Beweggründe und Ursachen der Selbsteinschätzung ermöglicht.

Der Vorstellung des Interviewleitfadens gehen im Folgenden Erläuterungen zum Begriff des Selbstkonzeptes und insbesondere des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit voraus.

4.5.5.1 Selbstkonzept – Begriff und Bedeutung

Der Begriff des Selbstkonzeptes wurde insbesondere von Kognitionspsychologen geprägt. Das Selbstkonzept wird dabei als eine „dynamische mentale Struktur, die intrapersonale (innere) und interpersonale (zwischenmenschliche) Verhaltensweisen und Prozesse motiviert, interpretiert, organisiert, vermittelt und reguliert“¹⁸² verstanden.

Der theoretische Hintergrund über Aufbau, Kategorien und Dimensionen wird vielfach diskutiert. Dabei stellt sich heraus, dass es nicht *das* Selbstkonzept einer Person gibt, sondern situations- oder gegenstands- bzw. bereichsspezifische Selbstkonzepte. Somit kann auch ein Selbstkonzept der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit angenommen werden.

Selbstkonzepte sind das Ergebnis von Erfahrungen und kognitiven Prozessen. Dabei prägen die Selbstwahrnehmung des eigenen Handelns und Erlebens als auch die verschiedenen Formen der Beurteilung durch andere Personen die Entstehung des Selbstkonzeptes.

Das Selbstkonzept selber nimmt wiederum Einfluss auf die Wahrnehmung und die Erfahrungen, die eine Person aufsucht. Es wird angenommen, dass der Organismus, um Konflikte zu vermeiden, derart funktioniert, dass eine Konsistenz zwischen den Selbstwahrnehmungen und Übereinstimmung zwischen Wahrnehmungen vom Selbst und seinen Erfahrungen bestehen¹⁸³. Daraus folgt, dass sich Selbstkonzepte entwickeln und „manifestieren“, d.h. sie werden nicht oder nur unwesentlich durch einzelne Erfahrungen oder Beurteilungen (auch externer) revidiert.

¹⁸¹ Nellesen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

¹⁸² Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (1999, S. 546). *Psychologie*. Berlin u.a.: Springer Verlag.

¹⁸³ Pervin, L.A. (1993). *Persönlichkeitstheorien*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Dies legt die Annahme nahe, dass das Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit für die weiteren Entwicklungen, Entwicklungstendenzen und Teilhabechancen eine nicht zu vernachlässigende Größe darstellt (s. auch Kap. 4.4.4).

Für die Entwicklung des Interviewleitfadens ist es notwendig, sich mit dem möglichen Aufbau des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit zu beschäftigen.

4.5.5.2 Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit – Aufbau und Bedeutung

Die individuelle Einschätzung über die Erwerbs(un)fähigkeit ist das Ergebnis unmittelbarer Erfahrungen in Beruf und Alltag sowie kognitiver Prozesse. Weiterhin können auch das Umfeld und Informationen über die Erfahrungen anderer erwerbsunfähiger Personen (indirekte Erfahrungen) und die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit durch Dritte bei der Entstehung des Selbstkonzeptes von Bedeutung sein. Entscheidend für die Auswirkungen von Erfahrungen und Erwartungen sind die Attribuierungen und Bewertungen dieser, sowie ihr Zeitfaktor (stabil/instabil).

Erwerbsfähigkeit ist unmittelbar nicht "erfahrbar". Der abstrakte generalisierte Begriff baut auf konkreten Erfahrungen auf. Im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit können dies z.B. sein: Erfahrungen über die Fähigkeit, bestimmte alltags- und arbeitsrelevante Aktivitäten durchführen zu können, wie Heben, Tragen, Überkopfarbeit. Diese Feststellungen basieren auf direkten Erfahrungen oder es tritt der sog. Effekt der Reizgeneralisierung auf, d.h. es kommt zu einer automatischen Ausdehnung der Erfahrung auf ähnliche Bereiche. Ein Beispiel: Ist das Heben von Lasten von Boden in Taillenhöhe eingeschränkt, so ist das Heben allgemein eingeschränkt.

Erfahrungen über die zunehmenden Schwierigkeiten beim Verrichten der Arbeitstätigkeit und die Selbstwahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit im Vergleich zu der der Arbeitskollegen nehmen dabei auf die Wahrnehmung und das Selbstkonzept Einfluss. Auch der Vergleich zu anderen bereits frühberenteten Kollegen, Freunden oder Nachbarn oder die Beurteilung/Kommentierung der Arbeitsleistungen durch Dritte (wie z.B. Kollegen oder des betreuenden Arztes) prägen die Entwicklung des Selbstkonzeptes.

Es ist anzunehmen, dass das Selbstkonzept der Erwerbsunfähigkeit weder von Heute auf Morgen entsteht, noch z.B. alleine durch die Ablehnung eines Renten- oder Rehaantrages entkräftet werden kann.

Unter Berücksichtigung des Einflusses des Selbstkonzeptes auf Verhalten und Wahrnehmen einer Person sollte für die Prozessgestaltung bei Reha-Maßnahmen als auch in der Begutachtung die Analyse der Selbsteinschätzung und der ihr zu Grunde liegenden kognitiven Prozesse erfolgen. Die Bedeutung für die Rehabilitation leitet sich daraus ab, dass Therapeuten und Ärzte nur geringe Erfolgchancen der Rehabilitation bei Patienten mit Rentenbegehren in Aussicht stellen und dass Rehabilitation nur dann dauerhafte Erfolge erreichen wird, wenn die Rehabilitation das Selbstkonzept des Betroffenen positiv prägt.

4.5.5.3 Halbstandardisierter Interviewleitfaden

Sowohl in der Begutachtung als auch im Rahmen von Beratungsgesprächen oder Reha-Maßnahmen sollte mit dem Betroffenen folgende Frage erörtert werden:

"Glauben Sie, erwerbsgemindert oder sogar erwerbsunfähig zu sein?"

Folgende fünf Antworttypen sind zunächst denkbar:

- Ja-Sager aus Überzeugung,
- Ja-Sager, der zweifelt,

- Ja-Sager, der aber vom Gegenteil überzeugt ist,
- Unschlüssiger, der dieser Frage offen gegenüber steht und sich noch keine Meinung dazu gebildet hat bzw.
- Nein-Sager.

Unabhängig von der Beantwortung dieser offenen Frage lässt die Antwort keinen Rückschluss auf die dem Beurteilungsprozess zu Grunde liegenden kognitiven Prozess zu. Es ist daher im weiteren Gespräch zu ergründen, welches Vorwissen vorhanden ist, z.B. über den Begriff der Erwerbsunfähigkeit, und welche kausalen oder logischen Zusammenhänge der Befragte zwischen diesem Begriff und seiner Wahrnehmung herstellt.

Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Erwerbsfähigkeit könnten darin begründet sein, dass Betroffene andere Indikatoren als Gutachter und Juristen heranziehen. Im Interview sollte ggf. eine Gegenüberstellung die Diskrepanzen aufdecken.

Weiterhin ist von Interesse, welche funktionale Bedeutung der Betroffene der Erwerbsunfähigkeit allgemein und konkret in seinem Fall zuschreibt.

Dabei sollten folgende Aspekte im Dialog mit dem Betroffenen aufgegriffen werden¹⁸⁴:

- Seit wann beschäftigen Sie sich mit der Frage der Erwerbsfähigkeit? Und gegebenenfalls: Seit wann besteht die Einschätzung, erwerbsunfähig zu sein?
(*Zeitpunkt, Dauer*)
- Warum glauben Sie, erwerbsunfähig zu sein?
(*Aufbau und Elemente des Selbstkonzeptes; Bedeutung und Attribuierung von Erfahrungen und Erwartungen, ggf. Beurteilung durch Dritte*)
- Erfahren Sie Einschränkungen in Alltag und Beruf, die zu dieser Einschätzung beitragen, wenn ja welche, wobei und seit wann?
(*Existenz und Dauer von Partizipations- und Aktivitätsstörungen und kausale Zusammenhänge*)
- Ist der aktuelle Krankheitszustand oder die Krankheitsprognose eine Ursache für Ihre Einschätzung?
(*Selbstbeurteilung der Bedeutung der Krankheitsdiagnose und -prognose*)

Bei Personen die einen Renten- oder Rehaantrag gestellt haben, ist weiterhin anzuschließen:

- Gab es einen bestimmten Auslöser für die Antragstellung?
(*Auslöser der Antragsstellung*)
- Haben Sie die Initiative für den Antrag ergriffen oder ist dies die Empfehlung Ihres Arztes, Anraten von Familienangehörigen, Freunden, Bekannten, Arbeitgebern, Betriebsärzten etc. oder Aufforderung des Sozialleistungsträgers?
(*Initiator der Antragstellung, evtl. externe wie Partner, Arzt o.a.*)
- Unterstützt der betreuende Arzt (z.B. Hausarzt) den Antrag?
(*Unterstützung und Bestätigung seitens eines betreuenden Arztes*)
- Wie stehen Partner, Familie und Freunde zu dem Antrag?

¹⁸⁴ Nellesen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

(Unterstützung aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld, auch im Hinblick auf das Phänomen der sozialen Erwünschtheit)

- Besteht Kontakt zu Erwerbsunfähigen und kam/kommt es zum Informationsaustausch mit diesen? Wenn ja, wo? – z.B. Bekanntschaftskreis, Arbeitsstelle?

(Unterstützung und Bestätigung durch Erfahrungen und Wissen anderer Betroffener)

- Hatten Sie in der Zeit zwischen Antragstellung und jetzt (Befragungssituation) Zweifel an ihrer Einschätzung?

(Grad der Verankerung/Manifestation der Einschätzung)

- Welche Konsequenzen werden für Sie folgen, wenn der Antrag bewilligt wird bzw. abgelehnt wird – z.B. im Betrieb oder in der Familie?

(Funktionale Bedeutung)

Durchführungshinweise:

Bei der Durchführung sollte der Interviewer neutral sein, damit der Befragte bereit ist, offen und ehrlich Stellung zu beziehen. Weiterhin ist beim Interview und bei der Interpretation der Selbstaussagen auf die allgemein bekannten Fehlerquellen wie z.B. Antworten gemäß der sozialen Erwünschtheit, Halo-Effekt oder Simulations- und Dissimulationstendenzen zu achten.

4.5.6 FCE-Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten

Der Einsatz von Verfahren der Functional Capacity Evaluation (kurz: FCE) hat in Deutschland in den letzten Jahren zugenommen und wird weiterhin diskutiert. Dies insbesondere, weil die Verfahren eine recht umfassende Untersuchung alltags- und arbeitsbezogener Aktivitäten in standardisierter Form erlauben, was zunehmend gefordert wird, und da bisher nur wenige Instrumente zur Durchführung von Aktivitätstests existieren.

Im Folgenden werden zunächst einige grundlegende Aspekte und Anwendungsfelder der FCE-Verfahren dargelegt und auf deren Verbreitung in Deutschland eingegangen. Das letzte Kapitel fasst die Anwendungsmöglichkeiten und -grenzen vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen und Studienergebnisse zusammen.

4.5.6.1 Charakteristika einer FCE

Für den Begriff FCE existiert bisher keine einheitliche Definition. Im Folgenden sollen daher die wesentlichen Charakteristika dargestellt werden. Aus dem FCE-Begriff lassen sich drei zentrale Aspekte unmittelbar ableiten:

"Functional: Meaningful, useful. In this context, functional indicates purposeful activity that is an actual work movement. Functional implies a definable movement with a beginning, an end, and a result that can be measured.

Capacity: Maximum ability, capability. Capacity indicates existing abilities for activities, including the maximum function that can be used.

Evaluation: Systematic approach, including observation, reasoning, and conclusion. Going beyond monitoring and recording, the evaluation process implies an outcome statement that is explanatory, as well as an objective measurement of the activity"¹⁸⁵.

Die Funktionalität der Testung wird auch von anderen Autoren betont. In Anlehnung an die Terminologie der ICF dienen FCE-Verfahren der „Aktivitätsdiagnostik“; denn primär werden in FCE-Untersuchungen verschiedene Aktivitäten, wie z.B. Heben, Treppensteigen, Gehen u.a. überprüft.

FCE wird in der deutschsprachigen Literatur manchmal mit "Evaluation funktioneller Leistungsfähigkeit (EFL)" übersetzt¹⁸⁶. Mit EFL wird aber zugleich die deutsche Version des FCE-Verfahrens nach Susan Isernhagen bezeichnet; deshalb wird im Folgenden weiterhin der Originalbegriff "FCE" verwendet.

4.5.6.2 Elemente einer FCE

Eine FCE-Untersuchung besteht i.d.R. aus folgenden Elementen:

- Anamnese (Eingangsdatenerhebung) und physische Untersuchung,
- Durchführung funktioneller Tests,

¹⁸⁵ Isernhagen, S.J. (1991, S. 336). *Functional Capacity Evaluation and Work Hardening Perspectives*. In T.G. Mayer, V. Mooney & R.J. Gatchel (Eds.), *Contemporary Conservative Care for Painful Spinal Disorders*. Philadelphia: Lea & Febiger.

Isernhagen, S.J. (1993, S. 184). *Advancements in Functional Capacity Evaluation*. In: B. D'Orazio (Ed.), *Back Pain Rehabilitation*. Fredericksburg, Virginia: Orthopedic and Sport Physical Therapy Assoc. Inc.

¹⁸⁶ Schreiber, T.U., Bak, P., Petrovitch, A., et al. (2000, S. 112). *Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) – Überblick über Methoden und Testsysteme*. Phys. Med. Rehab. Kurror., 10, 108-119.

- Konsistenzprüfungen zwischen den Testergebnissen untereinander sowie zwischen diesen Testergebnissen, den Befunden der Anamnese sowie der körperlichen Untersuchung,
- Erstellung des Evaluationsberichts (ggf. Vergleich mit dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes).

Im Rahmen der **funktionellen Tests** werden verschiedene Aktivitäten wie Heben, Tragen, Schieben, Ziehen, Gehen, Treppensteigen, Überkopfarbeit u.a. überprüft. Zur Einschätzung der Hand- und Fingerfertigkeiten wird dabei oftmals auf bekannte Testverfahren zur Erfassung koordinativer Fähigkeiten zurückgegriffen, so z.B. auf das Purdue Pegboard oder den Complete Minnesota Dexterity Test. Zur Messung der Hand- und Fingerkraft werden Hand- und Pinchdynamometer eingesetzt.

Die American Physical Therapy Association (APTA) hat in ihren 1998 herausgegebenen "Guidelines for Evaluation Functional Capacity" 17 funktionelle Aktivitäten benannt, die in einer FCE enthalten sein sollten: "balancing, carrying, climbing, crawling, crouching, feeling, fingering, handling, kneeling, lifting, pulling, pushing, reaching, sitting, standing, stooping, walking"¹⁸⁷. Diese orientieren sich an den im Dictionary of Occupational Titles (DOT, Version 1991) genannten 20 Items physischer Anforderung (s. Tab. 4.5-3).

Die DOT-Merkmale als auch die im DOT verwendeten Beurteilungsschlüssel (s. Kap. 4.5.6.5) bilden die Basis für die FCE-Durchführung und Beurteilung.

Tab. 4.5-3.: Items (20) physischer Anforderungen des Dictionay of Occupational Titles¹⁸⁸, fett hervorgehoben sind die Merkmale, die in den „Guidelines for Evaluation Functional Capacity“ der APTA (1998) genannt werden

Dictionary of Occupational Titles (US Department of Labor 1991)	
1. Strength a) Body position: standing, walking, sitting; b) Weight/force: lifting, carrying, pushing, pulling; c) Controls: hand-arm and foot-leg 2. Climbing 3. Balancing 4. Stooping 5. Kneeling 6. Crouching 7. Crawling 8. Reaching 9. Handling 10. Fingering	11. Feeling 12. Talking 13. Hearing 14. Tasting/smelling 15. Near acuity 16. Far acuity 17. Depth perception 18. Accomodation 19. Color vision 20. Field of vision

4.5.6.3 Allgemeine Anwendungsfelder der FCE

Die Entwicklung verschiedener FCE-Systeme begann Ende der 60er-Jahre. Entwicklung und Verbreitung der FCE wurden in den USA insbesondere durch die "Rehabilitation and Return to Work Opportunity Act of 1996" und die "American with disabilities Act (ADA)" unterstützt.

Die FCE-Anwendung erfolgt u.a. bei folgenden Fragen und Zielen:

- Fragen der Arbeitsfähigkeit (Return to Work) und Alltagsfähigkeit,

¹⁸⁷ APTA – American Physical Therapy Association (1998, S. 3). *Guidelines for Evaluating Functional Capacity*. APTA publications. Order No. P-147.

¹⁸⁸ US DOL – U.S. Department of Labor (1991). *Dictionary of Occupational Titles*. Fourth Edition Revised, Washington.

- Arbeitsvermittlung und Pre-employment-screening (Einstellungsassessment),
- Arbeitsfindung,
- Bestimmung des Grads der Krankheit oder Behinderung,
- Feststellung der Therapiebedürftigkeit und der Therapieplanung (Therapieassessment),
- Evaluation des Therapieerfolges und Rehabilitationsprozesses,
- Erstellung von Gutachten (u.a. im Auftrag von Gerichten)

Die Durchführung von FCE-Untersuchungen ist bei vielfältigen Indikationen bekannt. Häufig wird über eine Anwendung bei Patienten mit chronischen Rückenbeschwerden berichtet. Mueller et al. (1997, S. 479)¹⁸⁹ nennen z.B. bezogen auf die von ihnen durchgeführten FCEs folgende Häufigkeitsverteilung: 39 % LWS-Probleme (Zerrungen und Verstauchungen, Bandscheibenvorfälle und Wirbelkörperfusionen, z.B. Spondylodesen), 36 % obere Extremitäten und Handverletzungen, 14 % zervikale Verletzungen und 11 % sonstige (untere Extremitäten und Polytraumen). Diese Angaben beziehen sich auf den US-amerikanischen Raum.

Die Verbreitung und Anwendung der Verfahren in Deutschland wurde in einer gemeinsamen Studie des VDR mit dem IQPR untersucht.

4.5.6.4 Verbreitung von FCE-Verfahren in Deutschland

Die FCE-Studie wurde von Juni 2002 bis Dezember 2002 durchgeführt. Ihr Ziel war die Bestandsaufnahme des Einsatzes von FCE-Systemen in Deutschland, die Bewertung dieses Einsatzes und ein Ausblick auf kommende Entwicklungen.

Es wurden insgesamt 324 Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation zweimal schriftlich befragt. Den Abschluss der Studie bildete eine Expertentagung mit Teilnehmern der Studie, Reha-Wissenschaftlern und Sozialmedizinern.

Da die Befragten anhand ihrer unterschiedlichen Erfahrung mit FCE-Systemen in vier unterschiedliche Gruppen aufgeteilt wurden (Anwender von FCE-Systemen; Einrichtungen in Schulung; Einrichtungen, die den Einsatz planen und Einrichtungen ohne FCE-System), erfolgten z. T. getrennte Auswertungen.

Ergebnisse der Bestandsaufnahme¹⁹⁰

Für die Ergebnisdarstellung werden die Angaben der Anwender, Schuler und Planer zusammengefasst (n=81). Die Ergebnisse der Einrichtungen ohne FCE-System (n=230) werden nicht dargestellt.

Insgesamt ca. 67 % der Einrichtungen, die ein FCE-System einsetzen oder einsetzen wollen, setzen EFL ein; 21 % geben das Arbeitssimulationsgerät ERGOS an; 1 % (n=1) plant, Blankenship einzusetzen; 3 % sind unentschieden. 9 % setzen andere FCE's ein, die zum

¹⁸⁹ Mueller, B.A., Adams, E.D. & Isaac, C.A. (1997, S. 479). Work Activities. In J. Van Deusen & D. Brunt (Eds.), *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy*. Philadelphia, London, Toronto et al.: W.B. Saunders Company, 477-500. (1997, S. 479).

¹⁹⁰ Erbstößer, S., Nellesen, G. & Schuntermann, M.F. (2002): *FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit Bestandsaufnahme und Experteneinschätzung*. Abschlussbericht im Druck.

Teil von der jeweiligen Einrichtung selbst entwickelt wurden. (Bzgl. der Beschreibung von EFL und ERGOS siehe Kaiser et al. 2000a¹⁹¹ und Kaiser et al. 2000b¹⁹²).

1996 wurde innerhalb der befragten Einrichtungen das erste FCE-System eingesetzt, die Anwenderzahlen steigen seitdem.

Größtenteils werden die FCE-Systeme von der jeweiligen Einrichtung selbst finanziert. FCE-Systeme werden entweder vorrangig im Rahmen selbstdurchgeführter Maßnahmen oder aber überwiegend im Auftrag Dritter eingesetzt. Im Monat werden (nur) fünf FCE-Untersuchungen (mittlerer Wert) durchgeführt.

4.5.6.5 Beurteilungskriterien und Beurteilungsmaßstab bei FCE-Verfahren

Beurteilungskriterien

Neben den quantitativen Werten (Dauer, Häufigkeit, isometrische Kraftwerte, Gewichtsangaben, Anzahl gelöster Teilaufgaben bei feinmotorischen Tests) werden im Rahmen einer FCE verschiedene andere Beurteilungsparameter, die auf qualitative Aspekte der Bewegungsausführung und/oder den Grad der Beanspruchung hinweisen, dokumentiert und in die Urteilsfindung integriert. Hierzu zählen:

- Herzfrequenzmessungen,
- subjektive Angaben über den Grad der Beanspruchung (z.B. Borg-Skala),
- Schmerzangaben,
- Dokumentation von Schmerzverhalten,
- qualitative Bewegungskriterien hinsichtlich Bewegungsökonomie und Ergonomie sowie Grad der Beanspruchung.

Der Stellenwert dieser Parameter wird von den einzelnen FCE-Anbietern sehr unterschiedlich bewertet und infolgedessen unterschiedlich operationalisiert. Dabei scheinen in Systemen mit überwiegender Online-Erfassung die prozessorientierten Leistungsparameter in den Hintergrund zu rücken. Die einzelnen Parameter fließen bei den Verfahren sehr unterschiedlich in die Urteilsfindung ein. Dabei können die Hersteller teilweise nicht offen legen, wie diese Kriterien in die Gesamtbeurteilung eingehen. Es wird daher auch von einer "black box" (beim ERGOS-System) gesprochen, die die Datenauswertung und -interpretation übernimmt¹⁹³.

Dabei ist umstritten, inwieweit subjektive Kriterien (Schmerz, Belastungsempfinden) in einem Verfahren berücksichtigt werden können, das objektive Daten liefern soll. Beispielsweise vertreten die EFL-Anwender die Meinung: "Die sichere Funktion und nicht der Schmerz ist der entscheidende Parameter in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit"¹⁹⁴. Andere Autoren halten insbesondere bei der Extrapolation der Testergebnisse auf den 8-

¹⁹¹ Kaiser, H., Kersting, M. & Schian, H.-M. (2000a). Der Stellenwert des Arbeitssimulationsgerätes ERGOS als Bestandteil der leistungsdiagnostischen Begutachtung. *Rehabilitation*, 39, 175-184.

¹⁹² Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.-M., et al. (2000b). *Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation*. *Rehabilitation*, 39, 297-306.

¹⁹³ Schian, H.-M. & Kaiser, H. (2000). *Profilvergleichssysteme und leistungsdiagnostische, EDV-gestützte Technologie – Ihr Einsatz zur Verbesserung der Beantwortung sozialmedizinischer Fragestellungen und Begutachtungen sowie der Planung von Reha-Maßnahmen*. *Rehabilitation*, 39, 56-64.

¹⁹⁴ Kaiser et al. (2000b), s.o.

Stunden-Tag für fraglich, ob Schmerzen hierbei vollkommen unberücksichtigt bleiben dürfen¹⁹⁵.

Teilweise werden über die Beurteilungsparameter auch Abbruchkriterien definiert¹⁹⁶:

- Testabbruch bei übermäßigem Herzfrequenzanstieg,
- Testabbruch des Patienten auf Grund Schmerzangaben (in Höhe eines vorher definierten Skalenwertes),
- Testabbruch, wenn das subjektive Belastungsempfinden einen vorher definierten Skalenwert erreicht hat oder der Patient angibt, nicht mehr fortfahren zu können,
- Testabbruch bei Bewegungsunsicherheiten des Patienten z.B. bei der Handhabung von Lasten bei nicht ergonomischen Bewegungsausführungen unter dem Aspekt der Sicherheit.

Beurteilungsmaßstab

Für die Einzeltests werden (alters-, geschlechts- und körperrgewichtsbezogene) Normdaten und häufig auch die MTM-Normdaten herangezogen (u.a. bei den Systemen ARCON, Blankenship, ERGOS, VALPAR). Die MTM-Daten beziehen sich auf den so genannten Industriestandard, der von der MTM-Gesellschaft wie folgt definiert wurde: "The Industrial Standard (IS) is the time it takes the average worker with average skill to perform a task throughout an average 8 hour day, with appropriate allowances without undue stress or fatigue"¹⁹⁷.

Abgesehen davon, dass die Beurteilung von Testergebnissen in Bezug zu Normdaten von verschiedenen Autoren¹⁹⁸ kritisiert wird, muss beachtet werden, dass sich die Normdaten meist auf sehr geringe Probandenzahlen stützen¹⁹⁹.

Die Leistungsfähigkeit bezüglich der einzelnen Aktivitäten sowie das Gesamturteil zur Arbeitsschwere werden entsprechend den Beurteilungsschlüsseln des DOTs dokumentiert. So erfolgen Aussagen über die Fähigkeit in folgenden Kategorien: nie, gelegentlich, häufig oder ständig (s. Tab. 4.5-4). Zur qualitativen Beschreibung der gesamten Arbeitsfähigkeit (Overall Level) erfolgt eine Einteilung nach Arbeitsschwere in: sehr leichte (überwiegend sitzend), leichte, mittelschwere und sehr schwere Arbeit; in Abhängigkeit von den handhabbaren maximalen Gewichten (s. Tab. 4.5-5).

¹⁹⁵ Nellessen, G. (2002). *Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen*. Berlin: Mensch-und-Buch-Verlag.

Fishbain, D.A., Khalil, T.M., Abdel-Moty, E., et al. (1995). *Physician limitations when assessing work capacity: a review*. J Back Musculoskelet Rehabil, 5, 107-113.

¹⁹⁶ Nellessen (2002), s.o.

¹⁹⁷ Coupland, M.A. & Psych, A.R.W. (1998). *Using Methods-Time Measurement (MTM): in functional capacity evaluation*. Abstract revised by ARCON.

¹⁹⁸ Innes, E. & Straker, L. (1998). *A clinician's Guide to work-related assessments: 3 – administration and interpretation problems*. Work, 11, 207-219.

King, P.M., Tuckwell, N. & Barret T.E. (1998). *A Critical Review of Functional Capacity Evaluations*. Phys Ther, 78, 852-865.

Lechner, D., Roth, D. & Straaton, K. (1991). *Functional Capacity Evaluation in Work Disability*. Work, 1, 37-47.

¹⁹⁹ Nellessen (2002), s.o.

Tab. 4.5-4: Häufigkeitsschlüssel im DOT

Frequency – Häufigkeitsschlüssel –	never – nie –	occasional – gelegentlich – bis 1/3 des Arbeitstages	frequent – häufig – bis 2/3 des Arbeitstages	constant – ständig – bis ganzer Arbeitstag
---------------------------------------	------------------	---	---	---

Tab. 4.5-5: Einteilung der Arbeitsschwere im DOT

Work Intensity – Arbeitsschwere –	sedentary – sehr leichte –	light – leicht –	medium – mittel –	heavy – schwer –	very heavy – sehr schwer –
Max. gelegentliche Belastung	bis 10 lb bis 4,5 kg	bis 20 lb 4,5-9 kg	20-50 lb 9-23 Kg	50-100 lb 23-45 kg	>100 lb >45 kg

4.5.6.6 Reflexion der Anwendungsmöglichkeiten

Die Anwendungsmöglichkeiten werden derzeit in Deutschland in verschiedenen Zusammenhängen untersucht, reflektiert und diskutiert.

Abgeschlossen wurden bereits die folgenden Untersuchungen/Studien:

- (1) Stellenwert der Untersuchung mit dem Arbeitssimulationsgerät ERGOS® für die arbeitsamtsärztliche Begutachtung²⁰⁰
- (2) FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit – Bestandsaufnahme und Expertenhearing²⁰¹
- (3) Test-Retest-Reliabilität des FCE-Verfahrens ARCON®²⁰²
- (4) Leistungsdiagnostik und Leistungsprognostik – zentrale Elemente der sozialmedizinischen Begutachtung. Theoretisch-konzeptionelle Analyse und Entwicklung von Grund- und Leitsätzen – Dissertation²⁰³

Folgende Untersuchungen laufen derzeit:

- (5) ERGOS-Studie – retrospektive Auswertung, wissenschaftliche Begleitung, kontrollierte Studie²⁰⁴
- (6) EFL-Studie des Bundesverbands EFL

Dabei werden/wurden verschiedene Fragestellungen der Anwendung analysiert, u.a.:

- Stellenwert für die Einschätzung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit
- Aussagefähigkeit bezogen auf die Arbeitsfähigkeit im Stundenbereich

²⁰⁰ Heipertz, W., Götz, U., Lorenz, H., et al. (2002). *Die ERGOS®-Studie des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit (BA) – Erste Ergebnisse der zweiten Phase*. In VDR (Hrsg.), 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Teilhabe durch Rehabilitation vom 4. bis 6. März 2002 in München, DRV-Schriften Band 33, Frankfurt am Main: WDV Wirtschaftsdienst, 79-81.

²⁰¹ Heipertz, W. et al. (2002), s.o.

Erbstößer, S. (2003). *FCE-Studie: Ergebnisse der Abschlusstagung*. In VDR (Hrsg.), 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, Rehabilitation im Gesundheitssystem vom 10. bis 12. März 2003 in Bad Kreuznach, DRV-Schriften Band 33, Frankfurt am Main: WDV Wirtschaftsdienst, 272-274.

²⁰² Eingereichtes Manuskript von Nellessen, G., Borger, S., Alles, T., et al. (2003). *Test-Retest-Reliabilität des FCE-Verfahrens ARCON*.

²⁰³ Nellessen, G. (2002), s.o.

²⁰⁴ s. IQPR (Hrsg.). www.iqpr.de (Projekte).

- Test-Retest-Reliabilität einzelner Instrumente
- Stellenwert der FCE-Untersuchungen für die sozialmedizinische Begutachtung und ärztliche Beurteilungen

Nach der Auswertung der bisher vorliegenden Studienergebnisse werden derzeit folgende Anwendungsmöglichkeiten und -grenzen gesehen²⁰⁵:

- FCE-Systeme sind als Testverfahren zur Einschätzung arbeitsrelevanter Aktivitäten geeignet; ihr Einsatz empfiehlt sich im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtung (Ergebnisse der Studien 1, 2, 3, 4). Zu beachten ist: FCE-Systeme testen nur bestimmte einzelne arbeitsbezogene Aktivitäten, das Konzept der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, wie es in Kapitel 4.4.2 skizziert ist, umfasst mehrere Kriterien (Studie 4).
- Es ist davon auszugehen, dass diese Form eines aktivitätsorientierten Untersuchungsansatzes zur Optimierung von Entscheidungsprozessen führt (1, 2, 3, 4). Die feste Implementierung der Verfahren in das Rehabilitationssystem der USA und anderer Länder (u.a. der Schweiz) bestätigt die Wertigkeit des Untersuchungsansatzes.
- Die quantitativen Ergebnisse von FCEs und die Interpretationen über die Leistungsfähigkeit im Stundenbereich sind äußerst kritisch zu bewerten. Sie decken sich teilweise nicht mit der ärztlichen Einschätzung (1), es fehlt die wissenschaftliche Fundierung der Extrapolationsansätze (4) und die Test-Retest-Reliabilität dieser Interpretationsergebnisse bezogen auf den 8-Stunden-Tag konnte bisher empirisch nicht bestätigt werden (3, 4).
- Der Einsatz von FCE-Systemen im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen und Gutachten führt in vielen Fällen zu einem wichtigen Informationszugewinn (1, 2). Zum jetzigen Zeitpunkt (auf Grund der bisherigen Erfahrungen) können die exakten Indikationskriterien für eine FCE-Untersuchung noch nicht definiert werden (2, Zielsetzung der laufenden ERGOS-Studie 5).
- Der Einsatz scheint u.a. empfehlenswert bei Diskrepanzen zwischen Fremd- und Selbsteinschätzung bzgl. der Leistungsfähigkeit (2).
- Hoch wird der Stellenwert der beobachtbaren prozessorientierten Leistungsparameter beurteilt. Der beobachtbare Einsatz von Kompensationsmechanismen, der beobachtbare und evtl. durch Pulsmessung ermittelte Grad der Beanspruchung, idealerweise ergänzt durch die Selbsteinschätzung der Beanspruchung, stellen wichtige Basisbausteine für die Leistungsbeurteilung durch den Untersucher dar (1, 2, 3, 4).

Zu ergänzen ist, dass FCE-Verfahren nicht notwendigerweise zur Einschätzung arbeits- und alltagsrelevanter Leistungsfähigkeit eingesetzt werden müssen. Oftmals reichen Selbst- und/oder Fremdbeobachtungen ggf. mittels Fragebogen erhoben, sowie Berichte.

²⁰⁵ s. hierzu auch Gagel, A. & Schian, H.-M. (2002). *Die Dominanz der Rehabilitation bei Bearbeitung und Begutachtung in Rentenverfahren – zugleich ein Ansatz zur besseren Bewältigung der Anforderungen des § 43 SGB VI*. Die Sozialgerichtsbarkeit, 49, 529-536.

4.5.7 IMBA-Verfahren und Reflexion der Anwendung

Die nachhaltige Integration in das Erwerbsleben setzt einen fähigkeitsgerechten Einsatz in Arbeit voraus. Für die optimale Platzierung einer Person in Arbeit sind dabei Kenntnisse über die am Arbeitsplatz **gestellten Anforderungen** sowie die **Fähigkeiten** der betroffenen Person notwendig. In diesem Zusammenhang sind besonders **Profilvergleichssysteme** von Interesse, die es ermöglichen, die Arbeitsanforderungen den Fähigkeiten der Person gegenüberzustellen. Ein solches Verfahren stellt IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt – dar.

Im folgenden Kapitel werden zunächst grundsätzliche Charakteristika des IMBA-Verfahrens und seine Anwendungsfelder dargestellt. Darüber hinaus werden die Verbreitung des Verfahrens aufgezeigt sowie vor dem Hintergrund praktischer Erfahrung die Anwendungsmöglichkeiten reflektiert.

4.5.7.1 Charakteristika des Verfahrens IMBA

IMBA wurde in einem interdisziplinären Team aus den Bereichen Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft mit Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherheit (ehem. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) entwickelt.

Im Zuge der Entwicklung konnten für IMBA Qualitätskriterien formuliert werden, die zugleich in der europäischen Resolution für die sog. beruflichen Assessmentverfahren zur Integration und Rehabilitation behinderter Menschen wiederzufinden sind²⁰⁶. Zudem wurden aktuelle Entwicklungen in der medizinischen und rehabilitativen Klassifikation (ICD-10, ICDH 2/ICF) sowie praktische Erfahrungen aus den Bereichen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation hinsichtlich Aufbau, Struktur und Anwendungsrichtlinien berücksichtigt. Entscheidend ist auch, dass die aufgeführten unterschiedlichen Berufsgruppen in IMBA eine einheitliche Sprache sprechen.

IMBA basiert auf einem standardisierten, systematischen und definierten Merkmalkatalog. Das Verfahren gliedert sich in 9 Merkmalkomplexe (Dimensionen), die ihrerseits in mehreren Ebenen jeweils weiter ausdifferenziert und in einheitlich aufgebauten Anforderungs- und Fähigkeitsprofilen festgehalten und beurteilt werden²⁰⁷. (Das IMBA-Modell wurde bereits in Kapitel 4.4.2 skizziert und bildlich dargestellt.) Insgesamt besteht IMBA aus 178 Items (70 Hauptmerkmale und 108 Detailmerkmale), die sich wie folgt auf die neun Dimensionen verteilen:

1. Körperhaltung (16 Items): Hauptmerkmale (6 Items) Detailmerkmale (10 Items)
2. Körperfortbewegung (9 Items): Hauptmerkmale (3 Items) Detailmerkmale (6 Items)
3. Körperteilbewegung (34 Items): Hauptmerkmale (5 Items) Detailmerkmale (29 Items)
4. Information (31 Items): Hauptmerkmale (10 Items) Detailmerkmale (21 Items)
5. Komplexe Merkmale (21 Items): Hauptmerkmale (6 Items) Detailmerkmale (15 Items)
6. Umgebungseinflüsse (20 Items): Hauptmerkmale (7 Items) Detailmerkmale (13 Items)
7. Arbeitssicherheit (16 Items): Hauptmerkmale (2 Items) Detailmerkmale (14 Items)

²⁰⁶ Resolution AP (95) 3 on a charter on the vocational assessment of people with disabilities and glossary.

²⁰⁷ BMA-Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000) [Hrsg]: IMBA – Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. Einführung, Definitionen und Profildbögen. Essen, Köln, Siegen.

8. Arbeitsorganisation (7 Items): Hauptmerkmale (7 Items)
9. Schlüsselqualifikation (24 Items): Hauptmerkmale (24 Items)

4.5.7.2 Allgemeine Anwendungsfelder von IMBA

Bei IMBA handelt es sich um ein Dokumentationsverfahren, das sowohl in der Prävention als auch in der Rehabilitation zur Anwendung kommt. Auf der Grundlage von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen sind Profilvergleiche, also direkte Anforderungs- und Fähigkeitsvergleiche möglich. Differenzen zwischen Anforderungen und Fähigkeiten werden im Ergebnis als bestehende Überforderungen bzw. Unterforderungen in Bezug auf die beurteilten Merkmale angegeben. Im Ergebnis lassen sich anschließend erste Hinweise auf bestehenden Handlungsbedarf im Sinne einer Intervention ableiten. Über den tatsächlichen Handlungsbedarf muss jedoch immer im Einzelfall entschieden werden. Auf diese Weise stellt IMBA ein Verfahren zur Entscheidungshilfe hinsichtlich der durchzuführenden Interventionen, z.B. Gestaltung des Arbeitsplatzes, Begleitung am Arbeitsplatz oder Maßnahmen zur Förderung der Fähigkeiten, dar.

IMBA kann in unterschiedlichen Institutionen, Unternehmen, Reha-Einrichtungen, Kliniken, Behörden und branchenübergreifend im Kontext der beruflichen Prävention, Rehabilitation, Eingliederung, Integration sowie bei der Personal- und Organisationsentwicklung eingesetzt werden. So z. B. im Zusammenhang mit der optimalen Platzierung von älteren oder leistungsgewandelten Mitarbeitern oder zum Zwecke der Dokumentation von individuellen Therapieverläufen im Rahmen der Qualitätssicherung. Anwender finden sich in verschiedenen Berufsgruppen wie z.B. Arbeitsgestalter, Arbeitsmediziner, Therapeuten sowie Arbeitspsychologen.

4.5.7.3 Verbreitung des Verfahrens

In regelmäßig durchgeführten IMBA-Seminaren, in denen der Umgang mit dem Verfahren geschult wird, konnten seit 1999 mehr als 500 Personen mit Erfolg ihre IMBA-Lizenz erwerben. Jedoch ist die Anzahl derjenigen, die mit IMBA in der Praxis arbeiten, angesichts der Zahlen angeforderter IMBA-Arbeitsmaterialien viel höher zu beziffern.

IMBA wird in einem breiten Spektrum von Anwendungsgebieten eingesetzt. Dies zeigt sich insbesondere in der Vielfalt unterschiedlicher Institutionen, die in den Seminaren durch die Schulungsteilnehmer vertreten werden. Das Spektrum reicht über solche der Behindertenhilfe, der Berufsförderungswerke, der Berufsbildungswerke, der Werkstätten für behinderte Menschen, der Integrationsfachdienste, der psycho-sozialen Dienste, der Einrichtungen der Fort- und Weiterbildung, der Hauptfürsorgestellen/Integrationsämter, der Versorgungsämter, der Reha-Kliniken, der Arbeitsverwaltung/Arbeitsämter, der Rentenversicherungsträger, der Berufsgenossenschaften bis hin zu Ministerien und Sozialverwaltungen, der privaten Wirtschaft sowie den Verbänden und Bundesarbeitsgemeinschaften.

Auch in der Praxis wird IMBA sehr erfolgreich angewendet. So haben sich die Berufsförderungswerke für die flächendeckende Implementierung und Anwendung von IMBA entschieden, insbesondere unter dem Aspekt einer einheitlichen Qualitätssicherung. Ebenso die Ford-Werke AG, Köln, die IMBA seit 2001 flächendeckend einsetzen, um die Integration von leistungsgewandelten Mitarbeitern zu optimieren und um generell die Arbeitseinsatzplanung zu verbessern. Hier hat sich IMBA ausdrücklich bewährt.

Darüber hinaus ist IMBA in das Seminarangebot der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aufgenommen worden. Zudem stellt IMBA einen prüfungsrelevanten Inhalt in der Berufsausbildung für Physiotherapeuten und Oekotrophologen an der FH Münster dar.

Erfahrungsberichte zur praktischen Umsetzung sowie Ergebnisse zu wissenschaftlichen Arbeiten im Zusammenhang mit dem Verfahren wurden bislang in zahlreichen Veröffentlichungen publiziert.

Das internationale Interesse an dem Verfahren wird nicht zuletzt dadurch erkennbar, dass neben der bundesweiten Verbreitung des Verfahrens, IMBA ebenfalls vom Ausland adaptiert wird z.B. Japan, Litauen, Slowakei, Österreich und Belgien.

4.5.7.4 Reflexion der Anwendungsmöglichkeiten

Das Verfahren IMBA verfügt, im Vergleich zu anderen Dokumentationsverfahren, wie sie in Kapitel 4.4.2 vorgestellt wurden über die Möglichkeit, mittels softwareunterstütztem Profilvergleich eine Einsicht über die Passung des Systems Mensch-Arbeit zu erhalten. Der Merkmalkatalog von IMBA ist umfassend und greift wie oben dargelegt auf die Vereinbarungen der Europäischen Resolution (AP 95) zurück. Verschiedene Kriterien, die für die Teilhabe am Arbeitsleben von Bedeutung sind, wie z.B. Arbeitswert (s. z.B. im Content Model des O-Net*, Kap. 4.4.2.2.5) werden jedoch nicht aufgegriffen. Im Hinblick auf die Praktikabilität des Verfahrens ist es allerdings nicht möglich, alle Items zu berücksichtigen.

Der Einsatz von IMBA hat sich insbesondere im Rahmen des Eingliederungsmanagements bewährt (s. Kap. 4.1.1). Hier liegt der besondere Vorteil darin, dass dieses Verfahren mit einem interdisziplinären Team, auf die Bedürfnisse interdisziplinärer Teams abgestimmt wurde. IMBA unterstützt kommunikative Prozesse, hier insbesondere die Verständigung mit dem Betroffenen und die zwischen den Akteuren. Weiterhin ist IMBA – optimiert durch die softwaregestützten Profilvergleiche – eine praktikable Entscheidungshilfe bei der Auswahl geeigneter Arbeitsplätze.

Der Einsatz des Verfahrens ist ebenfalls im Rahmen eines FWS möglich (s. Kap 4.2).

4.5.8 Resümee – „Assessmentinstrumente“

Assessmentinstrumente dienen der Unterstützung von Einschätzungs- und Entscheidungsprozessen bei der Prozessgestaltung. Von besonderem Interesse sind dabei Assessmentinstrumente, die im Rahmen der Prävention und Rehabilitation und bei der Einschätzung der Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt werden bzw. werden können (teilweise befinden sich die Instrumente noch in der Entwicklung).

Mit den Verfahren **FWS Design Check** und **ERGO-FWS** werden zwei Verfahren zur Analyse der ergonomischen Bedingungen am Arbeitsplatz vorgestellt. Dabei berücksichtigen die aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive entwickelten Instrumente nicht nur Merkmale des Arbeitsplatzes sondern auch personbezogene Merkmale (z.B. Vorerkrankungen), um einen Risikostatus zu bestimmen. Die Praktikabilität der Instrumente gilt es im Rahmen eines ergonomischen betrieblichen Frühwarnsystems (FWS) zu erproben.

Das Verfahren **Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben (STA)** ermöglicht es, verschiedene Faktoren zu erfassen, bei denen eine prädiktive Wertigkeit im Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben angenommen wird. Die Auswahl dieser Faktoren erfolgte auf der Basis von Literaturrecherchen, Expertenbefragungen sowie der Erfahrungen mit dem IPI (Integrations-Prognose-Index). Das Instrument kann im Rahmen der Begutachtung zur Einschätzung von Entwicklungschancen und -risiken eingesetzt werden. Praktische Erfahrungen mit dem IPI im Bereich der Begutachtungen wurden bereits gemacht. Darüber hinaus ist ein Einsatz im Rahmen eines betrieblichen oder überbetrieblichen FWS denkbar.

Der **Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit** kann im Rahmen der Begutachtung insbesondere bei EM-Anträgen in der Rentenversicherung eingesetzt werden. Mit dem Selbstkonzept der Erwerbsfähigkeit wird ein zentraler personbezogener Kontextfaktor eruiert. Der Gutachter erhält Aufschluss über die Hintergründe der Antragstellung und kann u.a. auf der Basis dieses Gespräches den weiteren Beratungs- und Behandlungsbedarf ableiten. Dabei wird über die Interviewmethode die geforderte Dialogorientierung realisiert.

Bei den **FCE-Verfahren** und dem **IMBA-Verfahren** handelt es sich um Instrumente, die bereits seit mehreren Jahren z.T. in Kombination in Anwendung sind. Charakteristisch für beide Verfahren ist, dass sie die Aufmerksamkeit des Anwenders auf die Vielfältigkeit menschlicher Fähigkeiten bzw. der Arbeitsanforderungen lenken. Sie leisten somit einen wichtigen Beitrag zur geforderten umfassenden Einschätzung/Begutachtung. Darüber hinaus erlaubt das Instrument IMBA als Profilvergleichsverfahren die „Passung“ zwischen Mensch und Arbeit zu analysieren.

Das Kapitel unterstreicht, dass Assessmentprozeduren in der präventiven und rehabilitativen Versorgung sowohl mit Hilfe qualitativer als auch quantitativer Methoden unterstützt werden können. Für die Beurteilung der Qualität, Effektivität und Effizienz des Einsatzes der Instrumente ist es letztlich entscheidend, was (Zielgröße), unter welchen Rahmenbedingungen/Voraussetzungen, wie (Methode) einzuschätzen ist. Bei der Auswahl geeigneter Instrumente kann der Untersucher auf die **Online-Datenbank Assessmentinstrumente** (www.assessment-info.de) zurückgreifen. Hier erhält er die wichtigsten Informationen über das Verfahren, z.B. Zielgröße, Konstruktionsgrundlagen, Anwendungsvoraussetzungen etc., die er bei der Auswahl berücksichtigen muss.

4.6 Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Inhaltsverzeichnis

	Seite
4.6.1 Einzelne QS-Ansätze im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	274
4.6.1.1 Qualitätssicherung in Berufsförderungswerken	274
4.6.1.2 Qualitätssicherung in Berufsbildungswerken	276
4.6.1.3 Qualitätssicherung in wohnortnahen beruflichen Rehabilitationseinrichtungen.....	277
4.6.1.4 Qualitätssicherung in Werkstätten für behinderte Menschen.....	278
4.6.1.5 Qualitätssicherung in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) sowie in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK).....	279
4.6.1.6 Exkurs: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation.....	280
4.6.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ansätze zur Qualitätssicherung ...	282
4.6.3 Allgemeine Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	285
4.6.4 Resümee – „Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“.....	287

Für die Qualitätssicherung (QS) im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist von besonderer Bedeutung, dass entsprechende Leistungen von einer höchst heterogen zusammengesetzten Palette von Institutionen erbracht werden. Im Sinne des SGB IX erbringen insbesondere Berufsbildungswerke (BBW), Berufsförderungswerke (BFW) und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Weitere Institutionen sind Berufliche Trainingszentren (BTZ), Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) und Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation. Darüber hinaus erbringen auch andere freie und gemeinnützige Träger (z.B. wohnortnahe berufliche Rehabilitationseinrichtungen, Berufliche Fortbildungszentren der Bayrischen Wirtschaft) sowie private Unternehmen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Über das Kapazitätswolumen der Einrichtungen geben folgende Zahlen aus dem BMGS (Stand 2002) einen Überblick: Die 48 Berufsbildungswerke verfügen über insgesamt 12.300 Plätze: Die 28 Berufsförderungswerke über 15.000 Plätze. Die 8 Beruflichen Trainingszentren über 457 Plätze. Die 16 Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation über 4.385 Plätze. Und in den 665 anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen werden 195.000 Menschen beschäftigt. Ca. 25.000 Ausbildungsplätze für vorwiegend lernbehinderte Jugendliche werden von wohnortnahen beruflichen Rehabilitationseinrichtungen angeboten (Mitteilung eines Referenten der BAG JW auf einem BAR Seminar zum Thema Qualitätssicherung in der Rehabilitation 2003). Für Menschen mit einer psychischen Erkrankung stehen darüber hinaus 42 RPK Einrichtungen mit insgesamt 827 Plätzen zur Verfügung (BAR Hrsg. 2000 Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter RPK-Bestandsaufnahme).

Das Finanzvolumen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist folgender Tabelle (Quelle: BAR Info Nr.4/2003) zu entnehmen.

Tab. 4.6-1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2002

Reha-Träger	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2002 (in Mio.Euro)
Rentenversicherung	1.113
Unfallversicherung	299
Bundesagentur für Arbeit (Pflichtleistungen)	2.338
Sozialhilfe (Hilfen zur Berufsausbildung, Beschäftigung in einer WfbM)	3.222
Summe	6.672

4.6.1 Einzelne QS-Ansätze im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

4.6.1.1 Qualitätssicherung in Berufsförderungswerken

Bereits in den 90er Jahren sind auf der Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke Entwicklungen eingeleitet worden mit dem Ziel, das Profil der

Berufsförderungswerke als soziale Dienstleistungsunternehmen zu schärfen. Die Dienstleistungen der Berufsförderungswerke (BFW) sollten sich durch Kundenorientierung, Qualitätsbewusstsein und Wirtschaftlichkeit auszeichnen (siehe z.B. das Erfurter Programm der ARGE BFW von 1998). Ein Meilenstein war hier die flächendeckende Einführung eines ganzheitlichen und handlungsorientierten Reha-Konzeptes. Im Rahmen der Einführung dieser Konzeption wurden Qualitätskriterien entwickelt und Instrumente zur Qualitätssicherung definiert²⁰⁸.

Ferner haben viele BFWs ihre Strukturen und Prozesse gezielt überprüft, inwieweit sie Rehabilitanden mit psychischer Vorerkrankung gerecht werden. Der Ansatz integrierter Reha-Teams, in denen die Fachdienste und die Ausbilder sehr eng zusammenarbeiten, ist häufig zuerst in Maßnahmen für psychisch vorerkrankte Rehabilitanden ausprobiert worden.

Die Einführung neuer Berufe hat ebenfalls zu erheblichen Veränderungen geführt, die sich auf die Qualität der Leistungserbringung ausgewirkt haben. Die neuen IT-Berufe z. B. erfordern eine intensive Zusammenarbeit von technischen und kaufmännischen Ausbildungsabteilungen.

Lange Zeit war das zentrale Erfolgskriterium einer Umschulung die bestandene Prüfung vor der IHK. Heute steht die Vermittlung auf den 1. Arbeitsmarkt im Vordergrund. Qualifizierung und Vermittlung bilden hier zwei Ebenen, die im Reha-Prozess miteinander verknüpft werden müssen, um eine möglichst hohe Vermittlungsquote realisieren zu können.

Als Vorgabe für die Qualitätsentwicklung dienen die gemeinsamen Grundsätze zur Qualitätssicherung, die zwischen den Reha-Trägern und den BFWs 1999 vereinbart wurden. Dort werden Qualitätsanforderungen definiert und qualitätsfördernde Rahmenbedingungen benannt:

- Im Zentrum der Rehabilitation steht die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung auf der Basis eines ganzheitlichen, handlungsorientierten Konzeptes.
- Die Eingliederung soll vorbereiten auf eine, den gesundheitlichen Gegebenheiten entsprechende, qualifikationsnahe Beschäftigung.
- Berufliche Rehabilitation vermittelt berufliche Qualifikationen auf der Basis einer umfassenden Persönlichkeitsbildung.
- Der Rehabilitationsprozess ist so angelegt, dass auch eine Behandlung medizinischer, psychologischer und sozialer Probleme möglich ist.
- Fachdienste sollen deshalb integraler Bestandteil des Rehabilitationsprozesses sein.
- Die Förderung der Handlungsfähigkeit soll die Rehabilitanden darauf vorbereiten, sich auf die Anforderungen einer schnell verändernden Arbeitswelt einstellen zu können.

Instrumente der Qualitätssicherung in den Berufsförderungswerken sind:

- Zur zielorientierten Gestaltung und Dokumentation des Reha-Prozesses wird die Entwicklung und kontinuierliche Fortschreibung eines individuellen Förderplanes gefordert, der gegen Ende der Rehabilitation in ein Integrationskonzept mündet. Der **individuelle Förder- und Integrationsplan (IFIP)** kann als eine Strukturierungshilfe für die Reha-Teams betrachtet werden, die Beratungsergebnisse - bezogen auf den einzelnen Maßnahmeteilnehmer - systematisch zu dokumentieren. Der IFIP bringt zum einen Transparenz in den sich über zwei Jahre und länger hinziehenden Umschulungsprozess, zum anderen zentriert der IFIP den Umschulungsprozess auf den entscheidenden Punkt der Vermittlung in Arbeit. Allerdings legt der IFIP lediglich

²⁰⁸ Vgl.: Seyd, W., Brand, W., Aretz, H. u.a. (2000): Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Abschlussbericht über ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt. Hamburg: Wertdruck. Seyd, W., Brand, W. (2003): Ganzheitliche Rehabilitation in Berufsförderungswerken. Hamburg: Wertdruck.

fest, welche Daten grundsätzlich berücksichtigt werden müssen. Es bleibt offen, ob die Dimensionen vollständig sind und wie diese methodisch im Einzelnen „zu messen“ sind. Ein interessanter Aspekt des IFIP ist sein dialogisches Potenzial.

- Der Reha-Träger kann den Leistungserbringer dazu verpflichten, eine **teilnehmerbezogene Verlaufs- und Ergebnisdokumentation** anzufertigen.
- Jedes BFW beschreibt in einem **Leistungshandbuch** die personelle, fachliche, methodisch-didaktische und organisatorische Konzeption, die fachdienstliche Betreuung und die Freizeitangebote. Es existieren keine Vorgaben zur Standardisierung.
- Regelmäßige **Teilnehmerbefragungen** sollen dazu dienen, die Akzeptanz der Leistungen zu sichern. Die Träger fordern hier eine wissenschaftlich fundierte Vorgehensweise.
- Eine **Ergebnisdokumentation**, die zu erstellen ist, enthält Informationen über Abbruchquoten, Prüfungs- und Eingliederungsergebnisse und die Verwertbarkeit der erworbenen Qualifikation. Ein zentraler Punkt der Ergebnisdokumentation ist der Nachweis, wie viel Prozent der Rehabilitanden nach Abschluss der Maßnahme eine „leidensgerechte Beschäftigung“ gefunden haben²⁰⁹. In Bezug auf die genannten Ergebniskriterien soll ein Vergleich über alle BFWs möglich sein.
- Zur Klärung des Integrationserfolges und der beruflichen Situation der Rehabilitanden werden **Nachbefragungen** durchgeführt. Jedoch können diese das Ausmaß von Teilhabestörungen oder von möglicherweise zwischenzeitlich angefallenen zusätzlichen Problemen nur angedeutet erfassen. Die Voraussetzungen für Nachsorge sind damit nicht gewährleistet.

Darüber hinaus gibt es innerhalb der ARGE der BFWs Arbeitsgruppen, die sich kontinuierlich mit dem Thema Qualitätsentwicklung auseinandersetzen. In den einzelnen BFWs gibt es Qualitätsbeauftragte und Arbeitskreise, die sich mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagement beschäftigen. Was das interne QM angeht orientieren sich viele BFWs an der DIN EN ISO 9000:2000. So ist beispielsweise das BFW Heidelberg nach DIN ISO zertifiziert.

4.6.1.2 Qualitätssicherung in Berufsbildungswerken

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BBW) hat sich 1999 mit der Bundesanstalt für Arbeit auf Grundsätze zur Qualitätssicherung und Leistungsbeschreibung verständigt. In der Vereinbarung werden grundlegende Qualitätsanforderungen definiert und die Struktur eines Leistungshandbuches sowie Elemente der Erfolgsbeobachtung festgelegt.

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf folgende Themen:

- Ausgangspunkt der Rehabilitation ist eine systematische individuelle Förderplanung, die in eine Zielvereinbarung mit dem Rehabilitanden einmündet.
- Im Sinne eines systemisch, ganzheitlichen Ansatzes sollen die verschiedenen Lernorte (Berufsvorbereitung, Ausbildung, Berufsschule, Wohnen) und die Fachdienste miteinander vernetzt werden.
- Das Fachdienstangebot beinhaltet sozialpädagogische, sonderpädagogische, medizinische und psychologische Hilfen.

²⁰⁹ Zwischen den Trägern und den Berufsförderungswerken ist vereinbart worden, dass 12 Monate nach Abschluss der Maßnahme eine Stichtagsbefragung durchgeführt wird, um die Vermittlungsquote zu erheben. Gefordert wird von den Trägern eine Vermittlung von 70 % pro Lehrgang (100 % = Teilnehmer die erfolgreich ihre Prüfung bestanden haben, abzüglich der Teilnehmer, die nach Maßnahmeende z.B. berentet wurden und damit für eine Vermittlung nicht in Frage kommen).

- Die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung wird durch das Integrationskonzept vorbereitet. Entsprechende Hilfen zur Umsetzung werden angeboten.
- Jedes BBW stellt ein internes Qualitätsmanagement sicher.
- Die Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter ist dem Förderbedarf der Rehabilitanden angepasst und es gibt ein geeignetes System der Personalentwicklung.
- Behindertengerechte und technologisch aktuelle Ausstattung wird gewährleistet.

Jedes BBW ist darüber hinaus verpflichtet, eine differenzierte Leistungsbeschreibung zu erarbeiten. Die von der BAG BBW regelmäßig durchgeführte Absolventennachbefragung ist das Instrument der Erfolgsbeobachtung. Um die Akzeptanz der Leistungen zu überprüfen, sollen ebenfalls regelmäßige Teilnehmerbefragungen durchgeführt werden.

Ende 2003 hat der Vorstand der BAG BBW konzeptionelle Vorschläge für die Weiterentwicklung und fachliche Differenzierung der beruflichen Rehabilitation in den Berufsbildungswerken vorgelegt. Als generelle Zielsetzung wird die Steigerung der Effektivität und Ergebnisqualität festgeschrieben. Hierzu wird vorgeschlagen, dass mittel- und langfristige Effizienz- und Verlaufsanalysen durchgeführt werden sollten. Als weitere Ziele der BAG werden hervorgehoben, die Optimierung der Qualitätsphilosophie, der Prozess- und Strukturqualität, der Schnittstellen und der Vernetzung sowie eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Qualifizierungsangebote.

Zur Umsetzung der Ziele werden unterschiedliche Instrumente benötigt. Folgende qualitätsrelevante Instrumente bzw. methodische Zugänge werden in der Stellungnahme der BAG BBW (2003) als Vorschläge zur konzeptionellen Weiterentwicklung u.a. genannt: Maßnahmecontrolling, Case-Management, individuelle Förderung auf der Grundlage von Profiling (unter Zuhilfenahme des DIK), Definition der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte und -pflichten, Leistungsbeschreibungen der komplementären Partner, prospektive Risikoanalyse der Eingliederungsprognosen, auf Problemlage einzelner Personengruppen abgestimmte Erfolgskriterien, Fall- und Schweregrad Typen, Assessmentstandards, Typisierung der Leistungen und dazugehörige Indikationskriterien.

4.6.1.3 Qualitätssicherung in wohnortnahen beruflichen Rehabilitationseinrichtungen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnortnahe Berufliche Rehabilitationseinrichtungen (BAG-WBR) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (BAG JAW) haben gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit einen Katalog mit Merkmalen zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation erarbeitet²¹⁰. Darüber hinaus sind einige Modelleinrichtungen der BAG WBR zurzeit dabei ihr internes Qualitätsmanagement auf der Basis des EFQM-Ansatzes zu organisieren. Für die Auswahl des EFQM-Modells waren drei Gründe ausschlaggebend: Das Modell betrachtet umfassend alle Elemente der Leistungserbringung. Es lässt sich sinnvoll auf die speziellen Besonderheiten wohnortnaher Rehabilitation übertragen. Es unterstützt kontinuierliche Lern- und Verbesserungsprozesse innerhalb der Organisation.

Der Merkmalkatalog differenziert zwischen den Qualitätsbereichen Input, Prozesse und Output. Der Katalog soll den Leistungserbringer darin unterstützen, sein spezifisches Qualitätsprofil der Arbeitsagentur gegenüber darzulegen. Die Arbeitsagentur soll umgekehrt die Möglichkeit haben, die Qualität unterschiedlicher Leistungserbringer nach einheitlichen Kriterien vergleichen zu können.

Folgendes Beispiel soll die Vorgehensweise verdeutlichen. Die Output-Qualität wird definiert über Messergebnisse, die nicht nur am Ende der Maßnahme, sondern auch im Prozess ermittelt werden. Merkmale der Output-Qualität in Bezug auf die Teilnehmer/innen sind:

²¹⁰ BAG Wohnortnahe Berufliche Rehabilitation, BAG Jugendsozialarbeit (Hrsg.) 2003. Merkmale zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der Wohnortnahen Beruflichen Rehabilitation.

- Nachweise über konkrete Lern- und Entwicklungsfortschritte
- Nachweise aus Beurteilungssystemen, Notenspiegel und regelmäßigen Tests
- Anzahl der individuell in Anspruch genommenen Förderangebote
- Anzahl von Beratungsstunden und Ergebnisse dazu
- Nachweis zu Fehlzeiten
- Nachweis über Anzahl, Inhalt und Bearbeitung von Beschwerden
- Nachweise über Reaktionszeiten bei Fehlentwicklungen
- Rückmeldung der Teilnehmer
- Ergebnisse von Zwischenprüfungen
- Ergebnisse von Abschlussprüfungen
- Ergebnisse aus Längsschnittuntersuchungen zum Verbleib
- Differenzierte Erfassung vorfristiger Maßnahmeaustritte

Was die Bewertung der Qualitätsmerkmale angeht empfehlen die Autoren, sich an der Skalierung der Europäischen Gesellschaft für Qualität zu orientieren. Diese Skalierung baut auf der Überlegung auf, inwieweit die Umsetzung der Qualitätsmerkmale über systematische und umfassende Nachweise belegbar ist. Sind umfassende Nachweise für alle Merkmale eines Qualitätskriteriums vorhanden, wird es mit der höchsten Punktzahl bewertet. Die Gesamtbewertung des Leistungserbringers kommt über die Gewichtung der Faktoren Input (40 %), Prozess (30 %), Output (30 %) zu Stande.

Diese kurze Beschreibung verdeutlicht, dass sich dieser QS-Ansatz am EFQM-Modell orientiert. Das ist eine Vorgehensweise, zu der sich sonst keine Leistungserbringergruppe im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekennt.

Aus Sicht der Leistungserbringer ist ein entscheidender Aspekt des Merkmalkatalogs, dass bei der Auftragsvergabe von Seiten der Bundesagentur für Arbeit sowohl der Preis als auch die Qualität der Einrichtung angemessen berücksichtigt wird.

4.6.1.4 Qualitätssicherung in Werkstätten für behinderte Menschen

Noch folgenreicher als die Vorgaben des SGB IX ist für die Qualitätssicherung in den Werkstätten das Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Grundlage der Vergütung der Leistungen einer WfbM ist, dass eine so genannte Leistungsvereinbarung (§§93 ff. BSHG) zwischen der WfbM und dem Träger der Sozialhilfe vereinbart wird. Darin wird u.a. die Qualität der Leistungen - differenziert nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität - beschrieben. Bestandteil ist ebenfalls eine „Prüfvereinbarung“ in der Art, Umfang und Anlass der Überprüfung der Qualität durch den Sozialhilfeträger dargelegt wird.

In Bezug auf die Prozess- und Ergebnisqualität sind alle Aktivitäten, der Feststellung des individuellen Hilfebedarfes, der Umsetzung des Hilfeplanes sowie der Dokumentation entscheidend. Die Art der Umsetzung des individuellen Hilfeplans hat wesentlichen Einfluss auf die Prozessqualität und auch bei der Ergebnisqualität ist der individuelle Hilfebedarf der entscheidende Bezugspunkt. Die Ergebnisqualität kann zuverlässig nur in Bezug auf den individuellen Bedarf einer Person und die Ziele, die mit der Hilfe verfolgt werden, beurteilt werden. Wobei der individuelle Bedarf wiederum davon abhängig ist, welche persönlichen Ressourcen der Person zur Verfügung stehen und welche sich im sozialen Umfeld aktivieren lassen.

Für die Sozialhilfeträger stellt sich die Frage der Qualitätssicherung nicht nur in Bezug auf die Einrichtung als Organisationseinheit, sondern immer auch in Bezug auf den individuellen Bedarf des Hilfeempfängers.

Ein wichtiges QS-Instrument sind die Vorgaben der Sozialhilfeträger für die Hilfeplanung. Entsprechende Vorgaben und Materialien haben z.B. der Landschaftsverband Rheinland sowie das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Rheinland-Pfalz erarbeitet²¹¹. Die Hilfeplanung ist deshalb von so großer Bedeutung, weil auf dieser Grundlage Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf gebildet werden können, was sich auch auf die Kalkulation der Maßnahmepauschalen auswirkt.

Dass die Vorgaben für die Qualitätssicherung im Rahmen eines Vertrages auf der Ebene Leistungserbringer/Träger individuell ausgehandelt werden, ist im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sonst nicht üblich.

Neben den Regelungen des BSHG sind für die Werkstätten die Qualitätsanforderungen der Unternehmen, für die Dienstleistungen erbracht werden, ebenfalls von großer Bedeutung. Eine WfbM muss in der Regel ein QM-System nachweisen, wenn sie am Markt bestehen will. Viele Werkstätten haben sich deshalb nach DIN ISO zertifizieren lassen.

4.6.1.5 Qualitätssicherung in Beruflichen Trainingszentren (BTZ) sowie in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

Berufliche Trainingszentren sowie Reha-Einrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte sind Einrichtungen, die sich ausschließlich mit der Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Behinderung beschäftigen. Es existieren zurzeit keine expliziten Vorgaben der Reha-Träger zur Qualitätssicherung in diesen beiden Einrichtungstypen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren²¹² führt regelmäßige Nachbefragung der Absolventen durch. Die RPK Bestandsaufnahme (BAR 2000) kann als ein Beitrag zur konzeptionellen Qualitätssicherung angesehen werden.

Die „Aktion Psychisch Kranke“ führt zurzeit im Auftrag des BMGS eine umfassende Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker durch. Der Zwischenbericht²¹³ stellt Leitlinien zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Auf der Basis der Erhebung sind zentrale Problem- und Handlungsfelder herausgearbeitet worden²¹⁴. Es handelt sich um Strukturdefizite auf der Makroebene (Rehasystemebene). Diese beziehen sich auf 4 Punkte:

- Mangelnde individuelle sowie institutionenübergreifende Hilfeplanung
- Fehlen von individuell angepassten Unterstützungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- Lücken und Barrieren beim Ineinandergreifen der Hilfen und Maßnahmen
- Mangel an regionaler Koordination und Steuerung

²¹¹ Vgl. Landschaftsverbandes Rheinland (Hrsg.): Handbuch Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln; Transfer - Unternehmen für soziale Innovation & Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Hrsg.) (2002): Erläuterungen zur Individuellen Hilfeplanung in Rheinland-Pfalz.

²¹² Reuter, R. (2002): Rehabilitationsverlauf und die (Wieder-) Eingliederung von psychisch behinderten Menschen in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. In: VDR (Hrsg.): Teilhabe durch Rehabilitation. 11. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 4. bis 6. März 2002 in München, Frankfurt am Main, DRV-Schriften, Bd. 33, S. 49-51.

²¹³ Aktion Psychisch Kranke (2002): Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker. Zwischenbericht. Bonn.

²¹⁴ Gredig, C. (2002): Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems. In: Schmidt-Zadel, R., Pörsken, N., Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben. Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Bonn.

Der Zwischenbericht benennt außerdem Qualitätskriterien zur Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben.

- integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung
- kontinuierliche Begleitung und Koordination durch eine Bezugs/Unterstützungsperson
- Normalisierungsprinzip (Vorrang der Erbringung der Teilhabeleistungen im betrieblichen Kontext)
- wohnortnahe Leistungserbringung
- „niedrigschwellige“ Angebote
- frühzeitige Einleitung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- flexible Anpassung der Leistungen an wechselnde Hilfebedarfe
- berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Leistungserbringung

Einer der entscheidenden Aspekte für die externe Qualitätssicherung ist hier, den Paradigmenwechsel von einer einrichtungs- und maßnahmebezogenen Organisation der Hilfen zu einer personenzentrierten Organisation der Hilfen zu unterstützen. Ein entsprechendes Manual für die Entwicklung und Dokumentation personenzentrierter Hilfen liegt bereits seit mehreren Jahren vor²¹⁵.

4.6.1.6 Exkurs: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation

Da der bisher differenzierteste und komplexeste Ansatz zur externen Qualitätssicherung innerhalb der Rehabilitation das QS-Programm der Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation ist, wird auf dieses Programm hier ebenfalls kurz eingegangen.

Eine zentrale Zielsetzung des QS-Programms ist der Qualitätsvergleichs der Reha-Kliniken untereinander. Weitere Ziele sind:

- Eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung,
- Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens,
- Erschließung von Leistungsreserven,
- stärkere Ergebnisorientierung,
- Impulse geben für das interne QM der Kliniken,
- Förderung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs der Kliniken untereinander und
- Nachweis der generellen Leistungsfähigkeit der medizinischen Rehabilitation.

Das Design des Programms beabsichtigt, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität systematisch zu erfassen.

Mit Hilfe eines umfangreichen Erhebungsbogens werden Strukturdaten wie die personelle, räumliche, apparative Ausstattung sowie das Behandlungsangebot und das Selbstverständnis der Klinik erfasst. Die Daten werden zum einen für die Zuweisungssteuerung genutzt, zum anderen können strukturähnliche Klinikgruppen gebildet werden.

Der Reha-Prozess wird u.a. hinsichtlich seines Verlaufes, seiner Zielorientierung und seiner Ergebnisse über den Entlassungsbericht erfasst und über ein Peer-Review-Verfahren ausgewertet (dazu liegt u.a. eine Checkliste mit qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen vor).

²¹⁵ Kauder, V. Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (1997): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn.

Eine standardisierte Dokumentation der Patiententherapiepläne findet ebenfalls statt. Diese ermöglicht die Bildung von Fallgruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf.

Die Ergebnisqualität wird über Patientenbefragungen erfasst. Es wird die Zufriedenheit mit dem Behandlungsprozess und die Bewertung der Ergebnisse erhoben. Nur in den Einrichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden zusätzlich arztseitige Fragebögen eingesetzt, die Mitarbeiterzufriedenheit optional erfasst und stichprobenartig externe Visitationen durchgeführt.

Die standardisierten Daten der verschiedenen Ebenen werden im Rahmen der vergleichenden Qualitätsanalysen untereinander verknüpft und es wird ein umfassendes Qualitätsprofil der einzelnen Reha-Kliniken erstellt. Dieses Qualitätsprofil und das Benchmarking mit strukturähnlichen Einrichtungen wird der Einrichtung zur Verfügung gestellt, wodurch das interne Qualitätsmanagement optimiert werden soll. Zur Unterstützung des QM dient darüber hinaus ein Manual für die Durchführung von Qualitätszirkeln.

Ein Verknüpfung von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement existiert bisher nur in Ansätzen.

4.6.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ansätze zur Qualitätssicherung

Ein Vergleich der Qualitätssicherungsansätze kann sich an folgenden Fragen orientieren:

1) Welche Ziele stehen im Vordergrund?

Angesichts der großen Zahl von medizinischen Reha-Kliniken (2001 waren 961 Kliniken in das QS-Programm der Rentenversicherung einbezogen) sind die Steuerungs- und Controllingaspekte für die Träger entscheidend. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit ist bei dem quantitativen Umfang des Angebots u.a. eine Frage der Informationstransparenz. Der einrichtungsübergreifende Qualitätsvergleich ist deshalb eine zentrale Zielsetzung in der medizinischen Rehabilitation. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben spielt die vergleichende Qualitätsanalyse zurzeit noch keine Rolle.

2) Welche Daten werden wie zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erhoben?

Die Differenzierung zwischen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität spielt in allen QS-Ansätzen eine große Rolle. In Bezug auf die Systematik der Vorgehensweise sind die Ansätze jedoch kaum miteinander zu vergleichen. Die Erhebung der Mitarbeiterzufriedenheit spielt oft kaum eine Rolle. Dies überrascht, weil es sich bei der Rehabilitation um eine Dienstleistung handelt, deren Qualität ganz entscheidend von der Motivation, Zufriedenheit und Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängt. Verfahren zur Entwicklung, Strukturierung und Dokumentation personenbezogener, am Bedarf des Individuums orientierter Reha-Prozesse spielen in allen Einrichtungen eine große Rolle. Hier ergibt sich ein zentraler Ansatzpunkt für externe Qualitätssicherung in einer ansonsten sehr heterogenen Einrichtungslandschaft. Bei der Bewertung der Ergebnisqualität von Qualifizierungsmaßnahmen wird als Indikator bevorzugt die Vermittlungsquote herangezogen. Diese sagt jedoch wenig über die Umsetzung eines ganzheitlichen und persönlichkeitsbildenden Qualifizierungsansatzes aus.

3) Wie wichtig ist der einrichtungsübergreifende Qualitätsvergleich?

Für die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation existiert ein EDV-gestützter, einrichtungsübergreifender Qualitätsvergleich. Dieser wurde im Rahmen des QS-Programms der Rentenversicherungsträger entwickelt und implementiert. Für die Einrichtungen, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbringen, sind vergleichende Qualitätsanalysen im Sinne eines Benchmarkings kaum möglich, da keine standardisierten Instrumente vorliegen. Eine Ausnahme bildet die Nachbefragung der verschiedenen Leistungserbringergruppen. Diese lassen bereits heute, zumindest auf der Ebene einzelner Einrichtungstypen (BFW, BBW, BTZ) einen Vergleich (z.B. der Vermittlungsergebnisse) zu

4) In welcher Weise wird auf das interne Qualitätsmanagement einer Einrichtung Bezug genommen?

Die Einführung eines bestimmten QM-Systems (z.B. ISO, EFQM, TQM) sowie eine externe Auditierung werden weder von den Reha-Trägern noch dem Gesetzgeber gefordert. Einige Reha-Einrichtungen haben sich dennoch zertifizieren lassen. Auch einzelne Berufsförderungswerke haben in den letzten Jahren die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen, um sich nach DIN EN ISO 9000:2000 zertifizieren zu lassen. Werkstätten für Behinderte sind aus Marktgründen häufig zertifiziert. Einige wohnortnahe Reha-Einrichtungen führen zurzeit das EFQM-System ein. Qualitätsprofile, Benchmarking und Manuale für Qualitätszirkel sind die Schnittstelle zum internen Qualitätsmanagement. Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation fehlen in der beruflichen Rehabilitation derartige Voraussetzungen.

5) **Welchen Stellenwert hat die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation bei der Entwicklung und Implementierung?**

Im Vergleich zur medizinischen Rehabilitation spielt Begleitforschung und Evaluation in der beruflichen Rehabilitation bislang kaum eine Rolle, so auch bei dem Thema Qualitätssicherung. Es fehlt ein „Forschungsverbund“, der die Methoden- und Instrumentenentwicklung wissenschaftlich unterstützt und absichert²¹⁶.

Der QS-Ansatz in der medizinischen Rehabilitation belegt die enorme Bedeutung einer wissenschaftlich unterstützten Instrumenten- und Methodenentwicklung. Ohne die Rehaforschungsverbände wäre der gegenwärtige QS-Ansatz nicht möglich gewesen. Im Gegensatz dazu spielt Begleitforschung und Evaluation in der beruflichen Rehabilitation und damit auch in der QS-Diskussion bislang kaum eine Rolle.

Der QS-Ansatz in der medizinischen Rehabilitation hat unzweifelhaft Stärken. Diese liegen in der Nachvollziehbarkeit durch größtmögliche Transparenz und in einer Effizienzkontrolle bzw. einer tatsächlichen vergleichbaren Leistungssteigerung durch Konkurrenzvergleiche.

Einige Prinzipien des QS Programms der medizinischen Rehabilitation sind auch für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben relevant:

- Wissenschaftliche Begleitforschung fundiert die Methoden- und Instrumentenentwicklung und sichert die Qualitätssicherung ab
- Benchmarking ist nur über standardisierte Instrumente möglich
- Die Instrumente müssen die wichtigsten Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfassen
- Systematische Zusammenführung unterschiedlicher Datenebenen
- Die Einbeziehung und Kooperation aller Akteure
- Einspeisung der Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement

Trotz der genannten Stärken lässt sich der Ansatz mit all seinen Erhebungsinstrumenten nicht für die Qualitätssicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben kopieren, da grundsätzliche inhaltliche Unterschiede bestehen.

Die Erbringer von Leistungen zur Teilhabe bewegen sich im Spannungsfeld des Gesundheitssystems, des beruflichen Bildungssystems und des Arbeitsmarktes. Bei der überwiegenden Mehrheit der Rehabilitanden handelt es sich um Arbeitslose. Damit kommt den Leistungserbringern die wichtige Funktion zu, insbesondere den Übergang zwischen dem Gesundheits- bzw. Rehasystem und dem Arbeitsmarkt zu gestalten. Für den Erfolg dieser Funktion ist die Kooperation und Vernetzung mit Unternehmen essenziell. So zugespitzt trifft das auf Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nicht zu. In der medizinischen Rehabilitation geht es um Heilung und Bewältigung von Krankheiten. Teilhabeleistungen haben die Aufgabe, den psychologischen Prozess der beruflichen Identitätsbildung zu forcieren; insbesondere in den Maßnahmen der Erstausbildung, Umschulung und Qualifizierung, die die wesentlichen Interventionseckpfeiler für die Integration von Menschen mit einer Behinderung in den Arbeitsmarkt darstellen.

Für die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ergeben sich vor diesem Hintergrund drei zentrale Anforderungen:

- 1) Auf der Makroebene muss QS die partizipationsfördernde Vernetzung der Systeme Gesundheit/Rehabilitation - berufliche Bildung - Arbeitsmarkt im Auge behalten.

²¹⁶ Innerhalb der Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke laufen zurzeit Diskussionen mit dem Ziel, Strukturen und Ressourcen zu schaffen, die systematische und kontinuierliche Begleitforschung ermöglichen.

- 2) Aus der Mesoebene ist die Brückenfunktion der Leistungserbringer in Richtung Arbeitsmarkt das Nadelöhr für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben²¹⁷.
- 3) Auf der Mikroebene ist die Stabilisierung und Stärkung der beruflichen Identität des Rehabilitanden ein entscheidender Förderfaktor, dessen Qualität zu sichern ist.

Folgende Aspekte werden in den QS Ansätzen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zurzeit noch zu wenig berücksichtigt:

- träger- und sektorenübergreifende Kooperation
- auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgestimmte Instrumente zur Outcomemessung werden kaum eingesetzt
- Definitionen der Indikatoren der Ergebnisqualität jenseits der Vermittlungsquote und unter Beachtung der spezifischen Ziele der jeweiligen Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. die persönlichkeitsbildenden Anteile von Qualifizierungsmaßnahmen)
- Schweregradberücksichtigung zur Ergebnisrelation (wie auch in der QS der medizinischen Rehabilitation)
- Nachsorge unter Nachhaltigkeitskriterien und deren Evaluation, obwohl in Anlehnung an SGB IX und ICF, die nachhaltige Partizipation das Ziel aller Rehabilitationsbemühungen sein sollte
- systematische Erhebung der individuell zugänglichen Ressourcen in der Umwelt, da Partizipation durch die Umwelt abgestützt werden muss
- externe QS-Auditierung (in medizinischer Rehabilitation: nur die gesetzliche Krankenversicherung führt stichprobenartig Visitationen durch)
- ein präzises Anforderungsprofil für das interne Qualitätsmanagement fehlt (formalisierte und damit nachweisbare Qualitätsmanagementsysteme sind die Ausnahme, nur die WfbM sind z.T. nach ISO 9000ff zertifiziert)
- konzeptionelle Verknüpfung von internem QM und externer QS
- standardisierte Daten für den vom SGB IX geforderten Qualitätsvergleich sind nicht verfügbar

Die Wurzel vieler der vorgenannten Schwächen: Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben existieren zwar, wie dargestellt, Leitprinzipien und Qualitätsanforderungen, jedoch fehlt eine Fundierung der Qualitätssicherung durch systematische Evaluation. Die Folge ist, dass u.a. notwendige Messinstrumente entweder überhaupt nicht oder nur in Eigenentwicklung vorliegen oder zwar einheitlich, aber nicht standardisiert vorhanden sind.

²¹⁷ Interessanterweise fließen weit mehr Ressourcen in die stationäre Rehabilitation als in die Gestaltung des eigentlichen Überganges Rehabilitation/Arbeitsmarkt. Wobei die Diskussion um erfolgreiche Vermittlung im Anschluss an Qualifizierungsmaßnahmen ein Platzhalter für diese Problematik darstellt. Festzuhalten bleibt jedoch, dass Rehavorbereitung heute nach wie vor weit intensiver betrieben wird als „Rehanachbereitung“, obwohl der „Austritt“ aus dem Rehasystem sicherlich mindestens genauso komplex ist wie der „Eintritt“ in das Rehasystem.

4.6.3 Allgemeine Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Aus der bisherigen Analyse ergeben sich für die Qualitätssicherung allgemeine Anforderungen, die im Folgenden thesenartig dargestellt werden:

- 1) Externe Qualitätssicherung der Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben sollte einrichtungstypspezifische Standards definieren und die Ko-Produzentenrolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie die Veränderungen, die sich im arbeitsweltlichen Wandel abzeichnen, berücksichtigen.
- 2) Die Prozess- und Ergebnisziele des jeweiligen Einrichtungstyps sind möglichst „messbar“ zu beschreiben. Die Reha-Leitprinzipien wie Selbstbestimmung, Partizipation, Dialogorientierung, Ressourcenorientierung oder Individualisierung müssen unter Berücksichtigung des spezifischen Reha-Kontextes ebenfalls so operationalisiert werden, dass ihre Ausprägung „gemessen“ werden kann und reha-epidemiologisch vergleichbar ist.
- 3) Für jedes Ziel sind zielangemessene Indikatoren festzulegen, die Aussagen über den Grad der Zielerreichung (unter Berücksichtigung des individuellen Schweregrads der Behinderung) ermöglichen.
- 4) Ein Qualitätsvergleich der Leistungserbringer, wie ihn das SGB IX fordert, setzt eine hohe Standardisierung der Datenerhebung zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität voraus. Erst auf einer solchen Grundlage und eines Datentransfers kommt es zu vergleichbaren Qualitätsprofilen. Nur der Vergleich strukturähnlicher Einrichtungen ist sinnvoll²¹⁸.
- 5) Die Schnittstellen zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement sind ausdrücklich zu definieren, um eine systematische Verknüpfung zu ermöglichen. Dazu müssen sich die Daten zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität zu einem Stärken/Schwächen Profil der einzelnen Einrichtung verdichten lassen.
- 6) Eine hohe Ergebnisqualität der Dienstleistung Rehabilitation setzt den Kunden als Ko-Produzenten voraus. Bei der Ausrichtung von QS-Maßnahmen ist zu berücksichtigen, dass Teilhabeleistungen nicht als „fertiges und qualitätsgeprüftes Produkt“ an einen Kunden übergeben werden können.
- 7) Da erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt das Ergebnis einer langen Prozesskette²¹⁹ ist, müssen QS-Maßnahmen den Reha-Prozess als Ganzes im Blick haben. Werden nur einzelne Glieder der Kette qualitätsgesichert, kann das Gesamtergebnis nur suboptimal sein. Ziel von Qualitätssicherung muss sein, den Prozess über die Grenzen der einzelnen Institutionen hinaus zu optimieren. Vor diesem Hintergrund ist es nicht ausreichend, im Rahmen von Qualitätssicherung sich auf Vorgaben für den einzelnen Leistungserbringer zu beschränken.
- 8) Das Konzept, dass Menschen mit einer Behinderung auch Experten in eigener Sache sind, gilt es ebenfalls bei der Planung und Umsetzung von QS-Maßnahmen zu berücksichtigen. Es müssen QS-Methoden entwickelt werden, die der dialogischen Struktur des Reha-Prozesses gerecht werden.
- 9) Nachsorgeswerpunkte müssen ausgewiesen sein und dokumentiert werden, um gezielt und nachhaltig Partizipation zu fördern.

²¹⁸ Werden z.B. Vermittlungsquoten miteinander verglichen so ist es wenig sinnvoll ein BFW in einer städtischen Region mit einer niedrigen Arbeitslosenquote mit einem BFW in einer ländlich geprägten Region mit einer hohen Arbeitslosenquote zu vergleichen.

²¹⁹ Zur dieser Kette gehören u.a. folgende Stationen: Antragsverfahren - berufliche Rehabilitation in einem BFW – Stellensuche – Integration in ein Unternehmen- Nachsorge.

- 10) Die Entwicklung und Implementierung von QS-Maßnahmen muss durch wissenschaftliche Begleitforschung unterstützt werden. Das QS-Programm in der medizinischen Rehabilitation verdeutlicht sehr anschaulich den Wert wissenschaftlicher Begleitforschung. An vielen Stellen ist Qualitätssicherung auf die Erkenntnisse systematischer Forschung angewiesen oder setzt diese sogar voraus. Umso erstaunlicher ist es, dass innerhalb der beruflichen Rehabilitation Forschung zur Qualitätssicherung nahezu unbekannt ist. Die qualitätsrelevanten Fragestellungen lassen sich aber nur dann substanziell weiterbringen, wenn ein „Dreiklang“ von systematischer Datenerhebung (im Rahmen externer Qualitätssicherung) praxisbegleitender Evaluation und Grundlagenforschung zu Stande kommt.

4.6.4 Resümee – „Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Auf Grund der spezifischen Problemlagen der jeweiligen Rehabilitandengruppen in den einzelnen Einrichtungen, der Anforderungen der zuständigen Rehabilitationsträger und sonstiger Kundengruppen, unterschiedlicher rechtlicher Vorgaben sowie fachspezifischer Diskurse im Umfeld der Leistungserbringer haben sich **einrichtungstypspezifische Qualitätskonzepte** entwickelt. Die Ansätze weichen in ihrer Systematik und Differenziertheit jedoch erheblich voneinander ab.

Die Berufsförderungswerke und die Berufsbildungswerke haben Grundsätze zur Qualitätssicherung mit den Rehabilitationsträgern vereinbart. Für diese beiden Leistungserbringer spielt darüber hinaus die Qualitätsdiskussion innerhalb der beruflichen Bildung eine große Rolle. Da es sich bei den Qualifizierungsmaßnahmen zumeist um gesetzlich definierte Berufsausbildungen handelt, bilden die Standards der Dualen Berufsausbildung einen wichtigen Eckpfeiler der Qualitätssicherung. In vielen Berufsförderungswerken ist die DIN ISO 9000 ff. die Grundlage für das interne Qualitätsmanagement.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnortnahe Berufliche Rehabilitationseinrichtungen (BAG-WBR) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit (BAG JAW) haben gemeinsam mit der Bundesagentur für Arbeit einen Katalog mit Merkmalen zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation (2003) erarbeitet. Darüber hinaus sind einige Modelleinrichtungen der BAG WBR zurzeit dabei ihr internes Qualitätsmanagement auf des Basis des EFQM-Ansatzes zu strukturieren.

Bei den Werkstätten für behinderte Menschen waren die seit dem 1.1.1999 geltenden Vergütungsgrundsätze des BSHG (§§ 93 ff.) für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung von besonderer Bedeutung. Daneben orientieren sich die Werkstätten an den Anforderungen und Vorgaben der auftraggebenden Unternehmen (die häufig eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9000 ff. fordern).

Für berufliche Trainingszentren und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte liegen keine verbindlichen Vorgaben der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung vor.

Im SGB IX fordert der Gesetzgeber **vergleichende Qualitätsanalysen** als Grundlage für das Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. Im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist man zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch sehr weit von einer Implementierung entsprechender Analysen entfernt.

Der QS-Ansatz in der medizinischen Rehabilitation belegt die enorme Bedeutung einer wissenschaftlich unterstützten Instrumenten- und Methodenentwicklung. Eine **wissenschaftliche Evaluation und Begleitung** von Maßnahmen der Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben findet zur Zeit noch nicht statt. Angesichts des Kostenvolumens in diesem Bereich von über 6,5 Mrd. Euro (im Jahr 2002) überrascht dieser Befund.

Als **entscheidende Handlungsfelder** für die weitere Entwicklung externer Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können folgende Punkte festgehalten werden:

- 1) Unterstützung der Leistungserbringer bei der Entwicklung „messbarer“ Ziele, abgestimmt auf die einzelnen Leistungsarten und Zielgruppen.
- 2) Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Prioritär zu entwickelnde Instrumente sind:
 - a. Ein standardisiertes, einrichtungsübergreifendes Format zur Beschreibung und Differenzierung der Zielgruppen,

- b. eine evaluationstaugliche Dokumentation des Maßnahmeverlaufes,
 - c. ein Fragebogen zur Outcomemessung unmittelbar nach Maßnahmeabschluss
 - d. ein Fragebogen, der den Grad der beruflichen Integration zu erfassen vermag.
- 3) Bei der Strukturqualität gilt es u.a. die strukturelle Koppelung von Leistungserbringer und Arbeitsmarkt in den Blick zu nehmen.
 - 4) Bei der Prozessqualität spielt die ziel- und ressourcenorientierte Planung des Maßnahmeverlaufes und die Verschränkung von Qualifizierung und Vermittlung eine entscheidende Rolle.
 - 5) Entwicklung einer Konzeption für vergleichende Qualitätsanalysen (Welche Leistungserbringer werden miteinander verglichen?)
 - 6) Systematisierung der Verknüpfung von externer QS und internem QM (Wie sollten die Ergebnisse externer QS innerhalb einer Einrichtung idealerweise weiterverarbeitet werden?)
 - 7) Entwicklung eines Ansatzes zur Qualitätssicherung einrichtungsübergreifender Prozessketten.
 - 8) Gewährleistung der Integration von Qualitätssicherung, Evaluation und Forschung.
 - 9) Die qualitätsfördernde Bedeutung der, am Berufskonzept orientierten dualen Ausbildung als curriculare Basis von Umschulungen und Weiterbildungsmaßnahmen gilt es zu reflektieren. (Insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Trend zu kürzeren Maßnahmen zu Lasten der curricularen Qualität der Qualifizierungsanteile geht!)

Für die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lassen sich darüber hinaus drei Qualitätsebenen unterscheiden:

- 1) Auf der **Makroebene** muss QS die **partizipationsfördernde Vernetzung** der Systeme Gesundheit/Rehabilitation - berufliche Bildung - Arbeitsmarkt im Auge behalten.
- 2) Auf der **Mesoebene** ist die **Brückenfunktion²²⁰ der Leistungserbringer** in Richtung Arbeitsmarkt sowie eine **personenzentrierte** (im Unterschied zu einer einrichtungs- und maßnahmeorientierten) **Rehabilitationsplanung und -Durchführung** das Nadelöhr für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben.
- 3) Auf der **Mikroebene** sind die **Stärkung der beruflichen Identität** sowie die **Förderung der Beschäftigungsfähigkeit** und **des Empowermentpotenzials** der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entscheidende Förderfaktoren, deren Qualität es zu sichern gilt.

²²⁰ Damit ist gemeint, dass qualifizierungsorientierte RehaMaßnahmen nicht mit Abschluss eines Zertifikates enden dürfen, sondern in den Prozess der Arbeitsmarktintegration (Nachsorge, Vermittlung, Platzierung, Kooperation mit Unternehmen etc.) hineinreichen müssen.

5 Rechtliche Aspekte der Erwerbsminderung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
5.1	Zu den Begriffen.....290
5.1.1	Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX).....290
5.1.2	Erwerbsminderung im Rentenrecht.....292
5.1.2.1	Die Erwerbsminderung muss "auf nicht absehbare Zeit" bestehen.293
5.1.2.2	Erheblichkeit der Erwerbsminderung293
5.1.2.3	Arbeitsplätze293
5.1.2.4	Untypische Einschränkungen.....294
5.1.2.5	Zahl der Arbeitsplätze294
5.1.2.6	Verschlossene Arbeitsmärkte294
5.1.2.7	Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes.....295
5.1.2.8	Beschränkung auf Teilzeittätigkeit295
5.1.2.9	Wegefähigkeit296
5.1.2.10	Zusammenfassung.....296
5.1.3	Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit296
5.2	Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX298
5.2.1	Der Begriff der Erwerbsminderung.....298
5.2.2	Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben298
5.2.3	Das Leistungskonzept.....300
5.2.3.1	Drohende Behinderung300
5.2.3.2	Intervention bei bestehender Erwerbsminderung300
5.2.3.3	Besonderheiten bei schweren Behinderungen300
5.2.4	Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze300
5.2.5	Grad der Behinderung.....301
5.3	Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes.....302

5.1 Zu den Begriffen

Der Begriff Erwerbsminderung stammt aus der Reichsversicherungsverordnung (RVO) von 1920 und bildete die Grundlage für Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung. **Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)** wurde sowohl für das soziale Entschädigungsrecht als auch für die gesetzliche Unfallversicherung als prozentualer Bewertungsmaßstab für Entschädigungsleistungen genutzt. Um eine vergleichbare Staffelung des Behinderungsgrades auch außerhalb der genannten Versicherungszweige einsetzen zu können, wurde 1986 im Rahmen des Schwerbehindertenrechtes der **Grad der Behinderung (GdB)** als Graduierung eingeführt, der sich zur Einordnung von Behinderungsfolgen aus angeborenen Schäden, Krankheiten und Verletzungsfolgen eignet, die mehr als 6 Monate anhalten und auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruhen, der von dem im Lebensalter typischen Zustand abweicht. Die Einschätzung des Behinderungsgrades nutzt die Beschreibung des medizinischen Sachverhaltes im Grundsatz wie die WHO-Klassifikation (ICD), lässt dazu in den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit aber auch funktionelle Hinweise für die Beurteilung des Schweregrades einfließen.

Bei der gutachterlichen Stellung zur **Arbeitsfähigkeit**, sowohl für die gesetzliche Krankenversicherung als auch für die vorzeitige **Pensionierung** von Beamten, gilt stets die bisherige berufliche Tätigkeit. Kann sie nicht mehr ausgeführt werden, besteht Anspruch auf den entsprechenden Lohnersatz (Krankengeld, Pension).

Die Einschätzung von Erwerbsminderung oder sogar Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung geht nicht ausschließlich von medizinischen Tatbeständen aus, sondern schließt Kontextfaktoren der ICF wie den Weg zum Arbeitsplatz, die Verkehrsverbindungen dorthin und die Rahmenbedingungen im Tätigkeitsfeld und die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes für Teilzeitangebote mit ein. Das Sozialmedizinische Gutachten muss also Fähigkeiten und Partizipationschancen bei der Beurteilung des noch verwertbaren Leistungsvermögens einbeziehen.

Während bei der Beurteilung des **Grades der Behinderung** also medizinische Gesichtspunkte (ICD und Schweregradsbeurteilung) im Mittelpunkt stehen, werden bei der Beurteilung der vollen oder eingeschränkten **Erwerbsfähigkeit** auch die in der **ICF** wirksamen Kontextfaktoren und die Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes für Teilzeittätigkeiten berücksichtigt.

Die Gesamtheit dieser Faktoren wirkt verständlicherweise auch auf Arbeitsfreude und Stimmung des von einer Behinderung betroffenen Menschen, der in einem guten Betriebsklima und gut zu bewältigenden Arbeitsanforderungen hinsichtlich Art, Tempo und Ausdauerbelastung mit Behinderungsfolgen, rascher Ermüdbarkeit, Schmerzen etc. besser umgehen kann, als wenn die Rahmenbedingungen der beruflichen Tätigkeit zur baldigen Resignation Anlass geben. Unter diesem Blickwinkel muss man auch den ansteigenden Anteil psychischer Behinderungen wie sie unter ICD 10 F4 registriert sind, in präventive und rehabilitative Überlegungen einbeziehen.

5.1.1 Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)

Im Folgenden werden die Begriffe „Behinderung im Rentenrecht“ (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)“, „Erwerbsminderung“ und „Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit“ dargestellt, auch als rechtlicher Hintergrund zu den Kapiteln 4.3 bis 4.5.

Erwerbsminderungsrenten (§ 43 SGB VI) sind Leistungen wegen einer Behinderung i.S.v. § 8 Abs. 1 i. V. m. § 2 SGB IX.

§ 43 SGB VI knüpft Erwerbsminderungsrenten an eine Leistungseinbuße "wegen Krankheit oder Behinderung".

Krankheiten, die zu einer Erwerbseinbuße führen, sind stets auch Behinderungen i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX. Schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob alle Behinderungen, die zu Erwerbseinbußen führen, also alle Behinderungen i.S.v. § 43 SGB VI, auch von § 2 Abs. 1 SGB IX erfasst werden. Denn dort wird auf den "für das Lebensalter typischen Zustand" abgestellt.

Das Problem entsteht dadurch, dass der Begriff "Behinderung" in den einzelnen Büchern des SGB unterschiedlich abgebildet wird²²¹.

Während man – wie die Ausführungen in der Fußnote zeigen – zu dem Ergebnis kommen kann, dass der Begriff des § 2 SGB IX in den meisten Büchern des SGB letztlich doch übernommen wurde, bleibt im Verhältnis zur Rentenversicherung eine Diskrepanz. Würde man nämlich auch für die Rentenversicherung § 2 Abs. 1 SGB IX zugrunde legen, dann würde dies dazu führen, dass jeweils zwischen alterstypischen und anderen Behinderungen zu unterscheiden wäre und bei nur alterstypischen Leistungseinschränkungen eine Erwerbsminderungsrente nicht in Betracht käme. So ist das Gesetz aber nicht gemeint. Es besteht in der Literatur Einigkeit, dass das Begriffspaar "Krankheit oder Behinderung" nur der Abgrenzung zu anderen, nicht die körperliche, geistige und seelische Fähigkeit betreffenden Ursachen dient. Die Erwähnung von Behinderungen ist dabei eigentlich überflüssig, da der Krankheitsbegriff sehr weit gefasst wird. Beide Begriffe sind "rentenrechtlich eingefärbt"²²². Gemeint ist jegliche körperliche, geistige, seelische Einbuße, die zur Minderung der Erwerbsfähigkeit führt²²³.

Diese Einhelligkeit ist zumindest dann gesichert, wenn die Leistungsgesetze selbst den Begriff Behinderung verwenden bzw. als Anspruchsvoraussetzung festlegen. Problematisch ist aber weiterhin die Konstellation, in der das Leistungsgesetz selbst, wie in § 16 SGB VI, hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen auf das SGB IX verweisen. Hier ist nach hergebrachter Methodik die Definition des Gesetzes zu verwenden, auf das verwiesen wird.

²²¹ Neben § 2 SGB IX (und § 3 Gleichstellungsgesetz) sowie § 43 SGB VI findet man eine Begriffsbestimmung auch in § 19 SGB III. Maßgeblich ist dort, ob die Aussichten des behinderten Menschen am Arbeitsleben teilzuhaben, wegen Art und Schwere der Behinderung i.S.v. § 2 Abs. 1 SGB IX, nicht nur vorübergehend gemindert sind und deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt werden.

Die Bezugnahme auf § 2 SGB IX zeigt indes, dass keine Diskrepanz besteht, vielmehr lediglich Leistungsvoraussetzungen in den Begriff einbezogen wurden, die dort nichts zu suchen haben.

Eine weitere Begriffsbestimmung findet sich in § 14 Abs. 2 SGB XI. Dort sind "Krankheiten oder Behinderungen", die Pflegebedürftigkeit herbeiführen können, aufgezählt. Es sind

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems, wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Diese Aufzählung soll aber nur den Ärzten erleichtern, zu einer Beurteilung zu kommen (BT-Drucks. 12/5262 S. 96 zu § 12 Abs. 2). Auch dann, wenn die Krankheit oder Behinderung des Betroffenen sich nicht problemlos in diesen Katalog einreihen lässt, kann Pflegebedürftigkeit gegeben sein, weil kein Anhalt dafür vorliegt, dass es sich bei § 14 Abs. 2 SGB XI um eine abschließende Aufzählung handelt (vgl. dazu Kummer in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 4, Pflegeversicherungsrecht, § 13 Rz. 78).

Zu erwähnen ist auch noch § 39 Abs. 1 BSHG. Auch dort wird auf § 2 Abs. 1 SGB IX Bezug genommen; es muss aber eine wesentliche Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft vorliegen oder drohen. Da aber § 39 BSHG die Eingliederungshilfe regelt, stellt dieser Zusatz wohl keine Abweichung des Begriffs sondern auch nur eine zusätzliche Leistungsvoraussetzung der Eingliederungshilfe dar.

²²² Meyer, GK SGB VI, § 43 RdNr. 108 ff.

²²³ Niesel, K. (2002). Kasseler Kommentar, § 43 SGB VI Rz. 73 ff.

Es ist also denkbar, dass bei einem wesentlichen alterstypischen Anteil an der Erwerbsminderung zwar ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente besteht, nicht aber ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach § 16 SGB VI.

Diese Folgerung zeigt eine Lücke im Gesetz. Sie ist dahin auszufüllen, dass auch in solchen Fällen Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht. Diese Ausfüllung kann sich auf § 8 SGB IX stützen und darauf, dass die Regelung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in § 11 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 3 und Abs. 2a Nr. 1 SGB VI auch den Rentenfall einbezieht.

Zur gegenwärtigen Diskussion in Bezug auf den Behindertenbegriff siehe auch unser Info-Nr. 8 des Diskussionsforums SGB IX²²⁴.

5.1.2 Erwerbsminderung im Rentenrecht

§ 43 SGB VI regelt zwei Formen von Erwerbsminderungsrenten

- die Renten wegen voller Erwerbsminderung und
- die Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung.

Sie unterscheiden sich danach, wie viele Stunden arbeitstätig (Fünf-Tage-Woche) der Betroffene noch unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann (unter drei Stunden voll erwerbsgemindert; drei bis unter sechs Stunden teilweise erwerbsgemindert).

Eine Sonderform der teilweisen Erwerbsminderung, die an die frühere Berufsunfähigkeitsrente angelehnt ist, ist in § 240 SGB VI geregelt. Hierauf wird weiter unten eingegangen.

Für Bergleute gibt es außerdem in Form der „Rente für Bergleute“ (§ 45 SGB VI) eine eigenständige Rente bei bergmännischer Berufsunfähigkeit.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Renten nach § 43 SGB VI.

Der hier angesprochene allgemeine Arbeitsmarkt ist der gesamte, dem Versicherten nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten zugängliche Arbeitsmarkt (soweit er nicht aus anderen Gründen verschlossen ist). Er umfasst also alle Bereiche, in denen der Versicherte auf Grund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten tätig werden kann und zusätzlich den allgemeinen Arbeitsmarkt für ungelernte Tätigkeiten.

²²⁴ Welti, F. (2003) „Der Behinderungsbegriff nach § 2 SGB IX“ in Gagel/Schian Diskussionsforum SGB IX Info Nr. 8, www.iqpr.de.

Hieraus folgt:

Erwerbsminderung im Rentenrecht ist immer eine Minderung der arbeitsmarktbezogenen Erwerbsfähigkeit. Anders gewendet: Erwerbsfähigkeit besteht nur solange und soweit das Restleistungsvermögen auf dem Arbeitsmarkt verwertbar ist.

Es müssen dementsprechend auch Arbeitsstellen (gleichgültig ob frei oder besetzt) in hinreichender Zahl vorhanden²²⁵ und dem Betroffenen grundsätzlich zugänglich sein²²⁶.

Die Klausel in § 43 Abs. 3 SGB VI, dass es auf die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht ankomme, wenn der Versicherte sechs Stunden arbeitstäglich arbeiten könne, schließt nur die Berücksichtigung vorübergehender konjunktureller Schwankungen aus²²⁷.

Schließlich muss der Versicherte die vorhandenen Arbeitsplätze auch erreichen können. Das BSG hat deshalb typisierend abstrakte Anforderungen an die Wegefähigkeit aufgestellt²²⁸.

Alle diese Voraussetzungen sind zusammenfassend im Beschluss des Großen Senats des BSG vom 19.12.1996²²⁹ auch für das Recht des SGB VI strukturiert und durch weitere Rechtsprechung des BSG fortentwickelt worden. Das BSG hat dabei berücksichtigt, dass die arbeitsmarktbezogene Erwerbsfähigkeit von vielfältigen, sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren im Bereich der Medizin, der Arbeitswissenschaft, der Berufskunde und der Arbeitsmarktentwicklung abhängig ist. Es hat diese Vielfalt in mehrfacher Hinsicht durch typisierende Vereinfachungen handhabbar gemacht.

Im Einzelnen kommt es bei Erwerbsminderungsrenten auf folgende Voraussetzungen an:

5.1.2.1 Die Erwerbsminderung muss "auf nicht absehbare Zeit" bestehen.

In der Rechtsprechung ist dieser Begriff auf sechs Monate konkretisiert worden.²³⁰ Es muss also entweder schon eine sechsmonatige Erwerbsminderung bestehen oder eine solche zu erwarten sein.

5.1.2.2 Erheblichkeit der Erwerbsminderung

Die Erwerbsminderung muss so erheblich sein, dass sie eine sechsstündige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes ausschließt; denn wer sechs Stunden arbeitstäglich eine arbeitsmarktgängige Tätigkeit ausüben kann, hat keinen Rentenanspruch (§ 43 Abs. 3 SGB VI).

Für den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente muss die Leistungsfähigkeit darüber hinaus auf unter drei Stunden gesunken sein (§ 43 Abs 2 SGB VI).

5.1.2.3 Arbeitsplätze

Liegt die Fähigkeit vor, sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig zu sein, wird typisierend auch das Vorhandensein von Arbeitsstellen

²²⁵ BSG SozR3-2600 § 43 Nr. 26.

²²⁶ BSG, GS SozR3-2600 § 44 Nr. 8 S. 28.

²²⁷ BSG, GS SozR3-2600 § 44 Nr. 8 S. 29.

²²⁸ BSG SozR3-2600 § 44 Nr. 13.

²²⁹ SozR 3-2600 § 44 Nr. 8.

²³⁰ Rückschluss aus § 101 Abs 1 SGB VI; schon zum früheren Recht BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 16.

unterstellt. Die Rechtsprechung hatte schon zuvor ständig entschieden, dass bei vollschichtigem Leistungsvermögen, bezogen auf eine leichte ungelernete Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, das Vorhandensein von Arbeitsplätzen unterstellt werden kann²³¹. **Der Gesetzgeber hat diese Überlegungen nunmehr für sechsständiges Leistungsvermögen übernommen, indem er bei diesem Leistungsstand Rentenansprüche grundsätzlich ausgeschlossen hat.**

Allerdings erscheint es fraglich, ob diese Regeln auch dann angewandt werden können, wenn der Versicherte leichte ungelernete Tätigkeiten nicht mehr verrichten kann, wohl aber auf Grund seiner speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten mit qualifizierten Arbeiten Erwerb erzielen könnte. In diesen sicherlich seltenen Fällen käme es auf den Berufszweig an. Es liegen dann u.U. nicht mehr typische Bedingungen vor. Dem wäre Rechnung zu tragen, wie auch folgende Überlegungen zeigen.

5.1.2.4 Untypische Einschränkungen

Die Unterstellung eines ausreichenden Arbeitsmarktes bei sechs Stunden Leistungsfähigkeit ist eine Typisierung, die sich an den üblichen Voraussetzungen orientiert. **Sie ist nicht mehr aufrecht zu erhalten, wenn außergewöhnliche "untypische" Umstände vorliegen.** Das BSG hat daraus entwickelt, dass eine Tätigkeit benannt werden muss, für die es eine ausreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt, wenn es fraglich ist, ob der Versicherte **wegen einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung** mit diesen Einschränkungen noch Erwerbsmöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt findet²³². Diese Rechtsprechung soll auch auf den neuen § 43 SGG VI Anwendung finden.

Der Begriff der ungewöhnlichen Leistungseinschränkung umschreibt alle die Einschränkungen, **die nicht bereits von dem Erfordernis "körperlich leichte Arbeit" erfasst werden, also in dieser Hinsicht nicht als "gewöhnlich" angesehen werden können**²³³. Demzufolge ist näher zu ermitteln, in welchem Umfang sich diejenigen qualitativen Leistungseinschränkungen, die dieses Feld körperlich leichter Tätigkeiten weiter einengen, zusammengenommen auf die Einsetzbarkeit des Versicherten im Arbeitsleben auswirken²³⁴.

5.1.2.5 Zahl der Arbeitsplätze

Eine Benennung von Tätigkeiten bei untypischen Leistungseinschränkungen, die der Versicherte ausüben könnte, ist nur von Bedeutung, wenn es für diese Tätigkeit auch eine hinreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt. Das BSG hat sich bisher nicht festgelegt, wie viele Arbeitsplätze vorhanden sein müssen; es hat jedoch mehrfach entschieden, dass eine Zahl von 300 Arbeitsplätzen im Bundesgebiet nicht als gering anzusehen ist²³⁵.

Es soll bei der Beurteilung auch auf die Zahl der Bewerber im Hinblick auf die vorhandenen Stellen ankommen²³⁶.

5.1.2.6 Verschlussene Arbeitsmärkte

Bei der Zahl der offenen Stellen können allerdings diejenigen nicht berücksichtigt werden, die dem Versicherten von vornherein nicht zugänglich sind, von ihm also auch dann nicht

²³¹ BSG, GS SozR 3-2600 § 44 Nr. 8.

²³² BSG SozR 3-2600 § 43 Nr. 17, 19, 21; § 44 Nr. 8.

²³³ vgl. Loytved, NZW 1999, 276, 278; BSG SozR 3-2600 § 43 Nr. 19 und Nr. 21.

²³⁴ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 23.

²³⁵ BSG SozR 3-2600 § 43 Nr. 13; BSG, 4.11.1998, B 13 RJ 145/98 B.

²³⁶ BSG SozR 3-2600 § 43 Nr. 26 S. 103.

besetzt werden könnten, wenn sie frei wären. In der Rechtsprechung wurden verschiedene Gruppen herausgearbeitet. Verschlossen ist ein Arbeitsmarkt, wenn die in Betracht kommenden Arbeitsplätze

- nicht an Berufsfremde vergeben zu werden pflegen²³⁷,
- als Schonarbeitsplätze den Betriebsangehörigen vorbehalten bleiben²³⁸.

5.1.2.7 Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

Neben der zeitlichen Belastbarkeit ist außerdem erforderlich, dass der Versicherte unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes tätig werden kann. Ist dies nicht der Fall, geht man davon aus, dass es keine ausreichende Zahl von Arbeitsplätzen gibt. Das BSG hat hierzu eine große Zahl von Fällen entschieden:

- Sind im ArbZG nicht vorgesehene zusätzliche Arbeitspausen erforderlich, ist zu prüfen, ob der Arbeitnehmer unter solchen Bedingungen eingestellt wird²³⁹. Bei zusätzlichen Pausen von 2 x 15 Minuten bestehen ernste Zweifel, ob Arbeitsplätze vorhanden sind²⁴⁰. Das Gleiche gilt für mehrere notwendige Pausen unter 15 Minuten²⁴¹ oder für mehrere Zwischenmahlzeiten während der Arbeit²⁴².
- Bei Ekel erregenden oder ansteckenden Krankheiten ist davon auszugehen, dass der Arbeitgeber solche Arbeitnehmer in der Regel nicht einstellt²⁴³.
- Bei häufig auftretenden Fieberschüben jeweils für mehrere Tage kann der Arbeitsmarkt verschlossen sein²⁴⁴.
- Bei Einschränkungen der Arm- und Handbeweglichkeit bestehen Zweifel an normaler betrieblicher Einsatzfähigkeit auch für leichtere Tätigkeiten, desgleichen bei der Notwendigkeit eines ganz bestimmten Arbeitsrhythmus mit zwischengeschalteten Gehphasen²⁴⁵.

5.1.2.8 Beschränkung auf Teilzeittätigkeit

Bei einem untermitteltigen Leistungsvermögen ist nach der Rechtsprechung des BSG die **konkrete Arbeitsmarktsituation zu berücksichtigen**. Der Große Senat des BSG hat dazu in seinem Beschluss vom 10.12.1976²⁴⁶ folgende Grundsätze aufgestellt:

- Es ist auch bei Beschränkung auf Teilzeitarbeit erforderlich, dass Arbeitsplätze vorhanden sind, die der Versicherte noch ausfüllen kann.
- Der Arbeitsmarkt ist praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das Arbeitsamt innerhalb eines Jahres einen in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten können.
- Die Rentenversicherungsträger gehen auch zurzeit noch davon aus, dass dies in der Regel nicht möglich ist.

²³⁷ SozR 3-2200 § 1246 Nr. 101 und 110.

²³⁸ SozR 2600 § 46 Nr. 1; SozR 2200 § 1246 Nr. 101.

²³⁹ BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 43.

²⁴⁰ BSG SozR 2200 § 1246 Nr. 136.

²⁴¹ BSG, 19.8.1997, 13 RJ 11/96.

²⁴² BSG, 30.10.1997, 13 RJ 49/97.

²⁴³ BSG SozR Nr. 86 zu § 1246 RVO.

²⁴⁴ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 15.

²⁴⁵ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 8.

²⁴⁶ SozR 2200 § 1246 Nr. 13.

- Das bedeutet, dass in der Regel bei Absinken des Leistungsvermögens unter sechs Stunden arbeitstäglich volle Erwerbsminderungsrente zu zahlen ist und deshalb die Teilerwerbsminderungsrente zurzeit kaum Bedeutung hat.

5.1.2.9 Wegefähigkeit

Der Arbeitsmarkt gilt als verschlossen, wenn der Versicherte nicht in der Lage ist, den Weg zur Arbeit zurückzulegen. Zur Erwerbsfähigkeit gehört nämlich auch das Vermögen, einen Arbeitsplatz aufsuchen zu können²⁴⁷. Dabei soll es aber nicht auf die konkreten Bedingungen des Weges zwischen einer Arbeitsstelle und der Wohnung ankommen. Das BSG hat typisierend und pauschalierend festgelegt, dass es darauf ankommt, ob der Versicherte eine Wegstrecke von 500 m zwei Mal täglich zurücklegen und zweimal täglich öffentliche Verkehrsmittel zu den Hauptverkehrszeiten benutzen kann²⁴⁸. Er muss in der Lage sein, die 500 m in einer Zeit von unter 20 Minuten zurückzulegen. Erleichterungen, die ihm zur Verfügung stehen, sind zu berücksichtigen.

5.1.2.10 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass der Begriff der Erwerbsminderung in typisierender und pauschalierender Weise an den konkreten Bedingungen des Arbeitsmarktes orientiert ist. Diese Typisierungen sind erforderlich, um die Vielzahl der Faktoren und Konstellationen in ein System zu bringen, das für eine Massenverwaltung handhabbar ist.

Dieses steht allerdings im Widerspruch zu individuellen Ansprüchen, wobei auch „Fehlentscheidungen“ in Betracht gezogen werden müssen.

5.1.3 Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit

Für den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB VI reicht das Vorliegen einer Erwerbsminderung nicht. Voraussetzung ist eine "erhebliche" Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. Es muss die Gefährdung abgewendet werden oder eine "wesentliche" Besserung herbeigeführt werden können (§ 10 SGB VI).

Eine erhebliche Gefährdung oder Minderung liegt nicht erst dann vor, wenn die Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente vorliegen oder zu erwarten sind²⁴⁹. **Durch das Erfordernis der Erheblichkeit soll die Erbringung von Rehabilitationsleistungen auf Fälle beschränkt werden, in denen die Erkrankungen bereits konkrete Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit in absehbarer Zeit haben wird²⁵⁰.**

Nur bei Personen, die die beitragsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe **nicht** erfüllen, ist Voraussetzung des Anspruchs auf Leistungen zur Teilhabe u.a., dass sie eine Erwerbsminderungsrente beziehen oder vermindert erwerbsfähig sind oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist oder ohne diese Leistungen eine Rente wegen Erwerbsminderung zu leisten wäre (§ 11 SGB VI).

²⁴⁷ BSG SozR 2200 § 1247 Nr. 47, 50, 53, 56.

²⁴⁸ BSG SozR 3-2200 § 1247 Nr. 10.

²⁴⁹ KassKomm-Niesel, § 10 SGB VI Rz. 6; Schaub, in VDR-Ruhland, Handbuch der gesetzlichen Rentenversicherung, Kapitel 22, Rz. 89.

²⁵⁰ Schaub, aaO.

Im Gegensatz zum Rentenrecht ist die Erwerbsminderung bei Leistungen zur Teilhabe auf die bisherige Tätigkeit bezogen. Tätigkeiten der letzten Jahre sind einzubeziehen, wenn sie nicht allzu lange zurückliegen²⁵¹.

Die bisherige Tätigkeit ist nicht mit dem bisherigen Beruf i.S. des § 240 Abs. 2 SGB VI identisch. Leistungen zur Teilhabe können daher nicht mit der Begründung verweigert werden, die Erwerbsfähigkeit sei zwar für die bisherige Tätigkeit, nicht aber für Verweisungstätigkeiten gefährdet oder eingeschränkt²⁵².

In beiden angesprochenen Bereichen herrschen oft Missverständnisse, die zu Ablehnungen von Anträgen durch die Rentenversicherungsträger führen.

²⁵¹ BSG SozR 2200 § 1237a Nr. 10.

²⁵² BSG SozR 2200 § 1237a Nr. 6 und Nr. 16 S 39.

5.2 Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX

Zusammenfassung

Beleuchtet wird in diesem Kapitel zunächst der Begriff der Erwerbsminderung, wie er nach SGB IX im Gegensatz zum SGB VI zu verstehen ist, nämlich als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben. Sodann wird der Aspekt der Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben näher analysiert um sich dann mit dem Leistungskonzept des SGB IX in Bezug auf die verschiedenen Stufen der Leistungseinschränkung – drohende Behinderung, bestehende Erwerbsminderung und Schwerbehinderung – näher zu befassen. Schließlich werden die Leistungen des SGB IX unter dem besonderen Fokus der Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten bei besonders eingerichteten Arbeitsplätzen beleuchtet. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass der Grad der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX nicht die individuelle Erwerbsfähigkeit oder Erwerbsminderung abbildet.

5.2.1 Der Begriff der Erwerbsminderung

Das SGB IX enthält keinen eigenen Begriff der Erwerbsminderung. Sie ist vielmehr eingebettet in den Begriff der Behinderung. Dort stellt sie sich dar als gesundheitliche Einschränkung, die zur Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben führt. Maßstab sind dabei die Erwerbsmöglichkeiten, die für den behinderten Menschen nach seinen persönlichen Umständen in Betracht gekommen wären, wenn er nicht behindert wäre. In diesem Rahmen gewinnt das individuelle Erwerbskonzept eine besondere Rolle für die Frage, wann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Demgegenüber wird im Rentenrecht des SGB VI die Erwerbsminderung festgemacht an gesundheitlichen Einschränkungen, die die Fähigkeit reduzieren, in irgend einer Tätigkeit des für den Versicherten in Betracht kommenden Arbeitsmarkts arbeitstäglich eine gewisse Zahl von Arbeitsstunden zu leisten.

Einen ganz anderen Weg geht die Bestimmung des Grades der Behinderung (GdB) nach § 69 SGB IX. Sie richtet sich nach abstrakten Merkmalen, die sich am Integritätsverlust und seiner Auswirkungen auf das Leben des behinderten Menschen in der Gesellschaft orientieren. Inhalt der Feststellung des GdB nach § 69 SGB IX ist nicht die tatsächliche Beeinträchtigung des behinderten Menschen am Arbeitsleben²⁵³. Auch hier ist also der Einfluss der Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit in eine andere Begrifflichkeit eingebunden.

5.2.2 Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben

Das SGB IX sieht Leistungen vor, die dazu dienen sollen, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu sichern (§ 1 SGB IX).

Ausgangspunkt ist also immer das Vorliegen oder das Drohen einer Behinderung (s. Kap. 5.1.1). Der Begriff einer Behinderung setzt eine Funktionsstörung (körperlich, geistig, seelisch) voraus, die sich dauerhaft (länger als sechs Monate) auf die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft auswirkt (§ 2 SGB IX)²⁵⁴.

²⁵³ Vgl. Dau, LPK-SGB IX § 69 Rz. 9.

²⁵⁴ Das SGB IX greift zwar den Aspekt Teilhabe aus der ICF auf, der Behindertenbegriff des § 2 SGB IX weicht jedoch vom Behindertenbegriff der ICF ab. Siehe Schuntermann, M. F. (2001)

Wirken sich diese Funktionsstörungen auf die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben aus, so hat man es mit einer **Minderung der Erwerbsfähigkeit** zu tun. Diese ist die **wesentliche Grundlage einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben**. Dieser Begriff schließt alle Folgen der Minderung der Erwerbsfähigkeit ein, wie z.B. auch Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit. Das SGB IX will die reale Teilhabe an der Arbeitsgesellschaft auf Dauer sichern (§ 33 Abs. 1 SGB IX) und das umschließt die Eingliederung in den Arbeitsprozess (§ 33 Abs. 2 SGB IX).

Die **Erwerbsfähigkeit wird bestimmt** durch

- die persönliche Leistungsfähigkeit und
- die äußeren Bedingungen und Anforderungen, unter denen die Arbeit verrichtet werden muss.

Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit kann deshalb genommen werden

- durch Verringerung oder Beseitigung der Leistungseinschränkungen,
- durch Kompensation der Leistungsdefizite.

Kompensation kommt in Betracht

- durch Veränderung der Arbeitsbedingungen oder
- Erweiterung von Kompetenzen, die die Ausübung von Tätigkeiten erlauben, bei denen die Leistungsdefizite nicht oder weniger hinderlich sind.

Hierzu bietet das SGB IX u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Medizinische Rehabilitation hat u.a. das Ziel, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern und eine Verschlimmerung zu verhüten (§ 26 Abs. 1 SGB IX).

Diese Leistungen zielen auf die Verbesserung oder Erhaltung der individuellen Leistungsfähigkeit.

Ergänzt werden die medizinischen Leistungen durch spezielle **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** (§ 33 SGB IX), die das Ziel haben, die Erwerbsfähigkeit der behinderten Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit auf Dauer zu sichern.

Diese Leistungen zielen u.a. auf die Sicherung der Erwerbsfähigkeit durch Kompensation von Leistungsdefiziten

Das SGB IX enthält damit eine umfassende Palette von Interventionsmöglichkeiten bei allen Faktoren der Erwerbsfähigkeit. (Auf Besonderheiten bei schwerbehinderten Menschen wird später eingegangen).

„Behinderung nach ICF und SGB IX ? Erläuterungen und Vergleich.“ Reha-Info, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Heft 6/2001, 20-23.

5.2.3 Das Leistungskonzept

5.2.3.1 Drohende Behinderung

Das SGB IX wirkt mit seinen Leistungen nicht nur bestehenden Behinderungen entgegen, sondern auch drohenden Behinderungen und dies auf zwei Ebenen. Das eine ist die Ebene der allgemeinen Prävention in Gesellschaft und Betrieben, geregelt durch § 3 SGB IX. Die zweite Ebene ist die individuelle Prävention, d.h. die Erbringung von Leistungen zur Vermeidung einer sich bei einer bestimmten Person abzeichnenden „drohenden Behinderung“ (§§ 26, 33 SGB IX). Damit diese Möglichkeiten wirksam genutzt werden können, ist ein System erforderlich, das die zuständigen Träger frühzeitig auf sich anbahnende Entwicklungen hinweist. Hier müssen der behinderte Mensch, seine Ärzte und vor Allem die Krankenkassen mitwirken. § 84 SGB IX regelt ein solches Verfahren für den betrieblichen Bereich.

5.2.3.2 Intervention bei bestehender Erwerbsminderung

Die **Intervention bei bestehender Erwerbsminderung hat Vorrang vor Rentenleistungen** (§ 8 Abs. 2 SGB IX). Auch wo bereits Rentenansprüche bestehen, ist es vorrangige Aufgabe der Träger, die Möglichkeiten zur Verringerung oder Beseitigung der Erwerbsminderung zu nutzen. Diese Aufgabe soll trägerübergreifend angegangen werden bei enger Kooperation der Träger (s. Kap. 6.1.2).

Für diese Ziele stehen im SGB IX umfangreiche Leistungskataloge zur Verfügung (u.a. §§ 26, 33, 102 SGB IX); sie werden allerdings nur nach Maßgabe der für die einzelnen Träger geltenden Leistungsgesetze umgesetzt (§ 4 Abs. 2 SGB IX). Immerhin sind die einzelnen Leistungsgesetze im Sinne des SGB IX auszulegen und auszufüllen (Beispiel BSG Ur. v. 26. 3. 2003 – B 3 KR 23/02 R zur Bedeutung von § 31 SGB IX für § 33 SGB V; dazu Info A Nr. 3 auf www.iqpr.de)

5.2.3.3 Besonderheiten bei schweren Behinderungen

Teil II des SGB IX enthält zusätzliche Sonderregelungen für schwerbehinderte Menschen. Diese konzentrieren sich zwar größtenteils auf die Eingliederung in das Arbeitsleben, d.h. die Beschaffung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes. Ein anderer Teil der Regelungen dient aber (auch) der Kompensation der Erwerbsminderung, wie z.B. die behindertengerechte Einrichtung des Arbeitsplatzes, des Arbeitsumfeldes, der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeit (§ 81 Abs. 4 Nrn. 4 und 5 SGB IX).

Diese Ansprüche richten sich allerdings nicht an den Träger, sondern an den Arbeitgeber.

Die Träger haben die Aufgabe, die Arbeitgeber dabei durch Förderung zu unterstützen (§ 34 SGB IX).

Außerdem kommt hier das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) ins Spiel. Es hat weitere Möglichkeiten, die Kompensation der Erwerbsminderung zu fördern, u.a. durch Leistungen an den schwerbehinderten Menschen oder seinen Arbeitgeber (§ 102 Abs. 3 SGB IX).

5.2.4 Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze

Mit der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ist auch das Ziel verbunden, Sozialleistungen, insbesondere Renten, zu vermeiden (§ 26 Abs. Nr. 2 SGB IX). Bei

Erwerbsminderungsrenten wird dieses Ziel erreicht, wenn der behinderte Mensch in die Lage versetzt wird eine arbeitsmarktgängige Beschäftigung auszuüben.

Nicht so eindeutig gilt dies, wenn die Erwerbsminderung durch spezielle organisatorische Maßnahmen oder besondere Ausgestaltung des Arbeitsplatzes kompensiert und auf diese Weise ein Erwerb auf dem Arbeitsmarkt gesichert ist.

Die Rechtsprechung des BSG zu der Bedeutung eines vorhandenen Arbeitsplatzes ist leider in allen Bereichen unscharf.

Zur speziellen Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen wird in einer älteren Entscheidung die Rente neben der Beschäftigung zugebilligt (BSG SozR Nr. 24 zu § 1246). Es wird dort darauf abgestellt, ob der Arbeitgeber durch besonderen Zuschnitt der Arbeitsaufgaben eine Beschäftigungsmöglichkeit geschaffen hat, die es sonst auf dem Arbeitsmarkt nicht gibt.

In späteren Entscheidungen wird dann aber eine behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes nicht als Hinderungsgrund angesehen, von einer normalen Beschäftigung auszugehen (BSG SozR 2200 § 1247 Nrn. 30 und 57). Die Grenzziehung wird dadurch erschwert, dass die Entscheidungen keine genaue Darstellung der speziellen Ausgestaltungen enthalten.

Grundsätzlich sollte davon ausgegangen werden, dass Arbeitsplätze, die für behinderte Menschen zugeschnitten sind, gleichwertig sind. Dies ist auch im Interesse einer Anerkennung der behinderten Menschen als gleichwertige Arbeitskräfte zu fordern. Besonders bedeutsam für die Rentenbewilligung ist außerdem, dass die Erwerbsminderungsrente eine Ausfalleistung für Verdienste ist. Dieser Zweck entfällt, wo durch reale Arbeitsleistung ein entsprechender Verdienst erzielt wird.

Das Problem der Gleichstellung besonders eingerichteter Arbeitsplätze relativiert sich allerdings durch die Anrechnungsvorschriften. Die in den §§ 92 und 96a SGB VI vorgesehene Anrechnung von Arbeitsentgelt auf die Rente führt zu erheblicher Minderung und unter Umständen zum Wegfall des Zahlungsanspruchs.

5.2.5 Grad der Behinderung

Von einem ganz anderen Ansatz geht die Feststellung des Grades der Behinderung nach § 69 SGB IX aus. Dort wird abstrakt der Einfluss einer körperlichen Beeinträchtigung auf das gesamte Leben des behinderten Menschen erfasst ohne Rücksicht auf die individuellen Verhältnisse und Bedürfnisse. Der Umfang des Einflusses auf Erwerbstätigkeiten spielt dabei eine zentrale Rolle, jedoch auch nur abstrakt gesehen bezogen auf alle Erwerbstätigkeiten. Es haben sich dazu Bewertungen herausgebildet, die in den vom Bundesarbeitsminister 1996 herausgegebenen Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz (geringfügig geändert 1999) zusammengefasst sind. Die individuelle Erwerbsfähigkeit und damit die Grundlage für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird hier nicht abgebildet.

5.3 Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes

Trotz der Neuregelung durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000, die in § 43 Abs. 3 SGB VI festlegt, dass bei Erwerbsgeminderten, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können, die jeweilige Arbeitsmarktlage *nicht zu berücksichtigen ist*, behält auch § 43 SGB VI die von der Rechtsprechung des BSG zum (früheren) Versicherungsfall der Erwerbsunfähigkeit entwickelte so genannte **konkrete Betrachtungsweise** bei.

Diese Rechtsprechung war von der Grundvorstellung des BSG getragen, dass der deutsche Arbeitsmarkt im Wesentlichen durch Vollzeitarbeitsplätze geprägt sei und Teilzeitarbeitsplätze nur in geringer Zahl vorhanden seien. Demnach müsse bei einem vollschichtig leistungsfähigen Versicherten vom Grundsatz her davon ausgegangen werden, dass er - trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen - noch eine reale Chance der Vermittelbarkeit eines leidensgerechten Arbeitsplatzes besitze, auch wenn er arbeitslos sei. Diese Rechtsprechung ist nunmehr - bezogen auf die Zeitgrenze von 6 Stunden - in § 43 Abs. 3 SGB VI verankert, wonach ein sechsstündiges Leistungsvermögen vom Grundsatz her den Tatbestand der Erwerbsminderung ausschließt. Bei arbeitslosen Versicherten, die über ein qualitatives Leistungsvermögen von 3 – 6 Stunden verfügen (bei arbeitslosen Teilzeitkräften), müsse jedoch im Hinblick auf die geringe Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen im Einzelfall konkret geprüft werden, ob der Versicherte einen seinem Restleistungsvermögen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz innehatte oder ihm ein solcher vermittelt werden könne. War dies nicht der Fall, so war von einer Verschlossenheit des Arbeitsmarktes und der Begründetheit des Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auszugehen.

Diese Rechtsprechung ist nunmehr auch kodifiziert. Zwar lässt sie sich nicht direkt dem Wortlaut des § 43 SGB VI entnehmen. Sie ergibt sich gleichwohl schon aus einem aus § 43 Abs. 3 SGB VI abzuleitenden Umkehrschluss: Wenn § 43 Abs. 3 SGB VI bestimmt, dass nicht erwerbsgemindert ist, wer unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbstätig sein kann und dass es dabei auf die jeweilige Arbeitsmarktlage nicht ankommt, so ergibt sich hieraus im Umkehrschluss, dass die Arbeitsmarktlage demgegenüber sehr wohl von Bedeutung ist, wenn ein unter sechsstündiges Leistungsvermögen gegeben ist. Da bei unter dreistündiger Leistungsfähigkeit eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes generell unterstellt wird, kann die Vermittelbarkeit und damit die Arbeitsmarktlage nur bei den Versicherten von Bedeutung sein, die noch drei, jedoch keine sechs Stunden täglich mehr arbeiten können. Darüber hinaus ergibt sich der Fortbestand einer arbeitsmarktabhängigen Rentenbewilligung über den 31.12.2000 hinaus auch aus § 102 Abs. 2 Satz 4 SGB VI in seiner ab dem 1.1.2001 geltenden Fassung, wonach Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit auf der Grundlage des § 43 SGB VI in seiner ab dem 1.1.2001 geltenden Fassung unbefristet zu leisten sind, wenn der Anspruch unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage besteht (und eine Behebung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unwahrscheinlich ist). Demnach ist eine befristete Rente bei Eintritt des Versicherungsfalls wegen fehlender Vermittelbarkeit (Arbeitsmarktrente) zu leisten. Schließlich weist auch die Gesetzesbegründung darauf hin²⁵⁵, dass die vom BSG entwickelte so genannte konkrete Betrachtungsweise angesichts der schlechten Arbeitsmarktlage und des geringen Angebots an Teilzeitarbeitsplätzen vorerst beibehalten werden soll.

D.h. die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bzw. Erwerbsminderung wird auch weiterhin von der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen auf dem Arbeitsmarkt abhängig gemacht. Primärer Faktor ist jedoch die durch Krankheit oder Behinderung negativ beeinflusste arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit (s. Abb. 5.3-1).

²⁵⁵ BT-Drs. 14/4230 zu Nr. 10.

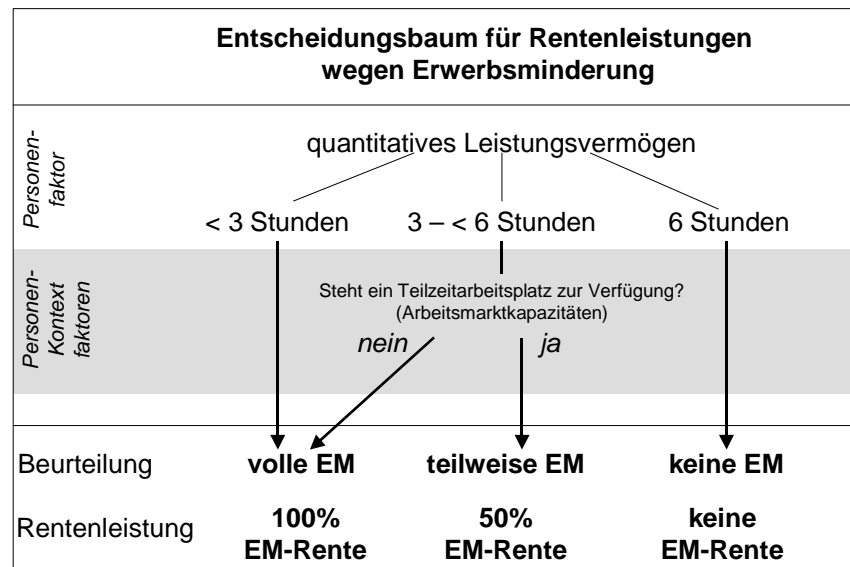


Abb. 5.3-1: Entscheidungsbaum für Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung unter Berücksichtigung des quantitativen Leistungsvermögens und der Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes (normative Setzungen)

6 Erwerbsminderung im Rentenverfahren

Inhaltsverzeichnis

	Seite
6.1	Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten) 306
6.1.1	Zusammenfassung..... 306
6.1.2	Auftrag des SGB IX..... 308
6.1.2.1	These 1 308
6.1.2.2	These 2 308
6.1.2.3	These 3 309
6.1.2.4	These 4 310
6.1.2.5	These 5 311
6.1.2.6	These 6 312
6.1.2.7	These 7 314
6.1.2.8	These 8 314
6.1.2.9	These 9 315
6.1.2.10	These 10 316
6.1.2.11	These 11 316
6.1.2.12	These 12 317
6.1.2.13	These 13 318
6.1.3	Akteure und Aufgaben 319
6.1.3.1	Versicherter..... 319
6.1.3.1.1	Rechte des Versicherten..... 319
6.1.3.1.2	Obliegenheiten (sog. „Mitwirkungspflichten“) des Versicherten 320
6.1.3.2	Pflichten und Obliegenheiten der Arbeitgeber 322
6.1.3.3	Pflichten der Interessenvertretung i.S.v. § 93 SGB IX 322
6.1.3.4	Pflichten der Schwerbehindertenvertretung 322
6.1.3.5	Hausarzt und andere behandelnde Ärzte 323
6.1.3.6	Gemeinsame Servicestellen 323
6.1.3.7	Verantwortliche Bearbeiter bei den Rentenversicherungsträgern..... 324
6.1.3.7.1	Rentensachbearbeiter..... 325
6.1.3.7.2	Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung..... 325
6.1.3.7.3	Jurist als Mitarbeiter bei der Rentenversicherung..... 326
6.1.3.7.4	Ärzte und andere Sachverständige als Gutachter 327
6.1.3.8	Sonstige Rentenanspruch aufnehmende Stellen 329
6.1.3.9	Andere Reha-Träger 330
6.1.3.9.1	Pflichten im Vorfeld des Verfahrens..... 330
6.1.3.9.2	Pflichten im Verfahren..... 330
6.1.3.9.3	Spezielle Pflichten..... 330
6.1.4	Ablauf des Verfahrens..... 333
6.1.4.1	Die wichtigsten Aspekte der neuen Rentenbearbeitung 333
6.1.4.2	Ablauf des Verfahrens im Einzelnen 334
6.1.4.2.1	Information und Beratung im Vorfeld der Antragstellung 334
6.1.4.2.2	Erster Termin 334
6.1.4.2.3	Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter 334
6.1.4.2.4	Einschaltung einer Gemeinsamen Servicestelle 335
6.1.4.3	Kurzübersicht über den Ablauf des Verfahrens bei Erwerbsminderungsrentenantragstellung 337
6.1.5	Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger..... 338
6.2	Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten- Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe 340

6.1 Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten)

6.1.1 Zusammenfassung

Das folgende Kapitel untersucht den Einfluss des SGB IX auf die Gestaltung der Verfahren über Erwerbsminderungsrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung. Es liefert dazu Analysen und Vorschläge, wo die Anforderungen des Gesetzes, insbesondere das Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen und das Ziel trägerübergreifender Abklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe, zu einer Änderung der Praxis führen müssen und wie sie umgesetzt werden können.

Im ersten Teil der Ausarbeitung wird in 13 Thesen der Auftrag des SGB IX an die Rentenversicherungsträger zusammengefasst und erläutert. Es wird dabei das Zusammenwirken der Beteiligten in den Vordergrund gestellt (Kooperationskonzept des SGB IX). Dieses Konzept ist geprägt einerseits von dem Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen, andererseits von der Verpflichtung der Träger, durch Beratung und Angebote die Wege zu ebnet (s. Kap. 6.1.2.1 - 6.1.2.3, Thesen 1-3).

Ein zweiter Bereich, der besondere Aufmerksamkeit verdient, ist die Ablösung der schlichten Antragsbearbeitung durch eine trägerübergreifende Fallbearbeitung, die sowohl eine Früherkennung als auch eine koordinierte Nutzung der Leistungsangebote des SGB IX ermöglicht (Kap. 6.1.2.4 - 6.1.2.7, Thesen 4-7). In diesem Zusammenhang kommt auch der Prävention besondere Bedeutung zu (s. Kap. 6.1.2.8, These 8).

Selbstbestimmungsrechte und vernetztes Denken setzen sich auch auf der Begutachtungsebene fort (s. Kap. 6.1.2.9 - 6.1.2.11).

Die Steuerungspflichten der Träger zur Sicherung der optimalen Verbesserung der Teilhabe des behinderten Menschen wird abschließend hervorgehoben (s. Kap. 6.1.2.12 - 6.1.2.13, Thesen 12-13).

Um das Ziel umfassender Beratung und Kooperation zu erreichen und dabei zu praxisingerechten Ergebnissen zu gelangen, wurde zunächst ein Vorschlag ausgearbeitet, wie die zur Umsetzung notwendigen Schritte den einzelnen Akteuren zugeordnet werden könnten. Es wurde dabei insbesondere herausgestellt, welche Veränderungen sich im Verfahrensablauf, im Zusammenspiel zwischen Trägern und behinderten Menschen, zwischen einzelnen Abteilungen und einzelnen Trägern sowie in der Begutachtung durch die neue Aufgabe umfassender Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe bei Rentenverfahren ergeben. Es wurde die Aufgabenverteilung zwischen den Akteuren herausgestellt und auf die besonderen Probleme hingewiesen, die durch das vom SGB IX verstärkt eingeforderte Zusammenspiel der einzelnen Reha-Träger und der Abteilungen Rehabilitation und Rente innerhalb der Rentenversicherung hervorgerufen werden.

Dieser Vorschlag wurde einem **Diskussionsprozess mit den Rentenversicherungsträgern** unterworfen. Er wurde den Rentenversicherungsträgern zugeleitet und im Januar 2003 in einer Besprechung mit acht Vertretern verschiedener Anstalten eingehend diskutiert, wobei zunächst kaum Konsens zu erzielen war. Nach

zwischenzeitlichen Einzelgesprächen mit verschiedenen Trägern fand am 17.12.2003 eine erneute Diskussionsrunde mit Vertretern einiger Rentenversicherungsträger, des VDR und des BMGS statt.

Bei diesem Gespräch wurde in Bezug auf wesentliche Forderungen ein Konsens erzielt und ein Ablaufplan festgehalten, den die anwesenden Vertreter der Rentenversicherungsträger sich als möglichen – wenn auch idealtypischen – Ablaufplan vorstellen könnten. Das Ergebnis wird im letzten Teil dieses Kapitels wiedergegeben.

6.1.2 Auftrag des SGB IX

6.1.2.1 These 1

Im Mittelpunkt des Verfahrens steht der Mensch mit seiner Behinderung. Ihm ist in jeder Phase des Verfahrens Raum zu lassen, die Entscheidungen über Leistungen zur Teilhabe und den Gang des Verfahrens zu steuern. Seine Motivation ist zu stärken; ihm sind Alternativen aufzuzeigen (Selbstbestimmung). Tragendes Prinzip ist der Dialog.

Jeder Bearbeiter im Erwerbsminderungsrentenverfahren und Verfahren der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe hat offen und vorurteilsfrei den Dialog mit dem Betroffenen zu suchen. Ziel ist mit ihm gemeinsam eine der Situation angepasste individuelle Lösung zu suchen. Das Gesetz macht dies an vielen Stellen deutlich.

Schon in § 1 SGB IX wird das Ziel der Selbstbestimmung hervorgehoben. Diese Zielvorgabe ist nicht beschränkt auf die Auswahl der Leistungen zur Teilhabe; sie erfasst denotwendig auch das gesamte Verfahren (vgl. Haines in LPK SGB IX § 1 Rz. 9).

§ 9 Abs. 1 SGB IX legt fest, dass den berechtigten Wünschen und Bedürfnissen des behinderten Menschen zu entsprechen ist. Nach § 9 Abs. 3 SGB IX haben Leistungen, Dienste und Einrichtungen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum für eigenverantwortliche Gestaltung ihrer Lebensumstände zu lassen und ihre Selbstbestimmung zu fördern.

Diese Gedanken werden in §§ 4 und 33 Abs.2 SGB IX für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgegriffen und speziell ausgestaltet.

§ 9 Abs. 2 SGB IX erlaubt eine Leistungserbringung in Form von Geldleistungen anstelle von Sachleistungen, wenn der behinderte Mensch dies beantragt. Darüber hinaus ermöglicht § 17 Abs. 2 (ab 1. Juli 2004: §17 Abs. 2 bis 4 SGB IX) SGB IX, die Leistungen zur Teilhabe in Form eines persönlichen Budgets zu erbringen.

Die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ist immer von der Zustimmung des behinderten Menschen abhängig (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Der behinderte Mensch muss lediglich im eigenen Interesse die Mitwirkungsobliegenheiten in §§ 62 bis 65 i.V.m. §§ 66 und 67 SGB I bedenken.

Das Selbstbestimmungsrecht erstreckt sich auch auf die einzelnen Verfahrensschritte. Der behinderte Mensch ist fortlaufend darüber zu informieren, was beabsichtigt ist und welchem Ziel der einzelne Verfahrensschritt dient; damit er entscheiden kann, ob er diesem Schritt zustimmt.

6.1.2.2 These 2

Es ist Aufgabe und Verpflichtung der Träger, dem behinderten Menschen Wege aufzuzeigen, Wege zu ebnen und aktiv gestaltend individuell angepasste Wege und Möglichkeiten zu entwickeln, damit der behinderte Mensch selbstverantwortlich die Schritte unternehmen kann, die ihm die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen.

Das Sozialrecht und speziell das Sozialrechtsverhältnis ist geprägt vom Erfüllungsprinzip (§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 2 und 17 SGB I Art 20 GG – Sozialstaatsprinzip; dazu BSG 26.10.1982 – 12 RK 37/81 – USK 82171). Das Sozialrecht will reale und möglichst optimale Veränderungen bei Problemlagen des Bürgers bewirken (§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Der Bürger soll dabei als Person eingebunden sein (Partizipation). Diese Ziele werden durch ein Kooperationskonzept umgesetzt. Dabei haben beide Seiten „alles in ihren Kräften stehende

und ihnen Zumutbare zu tun, um sich gegenseitig vor vermeidbaren, das Versicherungsverhältnis betreffende Schäden zu bewahren.“ (BSGE 34, 124).

Das Kooperationsverhältnis ist dadurch geprägt, dass die Verwaltung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens auf Grund ihrer umfassenden Kenntnis und umfangreichen Ausstattung von sich aus (von Amts wegen) auf den Bürger zugeht und ihn in Stand setzt, mit ihr gemeinsam herauszufinden, welche Leistung in Betracht kommt oder seinem Anliegen am nächsten kommt (BSGE 50, 16; BSG SozR 4100 § 44 Nr. 9; BSG SozR 1200 § 14 Nr. 11). Beratung und Hilfestellung kommt die Funktion zu, das Feld für eine Mitwirkung zu bereiten, denn zur eigenverantwortlichen Mitwirkung gehört die Kenntnis aller maßgeblichen Umstände (BSG SozR 4100 § 44 Nr. 9).

Einen besonderen Ausdruck findet dieses Kooperationsprinzip vor Allem in der jederzeit bestehenden Pflicht zur Beratung auch ohne ausdrückliches Beratungsbegehren, wenn Gestaltungsmöglichkeiten klar zu Tage liegen, deren Wahrnehmung offenbar so zweckmäßig ist, dass jeder Versicherte sie mutmaßlich nutzen würde (BSG SozR 1200 § 14 Nr. 29 S. 96 m.w.N.). Im Rahmen eines Verfahrens über die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe geht die Beratungspflicht noch darüber hinaus, weil sie die Basis schaffen muss, zwischen bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten einen individuell angepassten Weg zu finden.

Von Amts wegen haben die Träger überdies auf den Versicherten zuzugehen, wenn sich ein Anhalt für einen Bedarf an Präventionsmaßnahmen oder Leistungen zur Teilhabe ergibt und mit ihm die Einleitung eines Verfahrens und die Einschaltung der zuständigen Träger zu erörtern.

Zur Erleichterung und Verbesserung dieser übergreifenden Beratung hat das SGB IX die Gemeinsame Servicestelle vorgesehen (§§ 22 ff SGB IX). Sie ermöglicht eine trägerübergreifende Beratung und Unterstützung und ist damit ein wesentliches Element effizienter Antragsbearbeitung und eines Case-Managements (dazu These 3).

Soweit sich bei einer Begutachtung über den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe ergibt, dass die Deckung dieses Bedarfs teilweise in die Zuständigkeit anderer Träger fällt, sind die Träger verpflichtet, von Amts wegen auf den Versicherten zuzugehen und die Koordinierung von Leistungen im Sinne der §§ 10 und 11 SGB IX mit ihm gemeinsam einzuleiten und voranzutreiben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das starke Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen die Träger nicht nur nicht davon entlastet, von sich aus (von Amts wegen) dem Versicherten die bestehenden Möglichkeiten zu eröffnen, sondern sie im Gegenteil sogar in verstärktem Maße verpflichtet, die Voraussetzungen für selbstbestimmte Entscheidungen und erfolgreiche Leistungserbringung herbeizuführen.

6.1.2.3 These 3

Das SGB IX stellt erweiterte Anforderungen an die Antragsbearbeitung. Sie ist geprägt durch den Gedanken umfassenden Case-Managements. Anträge sind nunmehr Auslöser für eine umfassende Bearbeitung der Problemlagen des behinderten Menschen.

Dies gilt bereits für die Beratungsebene; sie wird im SGB IX ausgebaut durch Erweiterung der Beratungspflichten und die Einrichtung von Gemeinsamen Servicestellen (s. auch Erl. zu Thesen 2 und 13).

Dies gilt ebenso für den Umfang der Bearbeitung; sie wird vorgezeichnet durch die §§ 14 und 8 SGB IX (s. dazu Erl. zu Thesen 4-8 u. 13).

Dies gilt ferner für die Begutachtung, die gem. § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX umfassend erfolgt (dazu Thesen 9-10 u. 13).

Dies gilt schließlich für die Leistungserbringung; das SGB IX setzt auf die Vernetzung der verschiedenen Leistungen (§§ 10-13 SGB IX; dazu Thesen 11-13).

Sehr deutlich wird dieser Wandel an den Aufgaben der Gemeinsamen Servicestellen (§ 22 Abs. 1 S. 2-5 SGB IX), die jeweils umfassend angelegt sind:

Informationspflicht, Klärung des Bedarfs, Hilfe bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Fassung der Anträge und Klärung der Zuständigkeiten, Vorbereitung der Entscheidungen und Hinwirken auf Beschleunigung, unterstützende Begleitung bis zur Entscheidung, Koordinierung der Leistungen, Einbeziehung anderer Stellen.

§ 14 SGB IX macht die Leistungspflicht bei Leistungen zur Teilhabe nicht mehr von materiellen Voraussetzungen abhängig, sondern vom Verhalten des Trägers, bei dem der Antrag gestellt wurde, in den ersten zwei Wochen. Nach Ablauf der zwei Wochen steht die Zuständigkeit für die beantragte Leistung dann fest. Dementsprechend muss der Träger, sofern er den Antrag nicht weitergeleitet hat und die beantragte Leistung nach dem für ihn geltenden Leistungsgesetz nicht oder nur unzureichend erbringen kann, prüfen, ob nicht nach dem für den materiell zuständigen Leistungsträger geltenden Gesetz der Antrag begründet wäre. Bei Unklarheiten über die materielle Zuständigkeit muss geprüft werden, ob ein anderes Leistungsgesetz Grundlagen für die beantragte Leistung enthält. Nur so können die Ziele des § 4 SGB IX erfüllt werden. Andernfalls wäre der Betroffene gezwungen, nach Ablehnung seines Antrages durch den nach § 14 SGB IX leistungspflichtigen Träger erneut einen Antrag bei dem (einem) materiell zuständigen Träger zu stellen, was § 14 Abs. 1 und 2 SGB IX gerade verhindern will.

Wurde der Antrag an einen Rehabilitationsträger weitergeleitet, der für die beantragte Leistung nicht Rehabilitationsträger nach § 6 Abs.1 SGB IX sein kann, klärt er gemäß §14 Abs. Satz 5 SGB IX mit dem nach seiner Auffassung zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich ab, von wem und in welcher Weise über den Antrag innerhalb der Fristen nach § 15 Abs. 2 Satz 2 und 4 SGB IX entschieden wird und unterrichtet den Antragsteller.

Für die Begutachtung ist die Verpflichtung zur trägerübergreifenden Prüfung (§ 14 Abs.5 Satz 5 SGB IX) erkannt worden; es werden Grundsätze für eine trägerübergreifende Begutachtung entwickelt. Entscheidend ist, dass diese auf die Gesamtheit der Teilhabestörungen ausgerichtet werden, insbesondere auch auf Behinderungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Die Vernetzung der Leistungen gehört immer noch zu den am schwersten durchzusetzenden Aufgaben. Hier wird die Notwendigkeit des Case-Management besonders deutlich. Sofern sich die Betroffenen an die Gemeinsamen Servicestellen wenden, müssen sie diese Aufgabe erfüllen. Regelmäßig muss aber der Träger selbst dieses Case-Management (§§ 10-13 SGB IX) sicherstellen.

6.1.2.4 These 4

Bei Verfahren, die im Zusammenhang mit Behinderungen stehen, steht die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im Vordergrund. Der Gesetzgeber hat den Trägern in § 8 Abs. 1 SGB IX eine neue übergreifende Aufgabe zur frühzeitigen Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe zugewiesen. Ziel ist in erster Linie die Rückkehr auf den/einen Arbeitsplatz und nicht die Rente.

Die Sachbearbeitung behinderungsbezogener Vorgänge durch die Reha-Träger hat grundsätzlich vier materielle Ziele

- die trägerübergreifende Feststellung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im medizinischen, beruflichen und gesellschaftlichen Bereich (§ 8 i.V.m. § 5 SGB IX, § 11 SGB IX)
- die Prüfung der Möglichkeiten zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit (§ 8 Abs. 3 SGB IX)

- die Feststellung von Präventionsbedarf (§ 3 SGB IX) und
- die Prüfung der materiell-rechtlichen Voraussetzungen der beantragten Leistungen oder darüber hinaus zweckmäßiger Leistungen im Übrigen.

Durch § 8 Abs. 1 SGB IX ist das Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ganz in den Vordergrund gerückt worden. Das Verfahren muss in jedem Fall stattfinden, wenn der Vorgang Behinderungen betrifft. Das ist z.B. der Fall bei Anträgen auf Rente wegen Erwerbsminderung. Es wird, ohne dass es eines Antrags bedarf, neben dem Verfahren über die Rente ein Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe ausgelöst. § 8 SGB IX ist ein wesentlicher Baustein im Konzept des SGB IX zur frühzeitigen Aufdeckung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und Sicherung rechtzeitiger Intervention. Der Träger hat deshalb dem behinderten Menschen von sich aus eine umfassende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe anzubieten und deren Bedeutung mit ihm zu erörtern. Für weitere Verfahrensschritte ist das Einverständnis des behinderten Menschen erforderlich. Der behinderte Mensch ist zu informieren, was das Gesetz vorsieht und bezweckt und welche Vorteile dies für ihn mit sich bringt, damit er entscheiden kann, ob er dem zustimmen will.

Das beschriebene Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe läuft fast identisch ab, wenn statt eines Antrags auf Rente ein Antrag auf eine bestimmte Leistung zur Teilhabe, z.B. eine Maßnahme der stationären Rehabilitation, gestellt wird. Es liegt dann zwar nur ein Antrag auf eine bestimmte Leistung vor; die umfassende Prüfung nach § 8 Abs. 1 SGB IX wird aber daneben von Amt wegen eingeleitet und durchgeführt soweit der behinderte Mensch hierzu sein Einverständnis erklärt.

6.1.2.5 These 5

Das Verfahren zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe löst sich von dem Antrag, der es auslöst, und wird selbständig fortgeführt. Eine Entscheidung über die Erwerbsminderungsrente beendet nicht das Verfahren über Teilhabeleistungen. Zudem ist das Erwerbsminderungsrentenverfahren fortzuführen, auch wenn daneben Leistungen zur Teilhabe beantragt wurden.

Da § 8 Abs. 1 SGB IX eine Verfahrensvorschrift ist, kann dort auch nur die verfahrensmäßige Prüfung der Leistungen zur Teilhabe gemeint sein. Es geht noch nicht um das materielle Verhältnis verschiedener Leistungen, sondern nur um eine eigenständige Verpflichtung, den Bereich der Leistungen zur Teilhabe umfassend zu prüfen (sofern der behinderte Mensch zustimmt). Die neue Aufgabe, „trägerübergreifende Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe“, wächst dem Träger durch den Antrag oder die anderweitige Einleitung eines Verfahrens über Leistungen wegen Behinderungen zu; sie löst sich allerdings in derselben gedanklichen Sekunde von dem Verfahren, das sie ausgelöst hat, und wird selbständig fortgeführt.

Nicht ausgeschlossen wird dadurch, dass beide Verfahren aus Zweckmäßigkeitsgründen teilweise im Verbund betrieben werden, so z.B. bei der Begutachtung.

Ermöglicht wird die Unabhängigkeit der Verfahren dadurch, dass der Grundsatz „Reha vor Rente“ in § 8 Abs. 2 SGB IX keine materielle Bedeutung mehr hat.

Früher war das Verhältnis von Rente und Rehabilitation in der Weise geregelt, dass bis zum Beginn der Rehabilitationsmaßnahme und während ihrer Dauer Übergangsgeld zu zahlen war. Der Rentenanspruch ruhte in dieser Zeit. Nach geltendem Recht gibt es kein Ersatzübergangsgeld bis zum Beginn einer Maßnahme mehr, auch nicht nach Eintritt der Voraussetzungen einer Erwerbsminderungsrente. Rente und Übergangsgeld stehen nebeneinander und werden dem Grunde nach unabhängig voneinander erbracht. Sie werden nur aufeinander angerechnet (§ 52 Abs. Nr. 4 und 5 SGB IX und § 96 a Abs. 3 SGB VI).

Der Grundsatz „Reha vor Rente“ bedeutet nur noch, dass dann, wenn der Rentenfall zu erwarten ist, der Träger verpflichtet ist, Leistungen zur Teilhabe zu erbringen soweit der Rentenfall dadurch vermieden oder verzögert oder behoben werden kann.

Es gibt nicht mehr ein materielles Entweder-Oder, sondern nur noch eine vorrangige Verpflichtung mit allen Möglichkeiten der Leistungen zur Teilhabe dem Entstehen von rentenrelevanter Erwerbsminderung entgegenzuwirken.

§ 8 Abs. 1 SGB IX erfasst drei Fallgruppen:

- Eine Leistung wird beantragt.
- Eine Leistung wird (bereits) erbracht.
- Eine Prüfung wird mit Zustimmung des behinderten Menschen von Amts wegen eingeleitet.

Der letzte Fall ist nicht ausdrücklich erwähnt, gehört aber sinngemäß dazu.

Beispiel Rentenantrag: der Antrag löst neben dem eigentlichen Rentenverfahren die Pflicht zur Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe aus. Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe wird indes auch dann weitergeführt, wenn sich der Rentenantrag aus versicherungsrechtlichen Gründen oder durch Rücknahme alsbald erledigt.

Auch wenn sich aus dem Erwerbsminderungsrentenverfahren ein Verfahren auf Erbringung von Leistungen zur Teilhabe entwickelt, ist das Erwerbsminderungsrentenverfahren fortzuführen und nicht die Entscheidung bis zur Beendigung des Verfahrens auf Erbringung von Leistungen zur Teilhabe ruhen zu lassen bzw. dem Versicherten die Rücknahme seines Erwerbsminderungsrentenantrages zu empfehlen – wie es vielfach auch heute noch praktiziert wird. Die Rentenleistung ist vielmehr – soweit ein Anspruch besteht – entsprechend zeitlich zu begrenzen, so dass eine erneute Überprüfung des Erwerbsminderungsrentenanspruchs nach Erbringung der Leistungen zur Teilhabe stattfindet (s. auch § 102 Abs. 2 a SGB VI).

Beispiel Anschlussheilbehandlung: die erforderliche schnelle Einleitung der Anschlussheilbehandlung ändert nichts an der Pflicht zur umfassenden trägerübergreifenden Erfassung des Rehabilitationsbedarfs und der Einleitung der notwendigen Maßnahmen; sie sind nunmehr lediglich mit der Anschlussheilbehandlung so zu vernetzen, dass Verzögerungen und zusätzliche Begutachtungen tunlichst vermieden werden.

6.1.2.6 These 6

Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe umfasst alle in § 5 SGB IX aufgeführten Bereiche und erfolgt trägerübergreifend. Es muss sichergestellt werden, dass unabhängig von Zuständigkeiten bei jedem behinderten Menschen gleichermaßen eine umfassende Leistungsbeurteilung stattfindet .

Der Kontakt mit Behinderung erfordert eine umfassende Prüfung der Situation des Betroffenen. Das wird noch einmal sehr deutlich in § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX, wo von den Sachverständigen eine umfassende Begutachtung verlangt wird und § 8 Abs. 3 SGB IX, der die Vermeidung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit einschließt. Auch § 10 SGB IX (Koordinierung verschiedener Leistungen unterschiedlicher Träger durch den zunächst leistenden Träger) spricht für eine solche Auslegung.

Die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe hat deshalb trägerübergreifend zu erfolgen. Durch diese Regelung wird verhindert, dass Leistungen zur Teilhabe deshalb nicht erbracht werden, weil sich der zunächst angegangene Träger nur um die Bedarfsbestimmung kümmert, die sich aus seinem Leistungskatalog ergibt.

Die Prüfung muss alle in § 5 SGB IX angesprochenen Bereiche umfassen, auch wenn das Verfahren primär nur eine dieser Gruppen, z.B. medizinische Rehabilitationsleistungen,

betrifft. Die Bereiche der Leistungen zur Teilhabe, die jeweils zu prüfen sind, sind gemäß § 5 SGB IX

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

§ 11 SGB IX, der die gleichzeitige Prüfung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben regelt, stellt keine Einschränkung des § 8 Abs.1 SGB IX dar, sondern stellt nur einen besonders häufigen und wichtigen Fall gesondert heraus und regelt ihn.

Dieser Umfang der Prüfungspflicht ist neu. Während sich nach früherem Recht die Sachbearbeitung noch stärker auf die eigenen Aufgaben des Trägers konzentrieren konnte und die Begutachtung durch § 96 SGB X ebenfalls auf diesen Bereich beschränkt schien, werden nunmehr diese Grenzen klar durchbrochen und die übergreifende Prüfung zur eigenen Aufgabe jedes Trägers gemacht – auch i. S. v. § 96 SGB X. § 96 SGB X steht deshalb dem Auftrag des § 8 Abs. 1 SGB IX nicht entgegen.

Das gilt – um dies noch mal zu wiederholen – auch für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, die der Sozialhilfeträger zu erbringen hat. Deshalb kann diese Prüfung nicht unterbleiben, wenn, z.B. in Rentenverfahren, deutlich wird, dass eine Rückkehr in das Arbeitsleben nicht zu erreichen ist.

Diese umfassende Aufgabe kann nur im Dialog mit dem behinderten Menschen bewältigt werden. Er ist darüber zu informieren was Aufgabe des Trägers ist, welche Schritte in Betracht kommen und welche Alternativen sich ergeben könnten. Es ist an dieser Stelle sehr wichtig, dem behinderten Menschen bewusst zu machen, dass ihm nichts aufgezwungen wird, sondern ihm Angebote gemacht werden, die Verbesserung seiner Lebenssituation zu steuern.

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist wichtig, vor der Begutachtung die konkreten Schwierigkeiten zu ermitteln, die sich im bisherigen Arbeitsleben, insbesondere im Rahmen der letzten Beschäftigung ergeben haben. Hierzu bedarf es – die Zustimmung des Betroffenen vorausgesetzt – einer Fühlungnahme mit dem Arbeitgeber und dem Betriebsarzt.

Daneben muss aber auch ein Anforderungsprofil der Beschäftigung vorliegen, die das Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sein könnte, damit der Gutachter hierauf seine Begutachtung ausrichten und feststellen kann, inwieweit das Leistungsprofil des behinderten Menschen dieser Aufgabe entspricht. Hier kommt es sehr auf die Mitwirkung des behinderten Menschen an. Er muss seine Erfahrungen auf dem letzten Arbeitsplatz einbringen und in einen Dialog mit Arbeitgeber und Betriebsarzt einbezogen werden.

Die Leistungsgruppe „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ wird oft nicht mit in die Prüfung einbezogen. Wegen der Verpflichtung zur trägerübergreifenden Prüfung darf dieser Bereich aber nicht ausgespart werden, selbst wenn er in vielen Fällen nicht problematisch ist. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben decken zwar viele Probleme ab, die sich zugleich bei der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft stellen. Dies gilt aber z.B. meist nicht für die Probleme im Wohnbereich (§ 55 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX) oder zusätzliche Hilfsmittel (§ 55 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX).

Durch die Einbeziehung des Sozialhilfeträgers in die Reihe der Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX wird ein Auffangbecken geschaffen, welches allen Antragstellern eine Lösung ihres Teilhabeproblems ermöglicht. Es soll hierdurch verhindert werden, dass ein behinderter Mensch durch das Netz der sozialen Sicherung fällt. Für den Antragsteller, der es sich finanziell erlauben kann und für dessen Leistungen zur Teilhabe kein Sozialversicherungsträger leistungspflichtig ist, ist es ebenfalls erforderlich, den Bedarf an

Leistungen zur Teilhabe zu beschreiben. Auch dieser Versicherte soll wissen, durch welche Maßnahmen er an dem Leben in der Gesellschaft wieder teilnehmen kann.

6.1.2.7 These 7

Zu den Zielen der Leistungen zur Teilhabe gehört auch Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 4 Abs. 2 SGB IX).

Die Träger haben ebenso in allen Verfahren, die Behinderungen betreffen, zu prüfen, ob durch Leistungen zur Teilhabe Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder ihre Verschlimmerung verhütet werden kann (ausführlich dazu § 8 Abs. 3 SGB IX; § 5 Abs. 2 SGB XI; § 18 Abs. 1 Satz 3 SGB XI; Welti PKR 2003, 813). Diese in § 8 Abs. 3 SGB IX niedergelegte Verpflichtung ist keine Sonderbestimmung, sondern die logische Folge aus der Verpflichtung, dem behinderten Menschen eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben zu ermöglichen; denn Pflegebedürftigkeit ist eine besonders schwere Form der Behinderung, eine besonders tiefgreifende Einschränkung des selbstbestimmten Lebens. Diese Verpflichtung trifft alle in § 6 SGB IX aufgeführten Reha-Träger und alle in § 5 SGB IX aufgeführten Leistungsgruppen, wobei allerdings die medizinische Rehabilitation im Vordergrund steht (§ 26 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX).

Die Pflegekassen sind nur für die Pflege selbst zuständig, nicht aber für Leistungen zur Teilhabe. Dennoch haben aber auch sie den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu prüfen, Rehabilitationsleistungen bei den Trägern anzuregen und den behinderten Menschen bei der Durchsetzung seiner Ansprüche zu unterstützen (§ 5 Abs. 1 SGB XI).

Verfahrensmäßig kommen zwei Wege in Betracht: entweder wird der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe schon im Gutachten des MDK zur Pflegebedürftigkeit (oder in anderem Zusammenhang) festgestellt. In diesem Fall ist der zuständige Träger an diese Feststellungen gebunden (§ 18 Abs. 1 Satz 3, 2. Halbsatz SGB IX). Oder die Feststellung erfolgt im Rahmen eines Verfahrens, das durch einen Rentenantrag, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe oder durch sonstige eine Behinderung betreffende Verfahren ausgelöst wird (§ 1 Abs. 1 und 3 SGB IX). Sofern der das Verfahren betreibende Träger für die notwendigen Leistungen zur Teilhabe nicht zuständig ist, ist der Vorgang nach Erörterung mit dem behinderten Menschen an den zuständigen Träger weiterzuleiten, unter Umständen bereits verbunden mit einem bestimmten Antrag.

6.1.2.8 These 8

Das Erfordernis präventiver Maßnahmen und Verhaltensweisen ist neben Leistungen zur Teilhabe stets ebenfalls zu prüfen, unabhängig von der konkreten Verpflichtung des Rentenversicherungsträgers.

Zugleich mit den Leistungen zur Teilhabe sind notwendige Maßnahmen zur Prävention zu prüfen, denn gemäß §§ 3 und 12 Abs. 1 Nr. 5 SGB IX haben die Träger auch diesen Bedarf abzudecken²⁵⁶. Diese Pflicht trifft auch die Träger, die für die Prävention nicht zuständig sind.

²⁵⁶ Unter Prävention wird hier der in § 3 SGB IX beschriebenen Aufgabenkreis verstanden. Leistungen zur Teilhabe haben zwar unter Umständen auch präventiven Charakter, denn sie werden auch an von Behinderung bedrohte Personen gewährt. Der Unterschied liegt aber darin, dass § 4 SGB IX i.V.m. den Leistungsgesetzen Ansprüche des behinderten Menschen gegenüber dem Träger beschreibt, während § 3 SGB IX zusätzliche Verpflichtungen der Träger anspricht. Somit ergänzen Leistungen nach § 3 SGB IX die Prävention durch Leistungen zur Teilhabe, wo diese nicht in Betracht kommen oder nicht ausreichen.

Obwohl mithin Leistungen zur Teilhabe auch Prävention beinhalten, ist es um der begrifflichen Klarheit willen sinnvoll der gesetzlichen Differenzierung in den §§ 3 und 4 SGB IX zu folgen und von

Anders kann die Pflicht, auf Vermeidung von Beeinträchtigungen hinzuwirken, nicht verstanden werden.

Die Prüfung von Leistungen zur Prävention drängt sich besonders auf, wenn Leistungen zur Teilhabe (noch) nicht in Betracht kommen. Hier ist mit dem Betroffenen ein Konzept zu erarbeiten und umzusetzen. Insbesondere kommen auch Hilfen bei der Umsetzung am Arbeitsplatz in Betracht.

Die Pflicht zur trägerübergreifenden Prüfung von Leistungen zur Teilhabe und auch zur Prävention ist nicht begrenzt nach der Art der Vorgänge, die an Behinderungen anknüpfen. Dies gilt für jeden Träger des § 6 SGB IX.

Empfehlungen zur Prävention, die in § 13 Abs. 2 SGB IX vorgesehen sind, sind noch nicht beschlossen worden. Das entbindet die Träger aber nicht von der Pflicht, schon von sich aus ein Konzept zu erarbeiten, wie sie daran mitwirken können den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe möglichst gar nicht erst entstehen zu lassen. Hierzu könnten insbesondere auch allgemeine und den Einzelfall betreffende Kontakte mit den Arbeitgebern über Gestaltung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements erforderlich sein.

6.1.2.9 These 9

Gutachtensaufträge müssen den Vorrang des Verfahrens über Leistungen zur Teilhabe herausstellen sowie die Verpflichtung zur umfassenden und trägerübergreifenden Begutachtung.

Der Auftrag der §§ 8 Abs. 1 und 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX fordert eine Änderung der Gestaltung von Gutachtensaufträgen.

Es ist als erstes die Vorrangigkeit der Prüfung von Leistungen zur Teilhabe und präventiver Maßnahmen herauszustellen (§ 8 Abs. 1 SGB IX).

Als zweites muss deutlich gemacht werden, dass die Prüfung trägerübergreifend zu erfolgen hat (§§ 8 Abs. 1 und 10 SGB IX).

Es ist eine umfassende Beschreibung der Leistungsfähigkeit nach den Vorgaben der ICF herbeizuführen (§ 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX).

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, muss der Gutachtensauftrag – auch in Verfahren über Erwerbsminderungsrenten – als Auftrag zu einem „Reha-Gutachten“ gefasst werden. Erst die zweite Frage darf die nach dem Umfang der (verminderten) Leistungsfähigkeit nach den Maßstäben des Erwerbsminderungsrentenrechts sein. Dies kommt auch der Brauchbarkeit des Gutachtens für das Rentenverfahren zugute²⁵⁷. Hierdurch wird der Blick stärker auf das erforderliche positive Leistungsprofil gelenkt und die Beurteilung auf konkretere Ausgangswerte gestützt.

In den Thesen des Ad-hoc-Ausschusses des VdK²⁵⁸ heißt es:

„Die Gutachter sollten entsprechend dem Grundsatz Rehabilitation vor Rente

- stets in erster Linie rehabilitativ denken
- (nach den Diagnosen) zunächst rehabilitative Vorschläge und Beurteilungen darstellen und
- erst zuletzt zur aktuellen Leistungsfähigkeit kommen“.

Leistungen zur Prävention nur bei Leistungen nach § 3 SGB IX zu reden und im Rahmen von § 4 SGB IX von Leistungen zur Teilhabe.

²⁵⁷ Gagel, A., Schian, H.-M. (2002). „Die Dominanz der Rehabilitation bei Bearbeitung und Begutachtung in Rentenverfahren – zugleich ein Ansatz zur besseren Bewältigung der Anforderungen des § 43 SGB VI“ in *Die Sozialgerichtsbarkeit* 2002, Seite 529 ff.

²⁵⁸ Die Rehabilitation 2000,242, Teil 1 Nr. 5.

„Die sozialmedizinischen Gutachten sollten inhaltlich so gestaltet sein, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen durch andere Sozialleistungsträger verwendet werden können.“

„Die sozialmedizinischen Gutachten sollten neben einer berufs- und arbeitsplatzbezogenen Anamnese u.a. Aussagen darüber enthalten, welche Belastbarkeiten und welche Leistungs- und Funktionseinschränkungen vorliegen....“.

„Dazu zählt auch eine Aussage, inwieweit die zuletzt ausgeübte Beschäftigung bzw. berufliche Tätigkeit nach einer Rehabilitationsleistung voraussichtlich wieder voll oder zu einem wesentlichen Teil aufgenommen werden kann.“

Nach § 14 Abs. 5 Satz 5 SGB IX muss das Gutachten umfassend sein. Das bedeutet nicht, dass der Gutachter alle Klärungen selbst vornehmen muss; er kann auch Nebengutachter (z.B. zur Durchführung spezieller Assessmentverfahren zur Testung der Leistungsfähigkeit) beiziehen, soweit er selbst nicht über ausreichende Fachkunde verfügt.

Soweit das Gutachten den vorgenannten Anforderungen – aus welchen Gründen auch immer (z.B. weil der behinderte Mensch eine Begutachtung in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe nicht möchte) – nicht entspricht, müssen die Lücken deutlich gemacht werden und die Gründe hierfür angegeben werden. Hierdurch wird zumindest eine Transparenz geschaffen, die es allen beteiligten Akteuren ermöglicht, erforderlichenfalls eine Ergänzung einzufordern.

6.1.2.10 These 10

Der behinderte Mensch ist in jeder Phase der Begutachtung zu beteiligen; ihm sind Alternativen aufzuzeigen.

Ein wichtiger Punkt ist die Sachverständigenwahl. § 14 Abs. 5 Satz 3 SGB IX verpflichtet die Träger, immer dann, wenn (auch) Leistungen zur Teilhabe zu prüfen sind, dem behinderten Menschen drei Sachverständige zur Auswahl zu nennen. Die Träger sind indes dadurch nicht gehindert, Stellungnahmen nach Aktenlage von ihrem ärztlichen Dienst oder Dritten einzuholen. Aufforderungen zu einer Begutachtung, bei der ohne ausreichende Begründung das Wahlrecht nicht gewährleistet wird, braucht der Betroffene nicht zu folgen.

Gutachten, die ohne vorherige Auswahlmöglichkeit erstellt wurden, sind im Gerichtsverfahren nur mit Zustimmung des Betroffenen verwertbar.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die eingehende Erörterung und Abstimmung aller Maßnahmen mit dem behinderten Menschen. Dies ist nicht nur eine Voraussetzung des Rehabilitationserfolges, sondern durch die Achtung der Persönlichkeit des behinderten Menschen geboten. Der Umgang mit dem behinderten Menschen muss immer ein Dialog sein.

6.1.2.11 These 11

Sofern der mit einem Verfahren befasste Träger für einen Teil der erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nicht zuständig ist, trifft ihn die Pflicht zur Einschaltung der anderen Träger und Koordinierung der Leistungen.

Das SGB IX kennt nicht mehr den Begriff des Gesamtplans (früher § 5 Abs. 3 RehaAnglG). Er befindet sich nur noch in § 46 BSHG. Das hat zur Folge, dass bei Beteiligung des Sozialhilfeträgers immer noch ein solcher Plan zu erstellen ist.

Im Übrigen trifft nunmehr den nach § 14 SGB IX zunächst leistungspflichtigen Reha-Träger die Verantwortung für eine Koordinierung der notwendigen Leistungen (§§ 10 und 11 SGB IX). Dabei kommt es vor Allem auf ein zügiges Ineinandergreifen der Leistungen an. Es muss also letztlich auch ein Plan erstellt werden, welche Leistungen erforderlich sind und wie

sie so verzahnt werden können, dass sie in kürzestmöglicher Frist zum gewünschten Erfolg führen.

Nach umfassender Abklärung des Bedarfs ist zunächst mit dem behinderten Menschen abzustimmen, welche Ziele verfolgt werden sollen und wie zu verfahren ist. Insbesondere ist zu klären, ob Anträge bei den anderen zuständigen Trägern gestellt werden sollen, oder ob zunächst nur die Ergebnisse der Begutachtung übersandt werden sollen, um einen Dialog mit diesem Träger einzuleiten. Dieser ist dann jedenfalls verpflichtet, von Amts wegen auf den behinderten Menschen zuzugehen und ihm Angebote zu machen. Der zunächst zuständige Träger, bei dem der erste Antrag gestellt wurde, trägt trotzdem aber nach § 10 Abs. 1 SGB IX die Verantwortung für die Koordinierung und das schließt ein Einwirken auf den anderen Träger ein, die Leistungen zu erbringen, die zur Zielerreichung erforderlich sind.

6.1.2.12 These 12

Der zuständige Träger muss unter Einbindung anderer Träger (insbes. Agenturen für Arbeit) und der Akteure (insbes. Ärzte, Kliniken, Berufshelfer) eine kontinuierliche Steuerung des Prozesses mit Rückmeldungen sicherstellen, die Verzahnung und Konzentration garantiert.

Die Erbringung sachgerechter und umfassender Leistungen zur Teilhabe ist ein vielschichtiger Prozess. Er setzt sich u.U. zusammen aus verschiedenen ineinandergreifenden medizinischen Maßnahmen, verschiedenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und den in §§ 55 ff. SGB IX genannten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Bedacht werden muss zugleich, welche Maßnahmen zur Prävention einzuleiten sind. Das Ziel ist

- den Bedarf in vollem Umfang zu erkennen
- die Erbringung zu koordinieren und
- zeitlich optimal zu verzahnen.

Leider ist der Bereich der Fallsteuerung ein Feld, das von Unübersichtlichkeit und Lücken geprägt ist. Es gibt vielfältige Versuche – vor Allem in und mit Großunternehmen, Kliniken und Fachverbänden aber auch bei Trägern –, wobei jedoch selbst Fachleute keinen Überblick haben. Große Unsicherheit besteht im Bereich von Klein- und Mittelbetrieben sowie bei Antragstellern ohne Betriebsbindung.

Das Gesetz gibt in den §§ 10 und 11 SGB IX die Auskunft, dass der zuständige Leistungsträger für die Steuerung des Ablaufs trägerübergreifend verantwortlich ist. Damit wird aber nur ein Rahmen geschaffen, der ausgefüllt werden muss und zwar durch Einbindung aller Akteure insbesondere auch des behinderten Menschen selbst; denn der Sachbearbeiter kann weder fachlich noch von seinen Arbeitskapazitäten her diese Aufgabe in vollem Umfang bewältigen. Die Träger müssen deshalb vor Allem den für Teilhabeleistungen zuständigen Bearbeitern Arbeitsleitlinien an die Hand geben, wie Dritte einzubinden sind und erforderlichenfalls dafür auch Mittel vorsehen. Der Sachbearbeiter muss sich Gedanken machen, wie und durch wen in der jeweiligen Lage des Verfahrens die Steuerung erfolgen muss und soll und wie dabei der behinderte Mensch einzubinden ist.

Dies kann in Fällen medizinischer Rehabilitation die Klinik sein, wenn sie den Auftrag erhält, für eine nahtlose Verzahnung verschiedener medizinischer Maßnahmen zu sorgen. Kliniken können auch die Verzahnung mit beruflicher Rehabilitation vorantreiben, den Rehabilitanden beraten, ihn befragen und Kontakte mit Arbeitgebern, Betriebsärzten und Hausärzten aufnehmen oder anregen. Dafür gibt es schon zahlreiche bewährte Konzepte.

Das im Rahmen der Bearbeitung Entscheidende ist, dass der Bearbeiter dies erkennt und die Klinik in der gebotenen Weise einschaltet, wo dies möglich ist. Die Träger müssen dazu in ihren Kliniken solche Abläufe sicherstellen und bei Belegung anderer Häuser entsprechende Verträge schließen.

Auch die Einschaltung der Bundesagentur für Arbeit (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB IX), von Integrationsfachdiensten (§ 109 Abs. 4 SGB IX), Berufshelfern und Sozialarbeitern gehört in ein Steuerungskonzept.

Die Rolle des Sachbearbeiters ist es, in jeder Phase für

- zeitliche Straffung
- Rückmeldung und Dokumentation
- flexible Einschaltung der Akteure und Verlagerung der Steuerungsaufgaben

zu sorgen. Dazu gehört – wie oben schon dargelegt – bereits eine intensive Vorbereitung des Verfahrens und der Begutachtung.

In den Fällen des § 10 SGB IX ist das Verfahren mit den beteiligten Trägern abzustimmen.

Auch die Gemeinsamen Servicestellen können die Aufgabe der Koordination übernehmen. Ihre trägerübergreifende Ausrichtung und Anbindung bieten die besten Voraussetzungen für das Zustandekommen einer funktionierenden Koordination und Kooperation (s. dazu § 22 Abs.1 Satz 2 Nr. 8 SGB IX).

Die Gemeinsamen Servicestellen müssen sich in dieser Weise einschalten, wenn der Versicherte sich in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe an sie wendet. Es ist also den Versicherten zu empfehlen, von sich aus verstärkt zur Bewältigung von Problemen auch im laufenden Verfahren auf die Gemeinsame Servicestelle zuzugehen. Dies setzt jedoch von Seiten der Reha-Träger zunächst eine entsprechende Aufklärung (§ 13 SGB I) und Öffentlichkeitsarbeit über das neue Angebot voraus.

6.1.2.13 These 13

Auch während des Leistungsbezuges muss eine Überprüfung erfolgen, ob Leistungen zur Teilhabe die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen, verbessern oder Verschlechterungen verhindern könnten, soweit dies nach Lage des Falles nicht fernliegend ist.

Der Steuerungsauftrag reißt auch während eines Leistungsbezuges nicht ab. § 8 Abs. 2 Satz 2 SGB IX bringt den Vorrang der Leistungen zur Teilhabe auch während eines Rentenbezuges zum Ausdruck. Daraus folgt die Pflicht, die Möglichkeiten, durch Leistungen zur Teilhabe auf den Zustand des Antragstellers Einfluss zu nehmen, laufend zu überwachen. Richtigerweise gilt das aber nicht nur bei Renten, sondern z.B. auch während des Krankengeldbezuges (§ 51 SGB V) oder des Bezuges von Arbeitslosengeld. – Zur Zeit werden bei Leistungsbezug (Krankengeld, Arbeitslosengeld etc.) die Antragsteller oft zu lange in dem Status belassen, in dem sie sich befinden, statt auf die Wiederherstellung verlorener Erwerbsmöglichkeiten Einfluss zu nehmen.

6.1.3 Akteure und Aufgaben

In diesem Kapitel sollen die verschiedenen Akteure und ihre Aufgaben vorgestellt und so insbesondere auch die Anforderungen an die Mitarbeiter der Rentenversicherungsträger beschrieben werden²⁵⁹.

6.1.3.1 Versicherter

Die Rechte des behinderten Versicherten haben sich mit Einführung des SGB IX deutlich verbessert. Nutzen kann der Versicherte diese Rechte jedoch nur, wenn er hierüber auch zu Beginn des Verfahrens informiert wird.

6.1.3.1.1 Rechte des Versicherten

Selbstbestimmung (§§ 1,9 SGB IX, Art 2 GG; dazu oben Thesen 1 und 9)

Durch das SGB IX ist dem behinderten Menschen ein Recht auf Selbststeuerung des Verfahrens zur Erbringung von Leistungen zur Teilhabe zugesprochen worden. Dieses Recht bezieht sich auf das Verfahren und auf die Leistung selbst (siehe Begründung zu These 1). Leistungen, Dienste und Einrichtungen sollen den behinderten Menschen möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen.

Besonders hervorzuheben ist, dass diese Rechte auch dort gelten, wo das SGB sog. „Mitwirkungspflichten“ vorsieht (§§ 60 ff. SGB I). Es handelt sich dabei nicht um echte Pflichten, sondern um Obliegenheiten bei deren Verletzung gewisse Folgen hingenommen werden müssen; bei Festlegung dieser Folgen hat der Träger aber Ermessen walten zu lassen (§§ 66 und 67 SGB I). Z.B. ist zu prüfen, ob nicht andere Möglichkeiten gegeben sind und ausreichen.

Dazu gehört:

- Selbstbestimmung über die Antragstellung
- Selbstbestimmung über den Verfahrensumfang
- Selbstbestimmung über Ermittlungen bei Dritten
- Selbstbestimmung über die Auswahl des Gutachters
- Selbstbestimmung über den Umfang der Begutachtung
- Selbstbestimmung über die Art der Leistung
- Selbstbestimmung über den Ort der Leistungserbringung
- Selbstbestimmung bei der Durchführung der Leistungen
- Selbstbestimmung bei Leistungen zur Prävention

Beratung, Unterstützung und Förderung bei der Entwicklung eines persönlichen Konzepts zur Überwindung von Schwierigkeiten

Der Versicherte hat einen Anspruch auf Beratung Unterstützung und Förderung bei der Entwicklung eines persönlichen Konzepts zur Überwindung von Schwierigkeiten. Um diesen

²⁵⁹ Nähere Informationen zum Thema Erwerbsminderung in „Erwerbsminderung – Bedeutung und Vermeidung“.

Anspruch durchsetzen zu können, müssen ihm die Wege geebnet werden. Hierfür ist es wichtig, dass nachfolgende Aspekte berücksichtigt werden:

- barrierefreier Zugang
- Information und allgemeine Beratung
- Information über Beratungs- und Unterstützungspflichten Dritter
- Antragsberatung
- Leistungserbringung von Amts wegen nach sachgerechtem Ermessen
- Offenlegung der anstehenden Verfahrensschritte
- Akteneinsichtsrecht

Im Weiteren bestehen nachfolgende Ansprüche des Versicherten:

- Anspruch auf zügige Verfahrensbearbeitung
- Anspruch auf Wahrung des Datenschutzes
- Anspruch auf Einleitung eines Verfahrens zur umfassenden Klärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe neben dem Verfahren über die beantragten Leistungen
- Anspruch auf Benachrichtigung von den Ermittlungsergebnissen und deren Erörterung
- Anspruch auf Erörterung der Bedeutung des Ermittlungsergebnisses und Beratung über den weiteren Weg
- Anspruch auf Beratung über mögliche und zweckmäßige Möglichkeiten und Leistungen zur Prävention
- Anspruch auf zügiges Weiterbetreiben des Verfahrens nach Maßgabe der Ermittlungsergebnisse und deren Erörterung mit dem behinderten Menschen
- Anspruch auf Einschaltung anderer Träger soweit die eigene Zuständigkeit nicht gegeben ist
- Anspruch auf Koordinierung oder Vernetzung verschiedener Leistungen zur Teilhabe
- Anspruch auf zeitgemäße Leistungserbringung
- Anspruch auf wunschgerechte Leistungserbringung
- Anspruch auf Selbstbeschaffung der Leistung

6.1.3.1.2 Obliegenheiten (sog. „Mitwirkungspflichten“)²⁶⁰ des Versicherten

Vorbemerkung

Die Obliegenheiten eines Antragstellers auf Sozialleistungen sind generell in den §§ 60 ff. SGB I geregelt; sie werden ergänzt durch Obliegenheiten nach Vorschriften der einzelnen Leistungsgesetze. Sie sind stets abzuwägen mit dem durch das SGB IX gestärkten Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen.

Die Folgen unterlassener Mitwirkung, die sich aus den §§ 66 und 67 SGB I ergeben, gelten nur bei Verletzung der in den §§ 60 ff. SGB I aufgeführten Obliegenheiten²⁶¹.

²⁶⁰ Zum Unterschied zwischen Pflichten und Obliegenheiten: die Erfüllung von Pflichten kann gerichtlich erzwungen werden, während die Verletzung von Obliegenheiten lediglich die Rechtsposition verschlechtert (z.B. des Versicherten im Rahmen eines EM-Verfahrens).

Spezielle Mitwirkungsanforderungen der einzelnen Leistungsgesetze, die sich nicht mit Anforderungen der §§ 60 ff. SGB I decken, unterliegen nur Sanktionen, wenn die Leistungsgesetze dies besonders vorsehen.

Neben den gesetzlich geregelten Mitwirkungsobliegenheiten gibt es Anforderungen, denen der Betroffene im eigenen Interesse gerecht werden sollte, die aber nicht mit Sanktionen ausgestattet sind. Dies gilt z.B. für die Beschleunigung des Verfahrens durch sorgfältige Ausfüllung des Antrags oder zügige Beantwortung von Anfragen des Trägers.

Das besondere an den Sanktionen nach § 66 SGB I liegt darin, dass sie im Ermessen des jeweiligen Trägers liegen. Der Träger kann also berücksichtigen, dass es z.B. noch andere Möglichkeiten gibt, eine erforderliche Tatsache zu ermitteln, oder auch, dass die Obliegenheitsverletzung möglicherweise von der Behinderung beeinflusst ist. Das Gleiche gilt für die Aufhebung der Sanktion nach § 67 SGB I.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Mitwirkungsobliegenheiten immer nur in den Grenzen von § 65 SGB I bestehen: Unverhältnismäßigkeit, Unzumutbarkeit, leichtere Machbarkeit für den Träger. Zudem führt das gestärkte Selbstbestimmungsrecht des behinderten Menschen zu einer anderen Abwägung bei der Bestimmung der Obliegenheiten. Mitwirkungspflichten entfallen auch bei Rechtswidrigkeit der Aufforderung zur Mitwirkung.

Bei den Obliegenheiten des Versicherten sind nachfolgende Punkte hervorzuheben:

- Kontaktaufnahme mit dem Träger oder der Gemeinsamen Servicestelle
- Formulierung der Bedarfslage und/oder des Anliegens
- Ausfüllung der Vordrucke des Trägers
- Angabe der Tatsachen, die für die Leistung erheblich sind
- Bezeichnung von Beweismitteln
- Vorlage von Beweisurkunden
- Zustimmung zur Vorlage von Beweisurkunden durch Dritte
- Zustimmung zur Einholung von Auskünften bei Dritten
- Persönliches Erscheinen zur mündlichen Erörterung des Antrags
- Persönliches Erscheinen zur Vornahme von Maßnahmen, die für die Entscheidung über die Leistung notwendig sind
- Bereitschaft zu ärztlichen und psychologischen Untersuchungen und Begutachtungen
- Aktive Mitwirkung an Begutachtungen und Erprobungen
- Zügige Mitteilung der Gründe bei Verhinderungen, Verzögerungen und Weigerungen
- Obliegenheiten zur Vermeidung, Minderung oder Beseitigung der Einschränkungen
- Bereitschaft zum Durchlaufen einer Erfolg versprechenden Heilbehandlung
- Stellung eines Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nach Aufforderung durch die Krankenkasse nach § 51 SGB V bzw. durch das Arbeitsamt nach § 125 SGB III
- Teilnahme an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Bereitschaft zur Durchführung präventiver Maßnahmen

²⁶¹ BSG 22.10.1987 – 12 RK 49/86 – SozR 1300 § 21 Nr. 3 S. 9; BSG 18.05.1983 – 12 RK 67/82 – SozR 5070 § 10 Nr. 23; BSG 20.03.1980 – 7 Rar 21/79 – SozR 4100 § 132 Nr. 1 S. 6; Kassler Kommentar-Seewald § 66 SGB I Rz. 5.

6.1.3.2 Pflichten und Obliegenheiten²⁶² der Arbeitgeber

Die Arbeitgeber spielen eine sehr bedeutsame Rolle bei der Früherkennung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und auch bei Erbringung dieser Leistungen. Im Rentenverfahren sind sie als Quelle von Auskünften über bisherige Belastungen und aufgetretene Schwierigkeiten wichtig.

Es bestehen insbesondere folgende Pflichten und Obliegenheiten:

- Pflicht zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, § 21 Abs. 1 SGB VII, § 3 Abs. 1 Nr. 3 lit. C ASiG
- Pflicht zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX bei langandauernder Arbeitsunfähigkeit
- Pflicht zur Einschaltung der Interessenvertretung (§ 93 SGB IX) und des Integrationsamtes, z.B. nach § 84 Abs. 1 SGB IX bei sonstigen Konflikten
- Obliegenheit zur Umsetzung von Arbeitnehmern, die aus gesundheitlichen Gründen ohne arbeitsvertraglichen Verpflichtungen nicht mehr (voll) erfüllen können, auf einen anderen freien(!) Arbeitsplatz
- Pflicht zur Umsetzung von schwerbehinderten Menschen auf einen anderen Arbeitsplatz, § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX²⁶³
- Pflicht zur Schaffung eines Teilzeitarbeitsplatzes im Rahmen von § 8 TzBfG und § 81 Abs. 4-5 SGB IX
- Obliegenheit zur Nutzung der Stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V, § 28 SGB IX)
- Obliegenheit zur Nutzung von sonstigen Angeboten der Träger zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, gegenüber Schwerbehinderten ist dies eine Pflicht, § 81 Abs. 4 SGB IX
- Pflicht zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes schwerbehinderter Arbeitnehmer und sonstiger Hilfen unter Nutzung der Trägerangebote, § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB IX

6.1.3.3 Pflichten der Interessenvertretung i.S.v. § 93 SGB IX

- Unterstützung von Wünschen und Beanstandungen der Arbeitnehmer (§§ 82 ff. BetrVG)
- Überwachung der Pflichten des Arbeitgebers, § 80 Abs. 1 Nr. 1 BetrVG
- Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle
- Beteiligung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement, § 84 Abs. 2 SGB IX, zur Not dessen Durchsetzung, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX
- Förderung der Eingliederung von behinderten Menschen, § 80 Abs. 1 Nr. 4 BetrVG

6.1.3.4 Pflichten der Schwerbehindertenvertretung

Die Schwerbehindertenvertretungen haben eine ganze Reihe von Rechten und Pflichten, vgl. nur §§ 95, 84 SGB IX. Insbesondere sind zu nennen:

²⁶² Die Erfüllung von Pflichten kann gerichtlich erzwungen werden, während die Verletzung von Obliegenheiten lediglich die Rechtsposition verschlechtert (z.B. des Arbeitgebers im Rahmen eines Kündigungsschutzverfahrens).

²⁶³ Vgl. BAG, Urteil v. 03.12.2002, Az.: 9 AZR 481/01.

- Pflicht zur Überwachung des Arbeitgebers, §§ 84 Abs. 2 Satz 7, 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 a.E. SGB IX, §§ 81 und 84 SGB IX
- Beantragung von Leistungen, § 95 Abs. 2 Satz 2 SGB IX
- Beteiligung am Betrieblichen Eingliederungsmanagement, § 84 Abs. 2 SGB IX, zur Not dessen Durchsetzung, § 84 Abs. 2 Satz 6 SGB IX

Daneben hat die Schwerbehindertenvertretung auch darüber zu wachen, dass die sonstigen Gesetze, Verordnungen Tarifverträge, Betriebs- und Dienstvereinbarungen und Verwaltungsanordnungen durchgeführt werden (§ 95 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB IX).

6.1.3.5 Hausarzt und andere behandelnde Ärzte

Beratung

In jedem Fall muss jeder behandelnde Arzt wissen, was eine Gemeinsame Servicestelle ist und in welchen Fällen er seine Patienten dort hinschicken kann, damit dort der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe überprüft bzw. weiteres zur Überprüfung veranlasst wird.

Hinzuweisen ist an dieser Stelle darauf, dass auch kurativ tätige Ärzte verpflichtet sind, ihre Patienten über Leistungen zur Teilhabe aufzuklären²⁶⁴.

Dokumentation

Einen wesentlichen Beitrag könnten die Hausärzte und die anderen behandelnden Ärzte leisten, wenn Sie sich bei der Dokumentation bzw. Berichterstattung an den Vorgaben der ICF orientieren würden.

Hierfür besteht jedoch noch einiges an Schulungsbedarf.

Eine wesentliche Voraussetzung, um die Mithilfe der behandelnden Ärzte erwarten zu können und zu fördern, ist aber, die Klärung der noch offenen Gebührenfragen.

6.1.3.6 Gemeinsame Servicestellen

Die Gemeinsamen Servicestellen werden von den Trägern eingerichtet. Sie sind eine Funktionseinheit der Träger²⁶⁵. Gleichwohl sind sie unabhängig. Sie sollen eine umfassende und unabhängige Beratung des behinderten Menschen ermöglichen. Mithin sind sie in erster Linie Ansprechpartner für die behinderten Menschen, wenngleich sie ebenso den von Behinderung bedrohten Menschen offen stehen.

Diese Rolle bringt es mit sich, dass die Träger einen Teil ihrer Aufgaben in die Gemeinsame Servicestelle verlagern können, insbesondere die Beratungsgespräche (s. Kap. 6.1.3). Dies bietet sich wegen der besonderen Kompetenz dieser Stelle sogar an. Es muss nur sichergestellt werden, dass die Unabhängigkeit der Gemeinsamen Servicestelle dadurch nicht in Frage gestellt wird.

Da letztlich in allen Verfahren, die Behinderungen betreffen, auch der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe zu prüfen ist (§ 8 Abs 1 SGB IX), wird diese Stelle zu einer wichtigen Anlaufstelle bei allen Fragen und Verfahren, in denen es um Behinderungen geht. Dort ist in Kooperation mit den behinderten Menschen der geeignete Weg zu ergründen und die erforderlichen Schritte sind vorzubereiten. Deshalb gewinnt die Gemeinsame Servicestelle

²⁶⁴ Masuch, P. (2003) „Beratungspflicht der Ärzte nach dem SGB IX – eine Lösungsskizze“ in Gagel/Schian Diskussionsforum SGB IX Info Nr. 9 auf www.iqpr.de.

²⁶⁵ Welti, F. (2002) in HK-SGB IX, § 14 Rz. 21.

besondere Bedeutung, gerade auch im Vorfeld der Antragstellung. Deshalb sind auch Ärzte und Betreuungspersonen sowie Arbeitgeber verpflichtet, frühzeitig auf die Einschaltung der Gemeinsamen Servicestelle hinzuwirken. Auch andere Stellen wie Versicherungsämter, Vertrauensleute oder Sozialarbeiter sollen die Gemeinsame Servicestelle einschalten.

Gemeinsame Servicestellen sind weiterhin ein wichtiger Faktor bei der Etablierung eines übergreifenden Case-Managements bei entsprechend komplex gelagerten Fällen. Ihre Aufgaben sind:

- Pflicht zur umfassenden Beratung
- Antragsberatung
- Unterstützung bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs
- Zuständigkeitsklärung
- Unterstützung bei Mitwirkungspflichten
- Vorbereitung der Entscheidung
- Unterstützung während des Verfahrens
- Koordination und Vermittlung zwischen den Beteiligten
- Beteiligung anderer Stellen

Insgesamt bieten die Gemeinsamen Servicestellen also eine geeignete Anlaufstelle für Antragsteller auf Erwerbsminderungsrenten und Leistungen zur Teilhabe. Ihre Aufgaben, insbesondere ihr Case-Management, erstrecken sich über den gesamten Lauf des Verfahrens.

Unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung des behinderten Menschen darf allerdings das Angebot der Gemeinsamen Servicestelle diesem im Allgemeinen nicht aufgezwungen werden, sofern der Träger nicht selbst diese Stelle in sein Verfahren einbezieht. Der Hinweis auf die Gemeinsamen Servicestellen darf nicht den Eindruck erwecken, es werde von dem ursprünglichen Anliegen abgelenkt oder der Betroffene würde hin- und hergeschickt. Hinweise auf die Gemeinsame Servicestelle sollten deshalb mit eingehender Erläuterung der damit verbundenen Vorzüge einhergehen.

6.1.3.7 Verantwortliche Bearbeiter bei den Rentenversicherungsträgern

Zu nennen sind hier der Rentensachbearbeiter, der Reha-Sachbearbeiter, der Jurist, der Arzt des medizinischen Dienstes, der Berater in der Beratungsstelle und der Berater in der Gemeinsamen Servicestelle. Unter diesen Akteuren müssen die Verantwortlichkeiten aufgeteilt und dabei sichergestellt werden, dass von der Beratung bis zur Leistungserbringung eine Steuerung erfolgt, die die umfassende Erfassung der Problematik ebenso wie die Koordinierung von Leistungen ohne Zeitverluste sicherstellt.

Die Organisation der Rentenversicherungsträger und ihrer Kooperation entspricht diesen neuen Anforderungen zurzeit vielfach noch nicht. Sie sind ohne Umorganisation und weitergehende Schulung hinsichtlich der Erweiterung und Anreicherung von Aufgaben der Mitarbeiter im Verwaltungsablauf nicht zu bewältigen.

Es handelt sich bei den nachfolgenden Ausführungen jedoch nur um einen Vorschlag. Wichtig ist uns, dass die nachfolgend beschriebenen Aufgaben erfüllt und Rechte gewährleistet werden, die Verantwortlichkeiten für die Aufgaben klar verteilt werden und die Aufgabenverteilung nach außen transparent gemacht wird.

6.1.3.7.1 Rentensachbearbeiter

Es ist schon darauf hingewiesen worden, dass die Umsetzung des SGB IX die Berufsrollen der Verantwortlichen bei den Trägern verändert. Es fallen durch die Verknüpfung der Anträge auf Erwerbsminderungsrenten und anderer behinderungsbezogener Leistungen nach § 8 Abs. 1 SGB IX umfangreiche Beratungs- und Steuerungsaufgaben an, für die in der bisherige Aufgabenverteilung kein Platz ist. Wie dem Rechnung zu tragen ist, ergibt sich letztlich aus den Organisationsentscheidungen der Träger. Nachfolgend werden die neuen Aufgaben im Zusammenhang mit Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten beispielhaft einem Sachbearbeiter neuen Typs zugewiesen. Sein Aufgabenkreis umfasst die Herausfilterung der Rentenverfahren, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, die Weiterleitung dieser Verfahren an die Reha-Sachbearbeiter sowie die Steuerung und Koordinierung der beiden Verfahren, die häufig parallel laufen.

Im Einzelnen ergeben sich u.a. folgende Aufgaben:

- Information, Beratung und Dialog
- Einholung der erforderlichen Einverständnisse bzw. Zustimmungen
- Sachverhaltsermittlung

6.1.3.7.2 Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung

Da auf Grund von § 8 SGB IX alle Reha-Träger nun verpflichtet sind, bei allen Verfahren auf Sozialleistungen die unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden, zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, hat sich der Reha-Sachbearbeiter der Rentenversicherung nun auch bei laufenden Erwerbsminderungsrentenfällen mit der Frage des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe auseinander zu setzen. Soweit solche Leistungen in Betracht kommen, spricht der Rentensachbearbeiter den Versicherten an und erfragt sein Einverständnis mit der Einleitung eines Verfahrens auf Überprüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe. Liegt dieses Einverständnis vor, so informiert er den Reha-Sachbearbeiter, der alles Weitere zu veranlassen hat.

Die Schwierigkeit und der Unterschied zu den sonstigen Fällen des Reha-Sachbearbeiters liegt darin, dass der Versicherte oft noch weniger informiert ist über Leistungen zur Teilhabe. Er weiß mitunter gar nicht so richtig, was er für Möglichkeiten hat und ist sich mitunter auch noch nicht sicher, ob er die in Betracht kommenden Leistungen zur Teilhabe wirklich in Anspruch nehmen möchte. Auf diese Situation muss sich der Reha-Sachbearbeiter bei der Rentenversicherung einstellen und auf dieses Informationsbedürfnis eingehen, sowie dem Versicherten die Gelegenheit geben, sich mit der Situation auseinander zu setzen und eine Entscheidung in Ruhe zu treffen.

Dazu gehört, dass er darauf achtet, dem behinderten Menschen möglichst viel Entscheidungsfreiheit zu lassen und die Angebote an seinen Wünschen und Fähigkeiten zu orientieren (§§ 9 u. 33 Abs. 4 SGB IX).

Wo nötig oder zweckmäßig, hat er die Bundesagentur für Arbeit (§§ 38 und 104 SGB IX) oder/und das Integrationsamt (§ 102 SGB IX) sowie u.U. auch Integrationsfachdienste (§ 109 SGB IX) einzuschalten.

Im Einzelnen ergeben sich u.a. folgende Aufgaben:

- Organisation einer umfassenden Beratung, soweit noch nicht erfolgt
- Eventuell Einleitung eines Gesprächs bei der Gemeinsamen Servicestelle

- Erteilung von Zwischenmitteilungen an den Versicherten unter Berücksichtigung von § 14 SGB IX (in der Regel schriftlich mit dem Angebot der telefonischen Rücksprache bei Bedarf, bei Eilbedürftigkeit telefonisch) und an den Sachbearbeiter, der über den Erwerbsminderungsrentenantrag zu befinden hat, zur Sicherstellung der Koordinierung
- Hinzuziehung eines Reha-Fachberaters soweit erforderlich
- Umfassende Abklärung des in Betracht kommenden Spektrums an Leistungen
- Klärung der Zuständigkeit
- Sicherung der Verzahnung mehrerer Leistungen (§ 11 SGB IX)
- Weiterleitung des Vorgangs im Einverständnis mit dem Versicherten oder von Anträgen an andere zuständige Träger
- Organisation der Verzahnung eigener Leistungen mit denen anderer Träger (§ 10 SGB IX)
- Einholung der notwendigen Informationen für die in Betracht kommende Leistung, wie z.B. Arztberichte, Arbeitgeberauskünfte
- Einschaltung von Integrationsfachdiensten
- Einholung des Gutachtens der Bundesagentur für Arbeit nach § 38 SGB IX
- Auswahl der Leistungen im Dialog mit dem Versicherten
- Dialog über den Ort der Leistungen
- Dialog mit Kliniken und Betrieben zur Steuerung der Leistungen
- Einschaltung des ärztlichen Dienstes, wo noch erforderlich
- Weiterleitung an den Juristen bei Entscheidungsreife oder auftretenden Rechtsproblemen

Der Reha-Sachbearbeiter hat auch in Zusammenarbeit mit den Rentensachbearbeitern sicher zu stellen, dass nicht widersprüchliche Entscheidungen getroffen werden, doppelte Begutachtung stattfindet – soweit es zu vermeiden ist -, Termine koordiniert werden etc. Es muss für eine Leistung „wie aus einer Hand“ zugesagt werden. In Anbetracht dieser Schwierigkeit sind in manchen Landesversicherungsanstalten die beiden Abteilungen (Rehabilitation und Rente) auch zusammengelegt worden.

6.1.3.7.3 Jurist als Mitarbeiter bei der Rentenversicherung

An dieser Stelle geht es um den Mitarbeiter der Rentenversicherung, der in der Regel das Dezernat leitet und nach unserer Feststellung meist ein Jurist ist.

- Entscheidung über die in Betracht kommenden Leistungen auf Grund des vorliegenden Sachverhalts, wenn der Sachverhalt zur Entscheidung reif ist
- Rückgabe der Akte an den Rentensachbearbeiter mit entsprechenden Weisungen bezüglich der Sachverhaltsaufklärung, falls ihm noch Informationen fehlen
- Lösung auftretender Rechtsprobleme
- Rechtliche Hinweise an die Sachbearbeiter, insbesondere auch bezüglich der Fragen, die an die medizinischen Gutachter bzw. den medizinischen Dienst zu stellen sind

6.1.3.7.4 Ärzte und andere Sachverständige als Gutachter

In der Regel halten die Rentenversicherungen Ärzte als Gutachter vor. Es sollte allerdings daran erinnert werden, dass u.U. auch Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeiter einbezogen werden müssen, um den vorliegenden Sachverhalt aufzuarbeiten²⁶⁶. Insofern ist zu überlegen, ob der ärztliche Dienst um diese Berufsgruppen zu erweitern ist und entsprechend als ein Sachverständigendienst bezeichnet wird.

²⁶⁶ Fuchs, H. (2003): „Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsziele und Wirksamkeit - Maßstäbe für die Ausführung von Rehabilitationsleistungen in geeigneten Einrichtungen sowie die Versorgungsstrukturentwicklung“, veröffentlicht als Info Forum A Info Nr. 1/2003 unter <http://www.iqpr.de/download/sgb11.pdf>.

Die Aufgaben des Arztes als Gutachter

Hinzuweisen ist zunächst darauf, dass bei den einzelnen Rentenversicherungsträgern unterschiedliche Verfahren und Verfahrenskombinationen angewandt werden. Insbesondere:

- Begutachtung auf Grund von (haus-)ärztlichen Befundberichten und Selbstbeurteilungsbogen
- Begutachtung auf Grund von Untersuchungsbegutachtung im eigenen sozialmedizinischen Dienst
- Untersuchungsbegutachtung durch beauftragten Gutachter

Sicher bietet es sich an, zunächst auf vorhandene (haus-)ärztlichen Befundberichte und Selbstbeurteilungsbögen zurückzugreifen. Soweit hiernach eine Beurteilung der Erwerbsminderungsrente und der ggf. zu überprüfenden Leistungen zur Teilhabe möglich ist, kann eine Untersuchungsbegutachtung entfallen. Falls dies nicht möglich ist, wird der Antragsteller beim sozialmedizinischen Dienst zur Untersuchung, Beratung und Begutachtung persönlich eingeladen. Hinzuweisen ist darauf, dass Widersprüche zwischen dem Antragsbegehren und der Schilderung der Beschwerden und Probleme des Antragstellers (insbesondere im ersten Termin beim Sachbearbeiter) und den Feststellungen des sozialmedizinischen Dienstes auf Grund der Aktenlage diesen immer dazu veranlassen müssen, eine persönliche Untersuchung durchzuführen.

Sollte das persönliche Untersuchungs-, Beratungs- und Begutachtungsgespräch erforderlich sein (unabhängig davon, ob das Gutachten beim sozialmedizinischen Dienst oder vom externen Gutachter erstellt wird), so muss es folgende Komponenten enthalten:

- Allgemeine Information und sozialmedizinische Beratung
 - Information des Versicherten über den Inhalt des Gutachtensauftrags und den damit verbundenen Gutachtensumfang.
 - Erörterung des Zwecks und Einholung des Einverständnisses mit der beabsichtigten Begutachtung, falls auf Grund des Beratungsgesprächs sich der behinderte Mensch nun erst für die Überprüfung eines Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe entscheidet.
- Sachverhaltsaufklärung
 - Ermittlung der individuellen Vorstellung des Versicherten über sein Lebenskonzept und die durch Behinderungen bewirkten Teilhabestörungen
- Begutachtung
- Beurteilung der medizinischen Fragestellungen
- Hinweise auf das Erfordernis ergänzender Gutachten
- Prüfung und Erörterung mit dem Versicherten, ob überhaupt Leistungen zur Teilhabe angebracht sind und durchgeführt werden können (Filterfunktion)
- ggf. Assessment

Soweit der Arzt ein Assessment benötigt, um eine valide Aussage bezüglich der Leistungsfähigkeit des Versicherten machen zu können, muss er dies feststellen.

Er muss insbesondere

- das Leistungsmerkmal benennen, das er mit dem Assessment überprüfen möchte
- das Assessmentverfahren benennen, das er für die Überprüfung des Leistungsmerkmal für sinnvoll erachtet

- das Assessmentverfahren entweder selbst durchführen oder eine entsprechende Durchführung empfehlen, am besten mit dem Hinweis, welche Einrichtung hierfür zu beauftragen ist.

Wenn sich der begutachtende Arzt in Assessmentverfahren bezogen auf das spezielle Leistungsmerkmal, dessen Beurteilung ihm nicht ausreichend valide möglich ist, nicht auskennt, hat er die Frage bewusst offen zu halten. Dann muss ein Sachverständiger mit den entsprechenden Spezialkenntnissen sich speziell dieser Frage nochmals annehmen.

Allgemeine Hinweise

Der Versicherte ist da abzuholen, wo er steht und der Arzt hat festzustellen, welche Ziele in Bezug auf die vorhandenen Krankheiten/Einschränkungen/Ressourcen realistisch zu verfolgen sind und was von Nöten ist, um diese Ziele zu erreichen.

Immer stellen sich u.a. die Fragen: kann der Versicherte auf den Arbeitsmarkt zurückgeführt werden und wenn ja, welche Hilfestellung ist nötig? Welche Probleme stellen sich bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft? Sind eventuell präventive Leistungen erforderlich?

Falls der Erbringung von Leistungen eine mangelnde Motivationslage entgegensteht, ist die Ursache für diese mangelnde Motivation zu diagnostizieren und entsprechende Hilfemöglichkeiten in Bezug auf die Überwindung von Motivationsproblemen anzubieten.

Wenn die **mangelnde Motivation** auf der falschen Annahme basiert, kann finanziell nichts passieren, auch wenn ich nichts tue, dann ist dies Anlass für ein erneutes **Gespräch in der Beratungsstelle oder der Gemeinsamen Servicestelle**. Dort wäre eine umfassende Information einerseits zum Nutzen der Leistungen, andererseits bezüglich der Obliegenheiten, der Folgen ihrer Verletzung und eventuell auch der Hinweis auf die Inanspruchnahme von Unterhaltspflichtigen angebracht.

6.1.3.8 Sonstige Rentenantrag aufnehmende Stellen

Sonstige Rentenantrag aufnehmende Stellen sollten neben der Hilfe bei der Aufnahme des Rentenantrages dem Versicherten Informationen bezüglich seiner Rechte und Pflichten im Rentenverfahren geben. Diese Informationen sollten sich insbesondere auf den Hinweis auf Gemeinsame Servicestellen, Selbsthilfegruppen (bzw. KISS als die Vereinigung aller Selbsthilfegruppen) und Behindertenverbände und die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe beziehen. Es stellt ein Problem dar, dass die Qualität der Information in den verschiedenen Stellen sehr differiert. Dieses Problem muss der Rentensachbearbeiter dadurch auffangen, dass er den Informations- bzw. Beratungsbedarf zu Beginn seines Gespräches aufklärt und die dann noch nicht erfolgten Informationen ergänzt.

Zu nennen sind hier die Versicherungsämter (§ 92 SGB VI). Diese ziehen sich zwar teilweise aus der EM-Antragsaufnahme zurück, da die Rentenversicherungsträger diese in ihren Auskunfts- und Beratungsstellen bzw. Service-Zentren bündeln möchten. Dennoch sind sie nach § 93 Abs. 2 SGB IV zur Entgegennahme von Anträgen auf Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verpflichtet und müssen auf deren Verlangen auch den Sachverhalt aufklären, Beweismittel beifügen, und sich, soweit erforderlich, zu den entscheidungserheblichen Tatsachen äußern und Unterlagen unverzüglich an den Versicherungsträger weiterleiten. Ihre Informationspflicht ist allerdings auf die Erteilung von Auskünften begrenzt (§ 93 Abs. 1 SGB IV), eine umfassende Beratung müsste demnach durch die Rentenversicherungsträger erfolgen.

Zu dem Beratungsnetz der Rentenversicherungsträger zählen auch die so genannten Versichertenältesten (§ 39 SGB VI). Als Teil der Selbstverwaltung eines Rentenversicherers

sind sie die Ansprechpartner der Versicherten in der Nachbarschaft und damit ein wertvolles Bindeglied zwischen den Versicherten und dem Träger. Allerdings muss auch bei den Versichertenältesten für eine Aufgabenwahrnehmung gesorgt werden, die das Feld der Leistungen zur Teilhabe neben den Rentenleistungen stets im Blick hat. Dass die Versichertenältesten keine solch umfassende Beratung und Unterstützung hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe bieten können wie die Gemeinsamen Servicestellen, ist eindeutig. In geeigneten Fällen sollten sie daher die Nutzung dieser besonders geeigneten Beratungsinstitution nahe legen.

6.1.3.9 Andere Reha-Träger

Hier geht es nur um die Pflichten, die sich im Zusammenhang mit einem beim Rentenversicherungsträger anhängigen oder in Betracht kommenden Verfahren ergeben.

6.1.3.9.1 Pflichten im Vorfeld des Verfahrens

- Beratung durch Hinweis auf die gemeinsamen Servicestellen
- Weiterleitung von Anträgen
- Weiterleitung der Erkenntnisse aus der Überprüfung, soweit der Betroffene sein Einverständnis erklärt

Die Verpflichtung zur umfassenden Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe macht nur Sinn, wenn die Ergebnisse auch umgesetzt werden. Deshalb sind die getroffenen Feststellungen, soweit sie für die Zuständigkeiten anderer Träger bedeutsam sein können, im Einverständnis mit dem Betroffenen an diese weiterzuleiten.

6.1.3.9.2 Pflichten im Verfahren

- Auskunftspflicht gegenüber dem Rentenversicherungsträger und Mitteilung von Gutachten sowie sonstiger für die Entscheidung wichtiger Verfahrensunterlagen
- Verpflichtung der Bundesagentur für Arbeit zur gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und deren Ausgestaltung auf Anforderung anderer Träger
- Bereitschaft zur Erstellung eines gemeinsamen Plans über das Ineinandergreifen verschiedener Leistungen, wenn neben der Zuständigkeit des Rentenversicherungsträgers eine eigene Zuständigkeit gegeben ist²⁶⁷
- Sicherstellung eines nahtlosen Ineinandergreifens verschiedener Leistungen zur Teilhabe

6.1.3.9.3 Spezielle Pflichten

Krankenversicherungsträger

- Rechtzeitige Einleitung
- Bereitstellung von Hilfsmitteln
- Leistungen zur Prävention

²⁶⁷ Siehe dazu Kap. 5.1.1 Thesen 9 und 11.

Pflegekassen

Die Pflegekassen sind selbst keine Reha-Träger. Sie sind aber verpflichtet, bei den Trägern darauf hinzuwirken, dass frühzeitig Leistungen zur Prävention, Krankenbehandlung und medizinischen Rehabilitation erbracht werden. Sie haben also einerseits Hinweise zu geben, andererseits aber auch die Träger zu drängen und u.U. Vorschläge zu unterbreiten.

Unfallversicherungsträger

- Umfassende Prüfung und Kooperation
- Prävention

Träger der Kriegsoferversorgung

Träger der Kriegsofener- und Soldatenversorgung sind die Versorgungsämter; sie sind auch zuständig für andere Bereiche sozialer Entschädigung (Verbrechensopferentschädigung, Impfschadensentschädigung). Für sie gilt im Grundsatz das Gleiche wie für die Unfallversicherung.

Träger der Kriegsoferversorge

Die Träger der Kriegsoferversorge werden von den Ländern bestimmt. Die überörtlichen Träger sind z.B. in Hessen als Hauptfürsorgestellen bei den Integrationsämtern angesiedelt. Ihre Aufgabe ist die Fürsorge bei Fällen, in denen Entschädigungsrecht anzuwenden ist (Kriegsofener, Wehrdienstopfer, Impfofener, Verbrechensopfer u.a.).

Integrationsämter

Die Integrationsämter sind selbst keine Träger i.S.v. § 6 SGB IX; sie wirken aber bei der Eingliederung schwerbehinderter Menschen mit. Sie ergänzen Leistungen der Träger, ersetzen sie aber nicht und stocken sie auch nicht auf (§ 102 Abs. 5 SGB IX). Daraus ergibt sich eine Verpflichtung der Integrationsämter zur Einbindung der zuständigen Reha-Träger. Außerdem müssen sie, wo nötig, die Integrationsdienste einschalten (§ 109 Abs. 1 u. 4 SGB IX). Die Integrationsämter müssen aber auch umgekehrt von dem Rentenversicherungsträger eingebunden werden, damit sie wirksam werden können. Der behinderte Mensch muss darüber beraten und ein Einverständnis nahegelegt werden.

Integrationsämter sind außerdem in das System des § 14 SGB IX eingebunden (§ 102 Abs. 6 SGB IX). Sie müssen Anträge, die bei Ihnen eingehen, rechtzeitig an den zuständigen Träger weiterleiten oder auch bearbeiten, wenn solche an sie weitergeleitet werden (ausgenommen Weiterleitungen nach § 16 SGB I).

Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit hat eine zentrale Stellung bei der Früherkennung, weil sich im Rahmen der Vermittlung Defizite meist bemerkbar machen oder jedenfalls festgestellt werden können.

Es bestehen daher nachfolgend aufgeführte Pflichten:

- Prävention und Früherkennung
- Untersuchungen und Begutachtungen
- Aufforderung nach § 125 Abs. 2 SGB III
- Aufforderung nach § 142 Abs. 1 Satz 2 SGB III
- Gutachtliche Stellungnahme bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Sozialämter

Bei den Sozialämtern stellen sich im Zusammenhang mit Arbeitsfähigkeit ähnliche Aufgaben wie bei der Bundesagentur für Arbeit.

Ein weiteres Schwergewicht liegt bei den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§§ 55 ff. SGB IX), insbesondere den Hilfen zur Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (§ 58 SGB IX).

Träger der öffentlichen Jugendhilfe

Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind die Jugendämter und die Landesjugendämter. Im Bereich von Behinderungen liegt ihre Aufgabe in der Förderung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit seelischen Behinderungen (§§ 35 a und 41 SGB VIII).

Als Reha-Träger sind auch die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowohl zur Prävention als auch zur umfassenden Aufklärung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe im Rahmen von § 8 SGB IX verpflichtet. Sie haben ihre Leistungen mit denjenigen anderer Träger, so auch der Rentenversicherungsträger, zu koordinieren (§ 11 SGB IX). Allerdings wird wegen des Alters der betreuten Personengruppen eine solche Verzahnung seltener anfallen (§ 11 SGB VI).

Freie Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und der Jugendhilfe

Soweit diese Einrichtungen Aufgaben der Träger übernehmen, sind sie den gleichen Pflichten unterworfen. Aber auch sonst muss ihnen das SGB IX als Richtschnur ihres Handelns dienen. Sie haben insbesondere an der frühen Feststellung des Bedarfs sowie rechtzeitiger Einschaltung der zuständigen Träger als auch an der nahtlosen Verzahnung von Leistungen mitzuwirken. Sie dürfen keine Ziele verfolgen, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden.

6.1.4 Ablauf des Verfahrens

Nachfolgend wird ein Ablaufplan entworfen, der nicht verbindlich sein soll, sondern eine Lösungsvariante darstellt. Es bleibt den Trägern überlassen, welchem der Akteure sie welche Aufgaben zuordnen; entscheidend ist, dass für alle Aufgaben, die das SGB IX stellt, ein Verantwortlicher definiert ist.

6.1.4.1 Die wichtigsten Aspekte der neuen Rentenbearbeitung

Neue Verfahrensanforderungen nach § 8 SGB IX

Beachtung der Verknüpfung **jedes** Verfahrens wegen einer Behinderung mit der **umfassenden** Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe und zur Prävention; also auch bei Reha-Verfahren Überprüfung in Bezug auf nicht beantragte Leistungen zur Teilhabe.

Umfassende Beratung

Die beschriebene Aufgabenverknüpfung wirkt zurück auf die Beratungsebene.

Case-Management

Das Verfahren selbst stellt vielfältige und vernetzte Aufgaben. Der nach § 14 SGB IX leistungspflichtige Träger muss u.U. verschiedene Anspruchgrundlagen anderer Leistungsgesetze prüfen (s. oben unter Kap. 6.1.2.3, These 3); mehrere Leistungen, u.U. auch Leistungen mehrerer Träger, sind zu vernetzen, neuen Beratungsbedürfnissen und veränderten Entschlüssen der behinderten Menschen ist Rechnung zu tragen. Deshalb kommt dem Case-Management eine besondere Bedeutung zu. Es muss so früh wie möglich und während des gesamten Verfahrens klar sein, wer den weiteren Verlauf zu steuern hat. Die Gemeinsame Servicestelle ist eine Einrichtung, die (jedenfalls in der Anfangsphase, u.U. auch darüber hinaus) diese Aufgabe übernehmen könnte.

Filterung der Rentenfälle, bei denen Leistungen zur Teilnahme in Betracht kommen

Zur Bewältigung der Anforderungen des § 8 Abs. 1 SGB IX ist es erforderlich frühzeitig aus der Masse der Erwerbsminderungsrentenfälle diejenigen herauszufiltern, bei denen Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen und Erfolg versprechend sind. Es geht dabei einerseits darum, diejenigen zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe zu ermuntern, die diese Möglichkeit noch nicht erkannt oder in Betracht gezogen haben. Andererseits geht es darum, zur Entlastung der Verwaltung das Verfahren möglichst früh auf den Rentenanspruch zu beschränken, wo Leistungen zur Teilhabe keine Aussichten auf Erfolg bieten oder nicht gewollt werden.

Diese Aufgabe stellt sich im gesamten Verfahren, vornehmlich aber an zwei Stellen:

- beim qualifizierten Sachbearbeiter nach einem persönlichen Gespräch mit dem Versicherten, d.h. zum Schluss des Gespräches im Dialog mit diesem eine Entscheidung möglichst getroffen werden.
- beim sozialmedizinischen Gutachter im Beratungsgespräch als Teil der Begutachtung, soweit ein Begutachtungsgespräch mit dem Versicherten in Bezug auf das Rentenverfahren notwendig ist.

Ein wichtiger Faktor ist die Motivation des Versicherten in Bezug auf eine Leistung zur Teilhabe. Ohne die Motivation zur Mitwirkung haben Leistungen zur Teilhabe keinen Erfolg und dürfen nicht erbracht werden (§ 9 Abs. 4 SGB IX). Neben der objektiv zu beurteilenden Frage „Gibt es Leistungen zur Teilhabe, die Erfolg versprechend sind“ steht somit die vom Versicherten zu beantwortende Frage „Bin ich bereit, Erfolg versprechende Leistungen zur Teilhabe anzunehmen und in Bezug auf die Erfolgsaussichten mitzuwirken.“

6.1.4.2 Ablauf des Verfahrens im Einzelnen

Im Nachfolgenden werden die wichtigsten Schritte kurz beschrieben.

6.1.4.2.1 Information und Beratung im Vorfeld der Antragstellung

Information und Beratung findet im Vorfeld der Antragstellung insbesondere durch nachfolgende Akteure statt:

- den Hausarzt/Facharzt
- die betrieblichen Akteure
- durch Sozialarbeiter
- durch Träger

6.1.4.2.2 Erster Termin

Ein persönliches Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Versicherten im Laufe des Verfahrens ist Mindestvoraussetzung sachgerechter Antragsbearbeitung. Nur so kann die geforderte Dialogorientierung erfüllt werden, kann der Bedarf hinreichen ausgelotet, und können Unsicherheiten des Antragstellers überbrückt werden. Auch der Antragsteller muss dies erkennen und entsprechend mitwirken.

Ein Gespräch ist auch dort erforderlich, wo die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind; denn der Auftrag aus § 8 Abs.2 SGB IX wird durch den Antrag ausgelöst und entfällt nicht mit dessen Ablehnung.

6.1.4.2.3 Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter

Nach der Sachverhaltsermittlung und Beratung im ersten Termin hat sich der Sachbearbeiter folgende drei Fragen zu stellen und mit dem Versicherten zu besprechen:

- Kommen Leistungen zur Teilhabe in Betracht
- Sind medizinische Fragen offen
- Ist die Sache reif zu Entscheidung

Diese Fragen wird sich der Sachbearbeiter auch in der dann folgenden Bearbeitung immer wieder stellen müssen. Es können mehrmalige Ab- und Rücksprachen zwischen den einzelnen Akteuren erforderlich werden, bis die Sache für die Entscheidung reif ist.

Einschätzung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe durch den Rentensachbearbeiter

Nachdem der Rentensachbearbeiter alle Informationen zur Beurteilung der Erfolgsaussichten in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe und der Voraussetzungen der beantragten Erwerbsminderungsrente eingeholt hat und ein intensives Gespräch mit dem Versicherten geführt hat, muss er beurteilen, ob im vorliegenden Fall Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen. Wenn das seines Erachtens der Fall ist und eine Zustimmung

des Versicherten zur diesbezüglichen weiteren Prüfung vorliegt, so leitet der Rentensachbearbeiter das Reha-Verfahren ein, indem er den Reha-Sachbearbeiter informiert.

Einschaltung des ärztlichen Dienstes

Nachdem die für die ärztliche Begutachtung wichtigen Unterlagen eingegangen sind, ist in der Regel der ärztliche Dienst einzuschalten.

Abgabe der Akte an den Juristen zur Entscheidung soweit Sache entscheidungsreif

Hält der Sachbearbeiter die Sache zur Entscheidung über die beantragte Leistung reif, legt er die Akte dem Juristen vor.

Hält dieser die Sache ebenfalls für entscheidungsreif, entscheidet er über die beantragte Leistung. Andernfalls ordnet er weitere Sachverhaltsaufklärung an.

6.1.4.2.4 Einschaltung einer Gemeinsamen Servicestelle

Die Möglichkeiten einer konkreten Einbindung der gemeinsamen Servicestellen in das EM-Rentenverfahren sollen hier nur im Überblick dargestellt werden. Sie bietet in jedem Stadium des Verfahrens Vorteile vor Allem in Form einer wirklich umfassenden Beratung. Aber auch den Sachbearbeiter in der Rentenversicherung kann die Gemeinsame Servicestelle oft entlasten, insbesondere hinsichtlich der Zuständigkeitsklärung. Vorausgesetzt wird dabei natürlich eine Kooperation zwischen Sachbearbeiter und Servicestelle sowie das Einverständnis des Versicherten. Generell sollte die Erörterung der Einschaltung der Servicestelle für nachfolgende Bearbeitungen dokumentiert werden.

In den einzelnen Stadien des Antragsverfahrens bieten sich Hinweise auf die gemeinsame Servicestelle an im

Vorfeld der Antragstellung (vgl. Kapitel 6.1.4.2.1)

- Schon bei Anforderung der für einen Rentenantrag erforderlichen Unterlagen (z.B. in Form eines kurzen Informationsblattes, das beigelegt wird)
- Bei formloser Antragstellung (mündlicher Hinweis und/oder Info-Blatt)
- Anlässlich der Bestätigung des Antragsvorgangs (auch hier Beifügung eines Info-Blattes)
- Anlässlich der Einladung zum ersten Termin (Beifügung eines Info-Blattes)

Ersten Termin (s. Kapitel 6.1.4.2.2)

- Hier vor allem durch mündlichen Hinweis

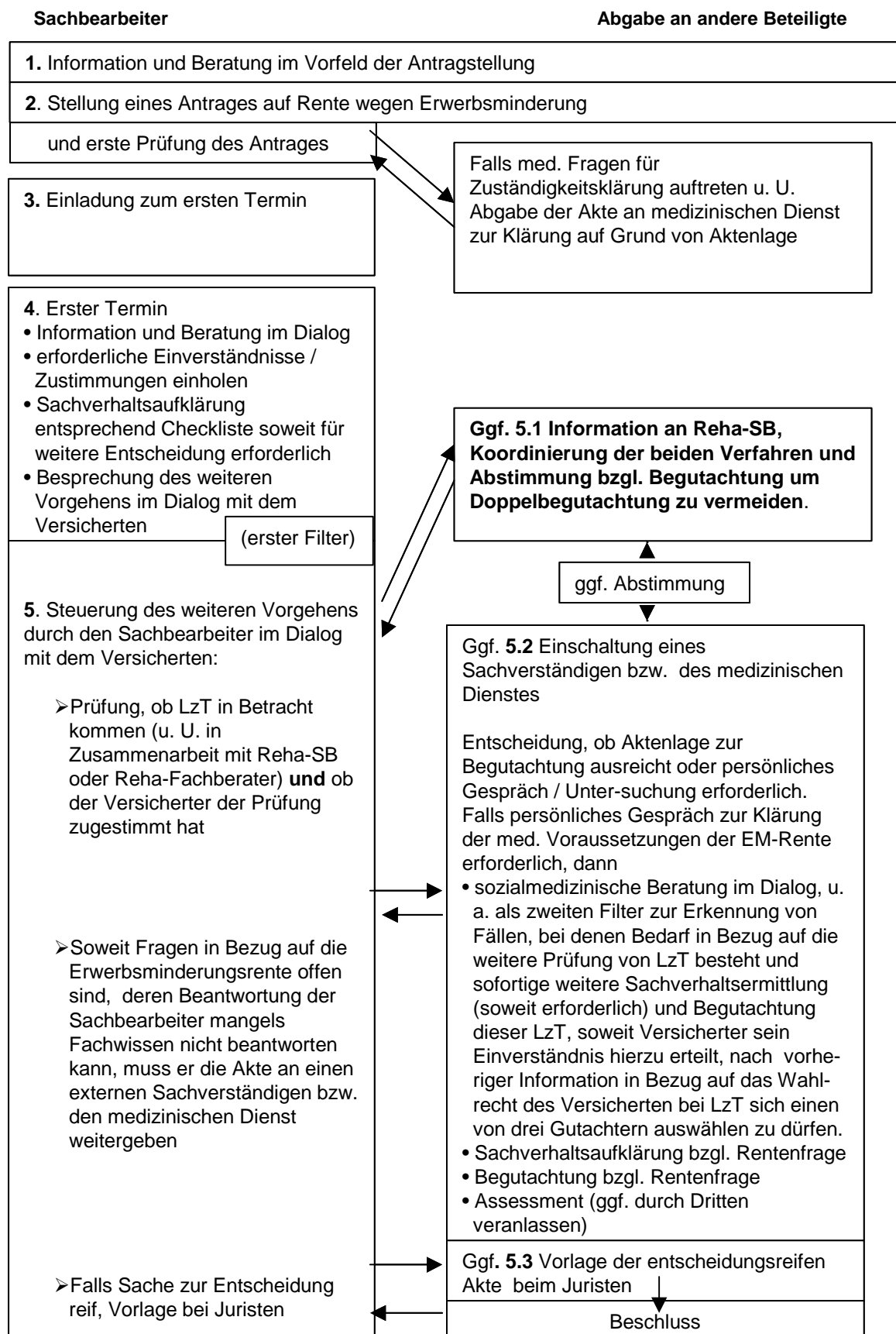
Rahmen der Steuerung des weiteren Vorgehens durch den Sachbearbeiter (s. Kapitel 6.1.4.2.3)

- Sollte die geforderte laufende Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe in Betracht kommen, einen solchen Bedarf ergeben, ist bei unklarer Zuständigkeit für die Leistung zur Teilhabe die Kontaktierung der Servicestelle sinnvoll

- Nach Einschaltung des ärztlichen Dienstes ergibt sich u.U. bisher nicht erwogener Rehabilitationsbedarf, für dessen Klärung die Servicestelle hilfreich sein kann

Sogar mit der Bekanntgabe eines Ablehnungsbescheids sollte ein Hinweis verbunden werden. Schließlich ist von einem weiteren Beratungsbedarf des Antragstellers auszugehen.

6.1.4.3 Kurzübersicht über den Ablauf des Verfahrens bei Erwerbsminderungsrentenantragstellung



6.1.5 Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger

Antragstellung

Bei den verschiedenen Anlaufstellen für die EM-Antragsaufnahme (z.B. A- und B-Stellen der GRV sowie deren Versichertenälteste, aber auch andere Träger) besteht die erste Möglichkeit eines erweiterten Gesprächs. Die bisherige Praxis konzentriert sich zu sehr auf die reine Abwicklung des EM-Antrags. Ziel muss eine im Dialog erfasste umfassendere Analyse der Situation des Antragstellers sein, wofür u.a. folgende Instrumente vorgeschlagen werden:

- erweiterter Einsatz von Selbsteinschätzungsbögen
- erste Information bezüglich Leistungen zur Teilhabe
- Fragen auf den Antragsformularen müssen sich auch auf mögliche Leistungen zur Teilhabe beziehen
- Erfassung bereits in der Vergangenheit erbrachter Leistungen zur Teilhabe

Das Ergebnis dieses ersten Dialogs muss die persönliche Sicht des Antragstellers sowie die Hintergründe, die zur Antragstellung geführt haben, verdeutlichen. Im optimalen Fall kann z.B. mit Hilfe der Selbsteinschätzungsbögen das Selbstkonzept des EM-Antragstellers bzgl. seiner Erwerbsfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung erkannt und die Motivation zu Leistungen zur Teilhabe entweder daraus abgeleitet oder direkt erfragt werden. Anschreiben an weitere Stellen, die zur Sachverhaltsklärung dienen können, sind mit Zustimmung des Antragstellers so früh wie möglich zu erstellen (z.B. Anfrage an den Arbeitgeber bezüglich des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen oder den Hausarzt wegen der gesundheitlichen Einschränkungen). Diese Vorgehensweise bereits zu Beginn des Verfahrens kann für mehr Transparenz und für deutlichere Hinweise für die weitere Gestaltung des Verfahrens sorgen.

Begutachtung

Ein Begutachtungsgespräch ist nicht obligatorisch. In eindeutigen Fällen, in denen nach Aktenlage über die EM-Rente und die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe entschieden werden kann, ist ein Begutachtungsgespräch nicht erforderlich. Unklar bleibt, wann ein Fall derart eindeutig ist.

Die sozialmedizinische Begutachtung wird von Seiten der Rentenversicherungsträger als ein zentrales Element in dem gesamten Verfahrensablauf angesehen. Gerade das Gespräch des Arztes mit dem Versicherten über seine Möglichkeiten stellt eine Chance dar, gegebenenfalls den Versicherten für Leistungen zur Teilhabe zu motivieren, da der Arzt oft als Vertrauensperson angesehen wird. Zudem kann der Arzt auf Grund seiner Feststellungen im Untersuchungstermin am besten auf Fragen und Erwiderungen des Versicherten eingehen. Die Rentengutachten, die derzeit mit ca. 90 Minuten angesetzt werden, bräuchten dann mehr Zeit. Außerdem müssten aus den Gutachten stärker hervorgehen, welche Bereiche nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen sind.

Die Bedeutung liegt somit vornehmlich in der Chance, den EM-Antragsteller durch das Aufzeigen von noch vorhandenen Möglichkeiten (Rehabilitationspotenzial) von dem ursprünglichen Anliegen (EM-Rente) auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe umzustimmen. Dies kann u.a. durch die Beachtung folgender Punkte erreicht werden:

- Nutzung der bei der erweiterten Antragsaufnahme eingegangenen Informationen
- Es ist zu prüfen, inwieweit durch diese Informationen die medizinische Sachverhaltsermittlung durch den medizinischen Assistenten ausgeweitet werden

muss (z.B. Einholen von weiteren Gutachten, die bei anderen Trägern erstellt worden sind)

- Besprechung der Möglichkeiten bezüglich Leistungen zur Teilhabe mit dem Versicherten
- Einer – möglicherweise durch unzureichende Beratungsaktivitäten anderer Träger geförderte – Defizitorientierung der EM-Antragsteller kann durch das Aufzeigen von Fähigkeiten durch die Begutachtung begegnet und deren Motivation in Richtung Leistungen zur Teilhabe verbessert werden

Die intensivere Berücksichtigung und Betonung der Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe in der sozialmedizinischen Begutachtung kann dazu beitragen, den EM-Antragsteller für dieses Thema zu sensibilisieren. Wichtig ist auch, bei der Erstellung von Fähigkeitsprofilen Fragen der Motivation stärker zu betonen. Die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe hängen nämlich wesentlich von der Motivation des Versicherten ab. Bei Berücksichtigung der angeführten Punkte und Ausführungen wird sich die Ausrichtung der sozialmedizinischen Begutachtung somit ändern.

Entscheidung durch den Dezernenten

Neben der Entscheidung über den Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist verstärkt vom Dezernenten zu entscheiden, ob in jedem Einzelfall die Möglichkeiten von Leistungen zur Teilhabe ausreichend berücksichtigt worden sind. Neben der Entscheidungsfunktion kommt dem Dezernenten damit nun auch eine qualitätssichernde Funktion innerhalb des Verfahrens zu. Kommt er zu dem Schluss, dass Leistungen zur Teilhabe Aussicht auf Erfolg haben, erfolgt die Abgabe an den Reha-Fachberater und eine entsprechende Mitteilung an den EM-Antragsteller.

Ihm stehen durch die umfangreichere Informationseinholung mehr Möglichkeiten zur Verfügung, die Erfolgsaussichten von Leistungen zur Teilhabe nach Aktenlage einzuschätzen.

Abgabe der Sache an den Reha-Fachberater

Während bei den vorangegangenen Verfahrensschritten die Themen medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe und gegebenenfalls Prävention noch nicht näher spezifiziert wurden, erfolgt in diesem Schritt zusammen mit dem Betroffenen eine gemeinsame Erörterung, welche Form von Leistungen zur Teilhabe dem individuellen Anliegen am ehesten gerecht werden und Erfolg versprechend sind. Tragendes Prinzip ist auch hier wiederum der Dialog. Der Reha-Fachberater wird somit zum festen Bestandteil eines EM-Verfahrens, bei dem sich durch eine intensive Prüfung herausstellt, dass statt einer EM-Rente Leistungen zur Teilhabe angezeigt sind.

Die Gründe, die für diesen Ablaufplan sprechen, sind:

- Die Beratungsaktivitäten können auf den Termin bei Antragsaufnahme konzentriert werden.
- Vor weiteren Beratungen in Richtung Reha kann zuerst eine Begutachtung durchgeführt werden, deren Ergebnis mit dem Antragsteller mit dem Ziel diskutiert werden kann, eine gemeinsame Sicht des verbliebenen Leistungsvermögens zu entwickeln.

6.2 Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe

In Kapitel 6.1 wird der Verfahrensablauf diskutiert, aus dem sich Anforderungen an die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung ableiten lassen. Der Verfahrensablauf und die in Kapitel 3.1 dargelegten Aspekte der Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben haben zur Formulierung nachfolgender Leitgedanken für die Erstellung von Gutachten bei Anträgen auf Renten wegen Erwerbsminderung geführt.

Eine differenzierte, Chancen und Risiken des betroffenen Klienten abwägende, die Erwerbsminderung kritisch beleuchtende und einstufoende Begutachtung kann die Aspekte der Teilhabe nicht unbeachtet lassen. Daher ist im Rahmen des Gutachtenprozesses ein Bild der Aktivitäten, der Funktion und Partizipation unter Einbeziehungen der personbezogenen Kontext- und Umweltfaktoren erforderlich und zu Entscheidungszwecken für den Träger zu dokumentieren. Aus diesem „Bild-Mosaik“ muss die spezifische Fragestellung des Rentenversicherungsträgers bezüglich des Antrages auf Erwerbsminderung beantwortet werden.

Wie bereits in Kapitel 2 skizziert, konzentriert sich der Gutachtauftrag jedoch auf die Fragestellung des quantitativen Leistungsvermögens als primären Faktor. Eine auf den Parameter Zeit reduzierte Leistungsbeurteilung ohne Spezifikation der Leistung/Tätigkeit wird als hochproblematisch eingeschätzt. Eine Leistungsbeurteilung kann nur objektiv sein, wenn ein einheitlicher Beurteilungsmaßstab verwendet wird. Ein einheitlicher Maßstab, an dem die quantitative Leistungsfähigkeit des Betroffenen „gemessen“ werden soll, steht jedoch nicht zur Verfügung. Begutachtet werden soll bezüglich der Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, die jedoch nicht ausreichend spezifiziert sind. Zwangsläufig leidet darunter die Präzision und Objektivität der Aussage zum Leistungsvermögen.

Eine gängige Hilfskonstruktion ist, dass häufig im Gutachten Tätigkeiten beschrieben werden, wie sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorkommen können und denen die Leistungsfähigkeit des Betroffenen entsprechen könnte. Solange eine Konkretisierung des Beurteilungsmaßstabs zum Zweck der Optimierung nicht weiterentwickelt wird, wird diese Hilfskonstruktion unvermeidbar bleiben.

Unter der Vorstellung, im Begutachtungsprozess weitere objektivierbare Merkmale für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einzufügen, wurde in Deutschland, Europa und in angloamerikanischen Ländern untersucht, wie bei Eingliederung und Rehabilitationsfragen die Beurteilung der Leistungsfähigkeit vorgenommen wird. Hier stößt man auf eine Fülle von Assessmentinstrumenten, die gesondert dargestellt werden. Das Profiling und Matching setzt sich auch in Deutschland durch und es scheinen sich bestimmte Verfahren, Instrumente und Methoden herauszukristallisieren.

Mit dem Ziel, Leitgedanken zu formulieren, werden hier zunächst grundsätzliche Erwägungen angestellt:

Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Gutachten für Entscheidungsträger und Betroffene zu verbessern, sollte die Stellungnahme über die **Erwerbsfähigkeit** (d.h. einer quantitativen Leistungsfähigkeit von mind. 6 Stunden) durch den Profilvergleich zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil des allgemeinen Arbeitsmarktes bzw. einer Tätigkeit, die der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch ausüben kann, ergänzt werden.

Geht der Gutachter von einer **geminderten Erwerbsfähigkeit** aus, so sollte er im Weiteren bei seiner Stellungnahme auf folgende Profilvergleiche Bezug nehmen:

- *bei bestehendem Arbeitsverhältnis*: zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit unter Berücksichtigung von Veränderungsmöglichkeiten der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und

- zwischen Leistungsprofil des Versicherten und Anforderungsprofil einer Teilzeittätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes, die der Versicherte noch ausüben kann.

Da bisher in der Regel keine entsprechenden Anforderungsprofile vorliegen, setzen diese Profilvergleiche voraus, dass der Gutachter gemeinsam **mit dem Antragsteller die notwendigen Informationen erhebt** (diese Aufgabe kann ggf. in Teilen bereits der Sachbearbeiter erledigen). Hierzu zählen Fragen wie z.B.:

- Welche Tätigkeiten führen Sie am Arbeitsplatz aus?
- Bei welchen Tätigkeiten haben Sie Probleme?
- Gibt es Kompensationsmöglichkeiten für Sie, etwa durch Hilfsmittel, Kollegen, Variationen der Arbeitsaufgabe?

Neben verschiedenen Verfahren der Arbeitsplatzanalyse (www.assessment-info.de) kann das Profilvergleichsverfahren IMBA die Erhebung von Anforderungsprofil und Leistungsprofil sowie den Profilvergleich unterstützen (s. Kap. 4.5.7).

Der Gutachter sollte alles entsprechend dokumentieren und dazu Stellung nehmen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Frage kommen und/oder ob eine Teilzeittätigkeit zumutbar ist.

Erwerbsminderung von 3-6 Stunden → Teilzeittätigkeit und Beratung

Geht der Gutachter von einer *teilweisen* Erwerbsminderung aus, so ist ergänzend zu klären, inwieweit bereits mit dem Arbeitgeber bzgl. der Einrichtung einer Teilzeittätigkeit gesprochen wurde. Wünschenswert wäre weiterhin, dass er den Antragstellern, mit einem GdB über 50 (also Schwerbehinderte), eine ausführliche Beratung über die spezifische Möglichkeiten als Schwerbehinderter beim Integrationsamt empfiehlt. Denn als Schwerbehinderter hat der Betroffene grundsätzlich gesetzlich einen Anspruch auf einen Teilzeitarbeitsplatz.

Bei den Überlegungen der Einrichtung eines Teilzeitarbeitsplatzes durch den Arbeitgeber darf nicht unberücksichtigt bleiben, wie der Antragsteller selbst die Möglichkeiten einschätzt. Dabei stellt sich nicht nur die Frage, wie er die Aufgeschlossenheit des Arbeitgebers und der Kollegen hinsichtlich einer derartigen Maßnahme einschätzt, sondern auch, inwieweit psycho-soziale Belastungen bei möglichen Widerständen durch das Arbeitsumfeld für den Betroffenen tolerierbar und zumutbar sind.

Dem Rentenversicherungsträger obliegt die Aufgaben, wem er im Gutachtenprozess die weitere Ermittlung und Beratung zuweist.

Erstellung des Leistungsprofils

Für die **Erstellung des arbeitsbezogenen Leistungsprofils** ist ggf. der Einsatz spezieller Testverfahren der Aktivitätsdiagnostik (s. FCE-Verfahren, Kap. 4.5.6) hilfreich. Der Einsatz ist insbesondere indiziert, wenn aus Aktenlage, Anamnese sowie den klinischen Untersuchungsbefunden, Aktivitätsbild und insbesondere das arbeitsbezogene Leistungsprofil unklar, d.h. unzureichend für die Beantwortung der weitreichenden Fragestellung ist. Dies kann z.B. auch der Fall sein, wenn wenig aktuelle Daten über die Leistungsfähigkeit der Person vorliegen. Weiterhin kann bei erheblicher Diskrepanz zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des arbeitsbezogenen Leistungsprofils die durch Instrumente gestützte Aktivitätsdiagnostik indiziert sein (s. auch Kap. 4.5.6).

Für die Erstellung des Leistungsprofils sowie für die Prüfung, ob die Leistungsfähigkeit für eine Teilzeittätigkeit ausreicht oder ob die Leistungsfähigkeit durch Interventionsmaßnahmen positiv verändert werden kann, ist es notwendig, **Belastbarkeit, Regenerationsfähigkeit sowie Kompensationsfähigkeit und -potenzial** einzuschätzen.

Selbsteinschätzung

Alle Stellungnahmen des Gutachters sollten durch die subjektive Einschätzung des Antragstellers ergänzt werden (s. Kap. 4.4, 2.1). Dies bezieht sich demnach auf:

- Leistungsprofil – Selbstkonzept der Leistungsfähigkeit
- Über- und Unterforderungen – Profilvergleiche (und zwar in Bezug auf Leistungsprofil – konkreter Arbeitsplatz und Leistungsprofil – exemplarische Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts)
- Einrichten eines Teilzeitarbeitsplatzes – bei bestehendem Arbeitsverhältnis
- Rehabilitations- und Präventionsbedarf.

Hinweise zu Verfahren zur Unterstützung der subjektiven Einschätzung sind den Kapiteln 4.5.1, 4.5.4 und 4.5.5 zu entnehmen.

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1.1-1: Spannungsfelder des Sozialsystems/Hilfen zur Partizipation.....	2
Abb. 2.1-1: Bezugspunkte für die Begriffe der Beschäftigungs-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit	16
Abb. 2.1-2: EM-Ursachen und Prozesse gemäß bio-psycho-sozialem Modell der ICF (vergl. ICDH-Einleitung, 1990).....	18
Abb. 2.2-1: Zugangsalter Erwerbsminderungsrente.....	24
Abb. 2.2-2: Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Männer).....	26
Abb. 2.2-3: Diagnosehauptgruppen EM-Renten (Frauen)	27
Abb. 3.2-1: „Krankheitsmodell“ (BAR AG)	37
Abb. 3.2-2: „Das bio-psycho-soziale Modell der ICF“ (BAR AG).....	38
Abb. 3.2-3: Dimensionen und Merkmale/Items einer Zielgröße – Konzeptspezifikation ...	55
Abb. 3.2-4: Aspekte eines Betrieblichen Präventions- und Rehabilitationsmanagements im Großbetrieb In Anlehnung an Badura 2002	62
Abb. 4.1-1: Übersicht über die Ansätze und Managementsysteme	71
Abb. 4.1-2: Partner und Aufgaben des Betrieblichen Eingliederungsmanagements	75
Abb. 4.1-3: Erkennen und Instrumente im Betrieblichen Eingliederungsmanagement	88
Abb. 4.1-4: Schaltstelle Integrationsteam.....	89
Abb. 4.1-5: Maßnahmen – Einleitung und Steuerung	92
Abb. 4.1-6: Dokumentation und Evaluation im Betrieblichen Eingliederungsmanagement	95
Abb. 4.1-7: Inhalt und Datengewinnung bei CBDMA™.....	102
Abb. 4.2-1: Das hypothetische Denkmodell der präventiven Handlungsstrategie	117
Abb. 4.2-2: Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs auf der Basis des Prognosemodells unter Berücksichtigung von variablen und eher konstanten Rahmenbedingungen.....	119
Abb. 4.2-3: vereinfachtes allgemeines Prognosemodell	121
Abb. 4.2-4: Vereinfachtes Prognosemodell der Erwerbsminderung	122
Abb. 4.2-5: Grundschemata einer Wirkungskette zwischen Belastungen und daraus resultierenden Beschwerden	123
Abb. 4.2-6: Das hypothetische Modell des Ablaufschemas eines Frühwarnsystems	124
Abb. 4.4-1: Ganzheits-, Personen- und Kontextorientierung – der Mensch in seiner Mehrdimensionalität sowie in verschiedenen Kontextbezügen	166
Abb. 4.4-2: Determinantenmodell der Leistungsfähigkeit.....	174
Abb. 4.4-3: Merkmalkomplexe und Hauptmerkmale des Verfahrens IMBA	175
Abb. 4.4-4: Content Model des O*NET	178
Abb. 4.4-5: Modell zur Einschätzung von Risiken und Chancen der Teilhabe bei Krankheit/Behinderung (mod. nach Nellessen 2002, 100)	192
Abb. 4.4-6: Begutachtung – Assessment, Dokumentation und Stellungnahme	213
Abb. 4.5-1: Analysebereiche der Teilhabe	220
Abb. 4.5-2: Dimensionen des Design Check.....	226
Abb. 4.5-3: Analyse der Risikofaktoren – Ergänzungen des FWS Design Check	227
Abb. 4.5-4: Vorderseite des erweiterten Design Check (2-D-Diagramm), Einstufungsbeispiel.....	228
Abb. 4.5-5: Theorie des Belastungs-Risiko-Konzepts	231
Abb. 4.5-6: Entwicklung eines ergonomischen Frühwarnsystems	232
Abb. 4.5-7: Begriffsdefinitionen zur Risikobeurteilung nach EN 1050.....	234
Abb. 4.5-8: Risikodefinition gemäß EN 1050	235

Abb. 4.5-9:	Vorderseite FWS Erg - FWS Med: Körperstellungen, Arm- und Rumpfhaltungen	237
Abb. 4.5-10:	FWS Erg – Einstufung der Lastenhandhabung	241
Abb. 4.5-11:	Aufbau des FWS Med.....	243
Abb. 4.5-12:	FWS Med: Hand-Arm-System, Schwingungen etc.....	245
Abb. 4.5-13:	Anforderung FWS Erg: Stehen, stark gebeugt	247
Abb. 4.5-14:	Einstufung FWS Med: Starke Rumpfbeuge, -rotation und -seitneigung	248
Abb. 4.5-15:	Abgleich Anforderung Fähigkeit mit der Ergo-FWS Software.....	249
Abb. 4.5-16:	Defizit- und ressourcenorientierte Beurteilungsskala	254
Abb. 5.3-1:	Entscheidungsbaum für Rentenleistungen wegen Erwerbsminderung unter Berücksichtigung des quantitativen Leistungsvermögens und der Verfügbarkeit eines Arbeitsplatzes (normative Setzungen).....	303

Tabellenverzeichnis

	Seite
Tab. 2.2-1: Effektive Antragszugänge insgesamt gesetzliche Rentenversicherung (VDR)	23
Tab. 2.2-2: Statistik über Rentenanträge gemäß § 5 RSVwV - Berichtszeitraum: Januar bis Dezember 2003	28
Tab. 2.2-3: Leistungen zur Teilhabe in den letzten 5 Jahren vor Bewilligung einer EM-Rente	29
Tab. 3.2-1: Beispiele für die Ausrichtung von Beratung	45
Tab. 4.3-1: Beratungsprofile	148
Tab. 4.4-1: Auszüge der Merkmalkomplexe und Merkmale (Detailmerkmale) des DIK-2	176
Tab. 4.4-2: Items der körperlichen Leistungsfähigkeit auf Basis der Ansätze und Modelle von VDR/BA, Tittor et al., O*NET, DIK-2 und IMBA in Gegenüberstellung zu dem Leitfaden des VDR und der BA	181
Tab. 4.5-1: Überblick über ausgewählte Normen der EU Maschinenrichtlinie.....	233
Tab. 4.5-2: Möglichkeit des Informationsgewinn in Abhängigkeit von der Erhebungsmethode	256
Tab. 4.5-3.: Items (20) physischer Anforderungen des Dictionay of Occupational Titles	262
Tab. 4.5-4: Häufigkeitsschlüssel im DOT	266
Tab. 4.5-5: Einteilung der Arbeitsschwere im DOT.....	266
Tab. 4.6-1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2002	274