iqpr Forschungsbericht

Nr. 4 / 2007

# Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Rudolf C. Zelfel

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

In der Reihe Forschungsberichte stellt das iqpr Arbeitsergebnisse aus laufenden und abgeschlossenen Projekten der Fachöffentlichkeit vor.

Der vorliegende Forschungsbericht ist im Rahmen des Projektes "Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben" entstanden. Das Projekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales aus Mitteln der Ausgleichsabgabe. Die Projektleitung hatten Univ.-Prof. Dr. Ingo Froböse, Matthias Mozdzanowski, Dr. Hans-Martin Schian, Univ.-Prof. Dr. Klaus Schüle und Prof. Dr. habil. Andreas Weber.

## Impressum

**iqpr Forschungsbericht**
Nr. 4/2007

**Herausgeber**
Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln

**ISBN**
3-9811175-5-7
978-3-9811175-5-4

**Zitiervorschlag**
Zelfel, R C (2007) Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. iqpr Forschungsbericht Nr. 4/2007. iqpr, Köln

**Rechte**
Nachdruck – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung des iqpr

**Technische Herstellung**
Torsten Alles

**iqpr im Internet**
www.iqpr.de

**Rückfragen zum Inhalt an**
Rudolf C. Zelfel
zelfel@iqpr.de

**Köln, März 2007**

# Inhaltsverzeichnis


Seite

Forschungsbericht ..... 1
1 Einleitung ..... 1
1.1 Gliederung ..... 1
1.2 Veränderungen in der Politik für Menschen mit Behinderungen ..... 1
2 Leistungen zur Teilhabe im SGB IX ..... 3
2.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sozialgesetzbuch ..... 3
2.2 Die Entwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ..... 7
3 Qualität und Ziele bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ..... 16
3.1 Der Qualitätsbegriff aus der Sicht der Betroffenen ..... 16
3.1.1 Wünsche der Betroffenen in der Erstrehabilitation ..... 16
3.1.2 Wünsche der Betroffenen in der Wiedereingliederung ..... 17
3.2 Zielsetzung des SGB IX ..... 17
3.3 Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger ..... 20
3.3.1 Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung ..... 20
3.3.2 Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan ..... 21
3.4 Qualitätskriterien des IQPR-Konzeptes zur Qualitätssicherung ..... 23
3.4.1 Assessment ..... 25
3.4.2 Dialogorientierung ..... 25
3.4.3 Teilhabeplan, Dokumentation ..... 26
3.4.4 Orientierung an betrieblicher Eingliederung ..... 27
3.4.4.1 Hilfen zu Erhalt oder Anpassung eines Arbeitsplatzes ..... 27
3.4.4.2 Qualifizierung findet heute außerhalb von Betrieben statt ..... 28
3.4.4.3 Der Mythos des Klebeeffektes ..... 30
3.4.4.4 Die Werkstatt für behinderte Menschen gewinnt immer mehr an Bedeutung 31
3.4.4.5 Gestufte Rehabilitationskonzepte ..... 33
4 Qualitätsanforderung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ..... 36
4.1 Prozessorientierte Beschreibung der Leistungen ..... 36
4.2 Leistungen in den Kernprozessen im Spiegel des § 33 Abs. 3 SGB IX ..... 40
4.3 Prozessbeschreibung der Kernprozesse ..... 41
4.3.1 Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 41
4.3.2 Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 43
4.3.3 Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ 45
4.3.4 Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung“ ..... 46
4.3.5 Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ ..... 47

4.3.6 Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“ ..... 49

4.4 ICF-Orientierung in den Kernprozessen ..... 50
4.4.1 ICF-Orientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 50

4.4.2 ICF-Orientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 51

4.4.3 ICF-Orientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 51

4.4.4 ICF-Orientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“ ..... 51

4.4.5 ICF-Orientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ 52

4.4.6 ICF-Orientierung im Kernprozess VI ..... 53

4.5 Assessment in den Kernprozessen ..... 53
4.5.1 Assessment im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 53

4.5.2 Assessment im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 53

4.5.3 Assessment im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 54

4.5.4 Assessment im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“ ..... 54

4.5.5 Assessment im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ .. 56

4.5.6 Assessment im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“ ..... 56

4.6 Dialogorientierung in den Kernprozessen ..... 56
4.6.1 Dialogorientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 56

4.6.2 Dialogorientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 56

4.6.3 Dialogorientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 56

4.6.4 Dialogorientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“ ..... 57

4.6.5 Dialogorientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ ..... 57

4.6.6 Dialogorientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“ . 57

4.7 Teilhabeplan/Dokumentation in den Kernprozessen ..... 57
4.7.1 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 57

4.7.2 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 57

4.7.3 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 58

4.7.4 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“ 58

4.7.5 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ ..... 58

4.7.6 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“ ..... 58

4.8 Orientierung an betrieblicher Eingliederung ..... 59
4.8.1 Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit ..... 59

4.8.2 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“ ..... 61

4.8.3 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 61

4.8.4 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“ ..... 62

4.8.5 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“ ..... 64

4.8.6 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“ ..... 64

4.8.7 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess VI ..... 65

4.9 Zusammenfassung Prozessqualität ..... 65
5 Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ..... 67
5.1 Ziele des SGB IX und die Umsetzung durch die Rehabilitationsträger ..... 67
5.2 Der Beitrag von Verbleibstatistiken zur Beurteilung von Ergebnisqualität ..... 68
5.3 Zufriedenheitsbefragungen ..... 70
5.4 Der Teilhabeplan als Dokumentation der Ergebnisqualität ..... 71

5.5 Ergebnisqualität in den Kernprozessen des IQPR Modells ..... 72
6 Zusammenfassung ..... 74
7 Literatur ..... 76
8 Abbildungsverzeichnis ..... 80
9 Tabellenverzeichnis ..... 81

# 1 Einleitung

## 1.1 Gliederung

Die folgende Zusammenfassung ist gegliedert in

- Ziele und Qualitätsanforderungen an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Gesetzliche Grundlagen, Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger, IQPR-Kriterien zur Qualitätssicherung
- Prozessabläufe und Qualitätsanforderung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Prozessbeschreibung der sechs Kernprozesse bei LTA, das IQPR-Qualitätsmodell
- Vorschläge zur Beurteilung von Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Kundenzufriedenheit, Arbeitsmarkteingliederung, Beschäftigungsfähigkeit

Auf die Strukturqualität der einzelnen Leistungserbringer und Leistungsträger kann hier nur im Rahmen der Prozessbeschreibungen eingegangen werden.

## 1.2 Veränderungen in der Politik für Menschen mit Behinderungen

Das Jahr 2001 darf als Meilenstein in der Politik für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen bezeichnet werden. Zum einen wurde in Deutschland das Behindertenrecht in einem Sozialgesetzbuch IX zusammengefasst, dessen programmatischer Auftrag „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ eine neue Ausrichtung der Politik für Menschen mit Behinderungen bedeutet. Zum anderen wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) verabschiedet, die weltweit ein bio-psycho-soziales Menschenbild für die Beschreibung der funktionalen Gesundheit (functional health) zu Grunde legt und damit Abschied nimmt von einer defektorientierten Betrachtung des Menschen mit Behinderung.

Das SGB IX ist maßgeblich beeinflusst von der ICF und beruft sich auf diese. Mit diesem neuen Konzept ist es erstmals möglich geworden, Behinderung als eine Wechselwirkung zwischen Gesundheitsproblemen und den persönlichen und gesellschaftlichen Kontextbedingungen zu begreifen. Damit wird einer der Grundaussagen Rechnung getragen, die Fachleute aus Soziologie, Psychologie und anderen Gesellschaftswissenschaften, vor allem aber die internationale Behindertenbewegung seit etwa 1970 vorgetragen haben: „Nicht der Behinderte ist behindert, sondern die Gesellschaft macht ihn zum Behinderten!“ In dem alten Sprichwort, „dass der Blinde unter Einäugigen König ist“, ist dieser Kontextgedanke im Volksmund schon immer geläufig.

Diese Veränderungen, von vielen auch als Paradigmenwechsel bezeichnet, erfordern neue Anforderungen an die Qualität und die Durchführung von Leistungen, die der Sozialstaat für behinderte oder von Behinderung Bedrohte zur Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbringt. Ein wesentliches Element ist hierbei die Stellung des Menschen im Rehabilitationsprozess. Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch ist nicht mehr Objekt staatlicher Fürsorge, sondern er ist Subjekt im Rehabilitationsgeschehen und

© 2007 IQPR Köln 

kann sich unter Umständen die erforderlichen Leistungen nach einem ihm zur Verfügung gestellten persönlichen Budget sogar einkaufen. Für die Leistungsträger erfordert dies eine Abkehr von hoheitsstaatlichem oder Behördendenken hin zu einer partnerschaftlichen und serviceorientierten Leistungsbewilligung. Für die Leistungserbringer gilt Entsprechendes.


© IQPR Köln

# 2 Leistungen zur Teilhabe im SGB IX

Rehabilitationsleistungen für behinderte[1] und von Behinderung bedrohte[2] Menschen in Deutschland lassen sich in fünf Bereiche einteilen:

- Medizinische Rehabilitation:
  Medizinische Leistungen: Krankenbehandlung, Frühförderung, Therapie, Hilfsmittel u. a.
- Schulische Rehabilitation:3
  Sonderpädagogische, heilpädagogische Förderung, sonderpädagogische Frühförderung, schulische Förderung im dualen Berufsbildungssystem
- Berufliche Rehabilitation:
  Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Erlangung oder Erhalt eines Arbeitsplatzes, Qualifizierung, Eingliederungshilfen, Arbeitsassistenz
- Gesellschaftliche Rehabilitation:
  Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft: Eingliederungshilfen, Hilfen zum selbständigen Leben und Wohnen u. a.
- Unterhalt, ergänzende Leistungen:
  Finanzielle Unterhaltsleistungen, Haushalts-/Betriebshilfen, Kinderbetreuung u. a.

Im Folgenden soll ausschließlich die Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) betrachtet werden, wobei andere Leistungen, soweit sie betroffen sind, einbezogen werden.

## 2.1 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sozialgesetzbuch

Aufgabe und Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im SGB IX § 33 wie folgt beschrieben: „Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit

- zu erhalten,
- zu verbessern,
- herzustellen oder wiederherzustellen

und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern."

Folgende Leistungsarten werden im Gesetz aufgeführt:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes
   (z. B. Umgestaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, Umsetzung im bisherigen Betrieb, Anbahnung eines behinder-

[1] Zu Grunde gelegt wird der Behinderungsbegriff, der durch § 2 SGB IX vorgegeben ist und sich am bio-psycho-sozialen Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO orientiert.
[2] Ein Großteil der Leistungen steht auch für „von Behinderung Bedrohte" zur Verfügung. Aus Gründen der Lesbarkeit wird dies im Weiteren nicht mehr erwähnt.
[3] Dieser Begriff wird in deutschsprachiger Literatur leider nur selten verwendet, obwohl zahlreiche Schnittstellen zu anderen Leistungen bestehen. Dieser Bereich unterliegt wegen der Rechtshoheit der Länder nicht dem SGB IX. (Anm. Zelfel)

tengerechten Arbeitsplatzes in einem anderen Betrieb, Bewerbe-, Reise- Umzugskosten, Trennungs- und Überbrückungshilfen)

2. Berufsvorbereitung einschließlich behinderungsbedingte Grundausbildung
   (z. B. berufsvorbereitende Maßnahmen, Reha-Vorbereitungslehrgänge, blindentechnische Grundausbildung, Eingangsverfahren/Berufsbildungsbereich WfbM)
3. Berufliche Anpassung und Weiterbildung
   (z. B. Fortbildung, Umschulung)
4. Berufliche Ausbildung
   (z. B. Erstausbildung betrieblich, überbetrieblich, in Reha-Einrichtungen)
5. Überbrückungsgeld
   (Aufbau einer selbständigen Existenz)
6. Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
   (z. B. Kfz-Hilfen, Verdienstausfall, Arbeitsassistenz, Hilfsmittel, Wohnung, Lehrgangskosten, Unterkunft)

Die Hilfen umfassen auch:

- Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
- Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen
- Beratung von Partnern, Angehörigen, Vorgesetzten, Kollegen (mit Zustimmung)
- Kontakte zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten
- Hilfen zur seelischen Stabilisierung, Förderung sozialer Kompetenz
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen
- Beteiligung Integrationsfachdienst

In den übrigen Sozialgesetzbüchern finden sich trägerspezifische Regelungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. So sind im III. Sozialgesetzbuch die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, im VI. Buch die Leistungen der Rentenversicherung und im VII. Buch die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ergänzend zum IX. Sozialgesetzbuch geregelt.

Obwohl sich das Hauptaugenmerk gewöhnlich auf Qualifizierungsmaßnahmen richtet, darf nicht vergessen werden, dass das Spektrum und die tatsächlich erbrachten Leistungen sehr viel umfangreicher sind. Als Beispiel seien hier alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2004 nach Angaben der Träger tabellarisch und grafisch dargestellt.


© IQPR Köln

| Abs. 3 Nr. | Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2004 §33 SGB IX | AV | RV | UV[1)] | Summe |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes** | 15.573 | 24.375 | 16.429 | **56.377** |
| **2** | **Berufsvorbereitung einschließlich behinderungsbedingte Grundausbildung** | 56.603 | 17.963 | 1.301 | **75.867** |
| **3** | **Berufliche Anpassung und Weiterbildung[2)]** | 45.181 | 31.496 | 3.332 | **80.009** |
| **4** | **Berufliche Ausbildung[3)]** | 26.600 | | 217 | **26.817** |
| **5** | **Überbrückungsgeld[4)]** | | 710 | | **710** |
| **6** | **Sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben[5)]** | 16.277 | 14.226 | 129 | **30.632** |
| | **Eignungsabklärung, Arbeitserprobung[6)]** | 10.588 | 14.003 | 302 | **24.893** |
| | **Summe** | **170.822** | **102.773** | **21.710** | **295.305** |

1) *Unfallversicherung ohne öffentliche und Landwirtschaft, ab 2004 neue Ausweisung der LTA*

2) *alle Maßnahmen von Fortbildung bis Umschulung außer Ausbildung*

3) *plausibel, da in der RV vermutlich kaum Erstausbildung*

4) *Der Anteil Reha an den rd. 84.000 Überbrückungsgeldern 2004 ist nicht ermittelbar*

5) *z. T. Überschneidungen mit 1*

6) *früher Berufsfindung, sind systematisch eigentlich keine LTA*

Quelle: AV ANBA der BA 2004, RV VDR Statistik Rehabilitation 2004, BG Anhang 2 zum Geschäftsbericht HVBG 2004, Tabelle Rudolf C. Zelfel, IQPR Köln © 2006

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2004 der Träger Bundesagentur, Rentenversicherung (abgeschlossen Leistungen), Unfallversicherung (Datenzusammenstellung IQPR)

Im Folgenden ist eine grafische Übersicht über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitleben im Jahre 2004 in kumulierter Form, unterschieden nach den bedeutendsten Trägern Arbeitsverwaltung (AV), Rentenversicherung (RV), Unfallversicherung (UV), abgedruckt.

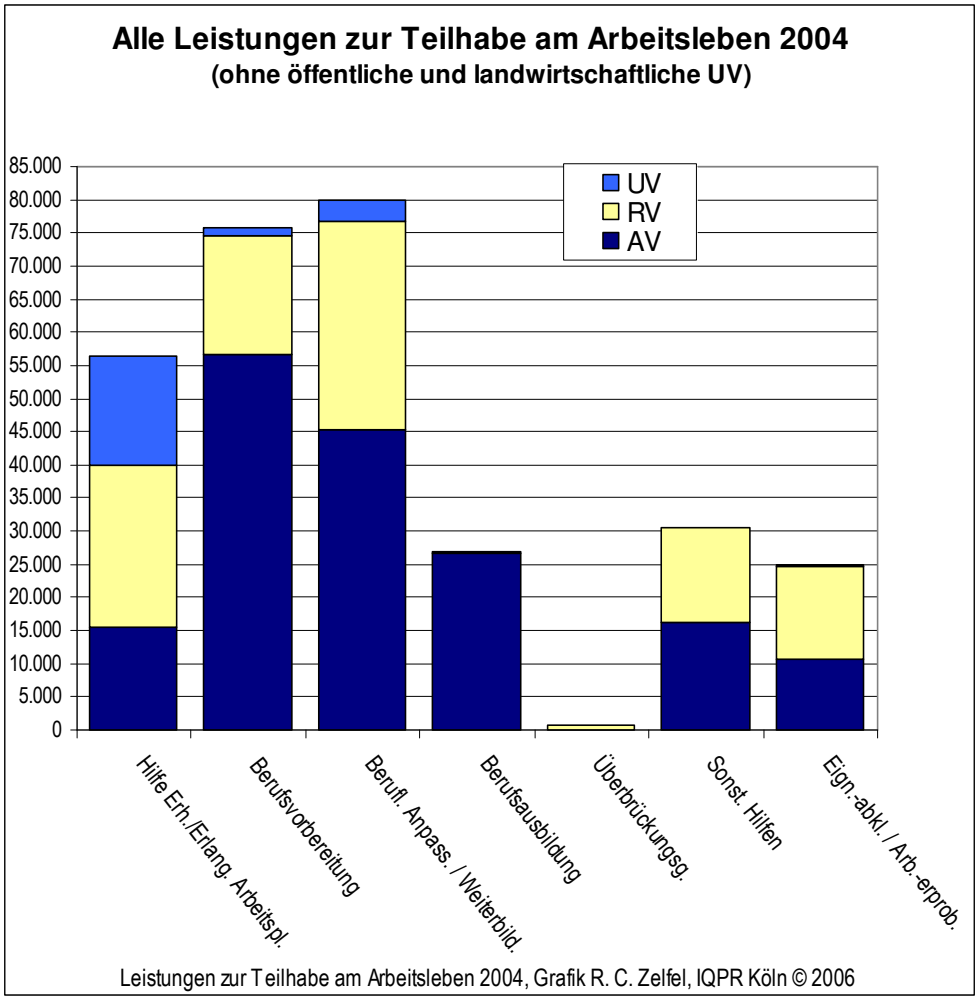


Abbildung 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2004 aller drei Träger

Aus der grafischen Darstellung wird deutlich, dass berufliche Anpassungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zahlenmäßig den größten Teil der rund 300.000 Leistungen darstellen, wobei aus den vorliegenden Quellen diese Angabe leider nicht nach Dauer differenziert werden kann. Die Rentenversicherungsstatistik verzeichnet eine Varianz zwischen vier Wochen bis zu zwei Jahren. In der Ersteingliederung[4] gibt es Ausbildungsgänge, die bis zu dreieinhalb Jahren dauern können.

Der hohe Anteil der berufsvorbereitenden Maßnahmen ist auf die Ersteingliederung zurückzuführen. Jedoch zeigt sich in den Zahlen der Rentenversicherung, die ja ausschließlich Leistungen der Wiedereingliederung übernimmt, die zunehmende Bedeutung von Vorbereitungslehrgängen.

In den aufgeführten Zahlen des Jahres sind die „bedingten Vermittlungsbescheide“ und die bedingten Kfz-Hilfen, 86.613 bzw. 589 Fälle, nicht aufgeführt, da sie den Vergleich sprengen würden. Sie sind ab dem Jahr 2004 in der Reha-Statistik der Rentenversicherung ohnehin nicht mehr ausgewiesen.

[4] Analog zum Sprachgebrauch der Bundesagentur wird unterschieden in Erstrehabilitation, Schulabgänger mit Behinderungen und Wiedereingliederung, Menschen mit Behinderungen, die bereits im Beruf integriert sind oder waren.

## 2.2 Die Entwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Anzahl der Leistungen zur Teilhabe im Bereich der Rentenversicherung ist erst seit 2005 wieder sinkend. Im Zehnjahreszeitraum (1996–2005) ist sie um 67%, davon West 61% und Ost 84%, gestiegen. Im 15-Jahreszeitraum beträgt die Steigerung 280%, wobei davon nur 40% durch den Neuaufbau in den neuen Bundesländern erklärbar sind.

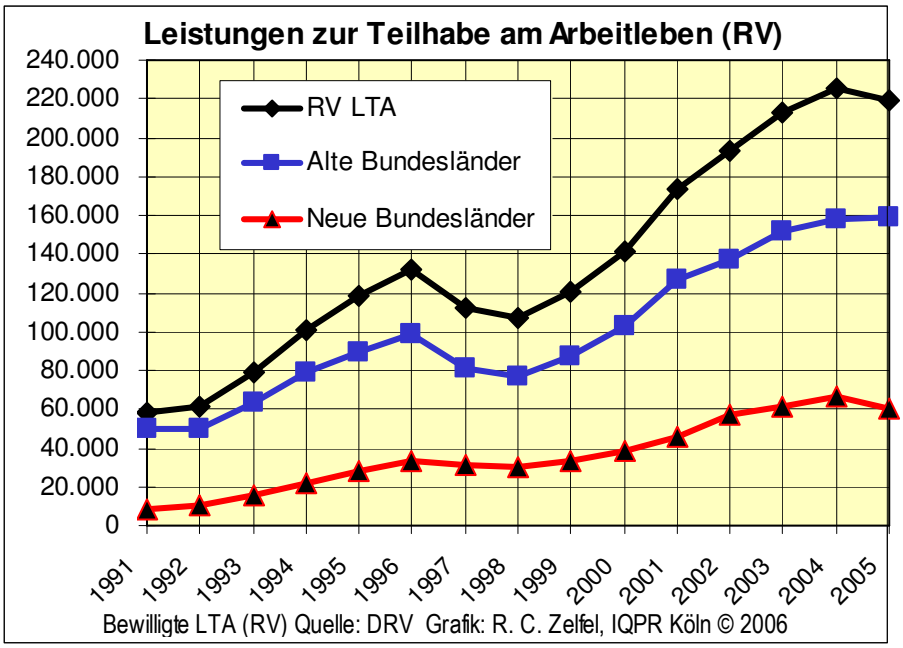


Abbildung 2: Entwicklung der LTA-Bewilligungen in der Rentenversicherung

Die Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind stark gestiegen. Für den letzten dokumentierten Zeitraum bis 2004 sind sie im Fünfjahreszeitraum um 150%, im Zehnjahreszeitraum um 350% gestiegen.

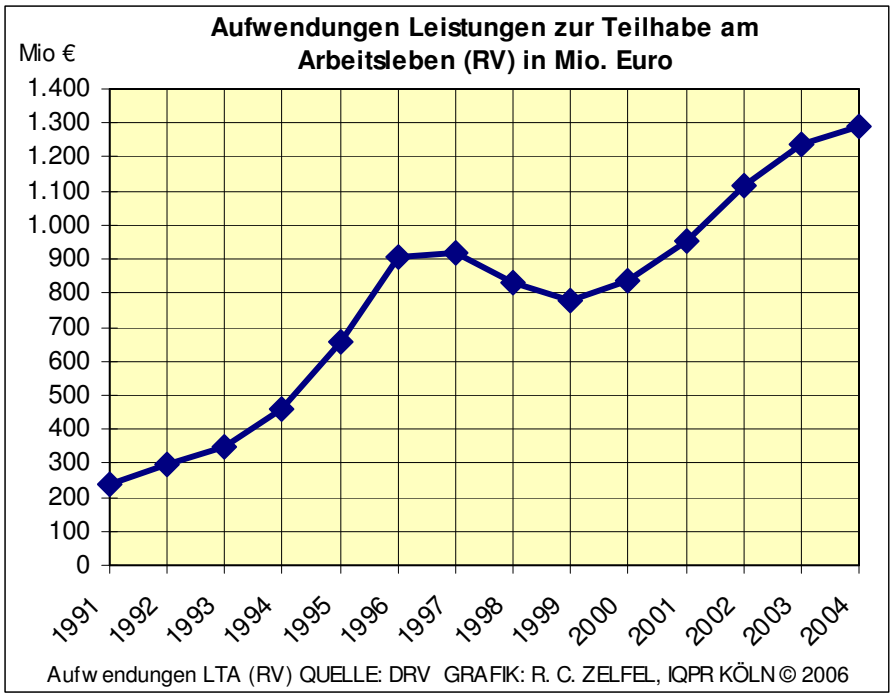


Abbildung 3: Kostenentwicklung für LTA in der Rentenversicherung

Die Kosten für die medizinische Rehabilitation hingegen weisen zwar im Fünfjahreszeitraum eine Steigerung um 15% auf, im Zehnjahreszeitraum sind sie in etwa gleich geblieben. Die absoluten Zahlen für das Jahr 2004 liegen in etwa auf dem Niveau des Jahres 1992.

Leider gibt es keine einheitliche Reha-Statistik der drei wichtigsten Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Rentenversicherung veröffentlicht beispielsweise im Gegensatz zur Bundesagentur keine Daten über den Lernort, an dem die Maßnahme stattfindet. Zeitreihen können Aufschluss über Veränderungen in der Auswahl der Maßnahmearten geben. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass diese durch äußere Bedingungen wie etwa die Integration der neuen Bundesländer oder Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen nur begrenzt interpretationsfähig sind. Einen Zeitreihenüberblick über die Leistungsauswahl in der Rentenversicherung gibt die folgende Grafik. Die Werte für Vermittlung und Umsetzung wurden aus grafischen Gründen für zurückliegende Zeiträume angepasst. Ein Zusammenschluss der Rentenversicherungsträger erfolgte erst im Jahr 2005. So können sich bei der Einzelanalyse der vormaligen Landesversicherungsanstalten, der Bundesversicherung für Angestellte und der Knappschaft völlig andere Trends ergeben. Dennoch lässt sich ein steigender Trend bei den Instrumenten Weiter-/Ausbildung, Leistungen an Arbeitgeber und Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen erkennen.

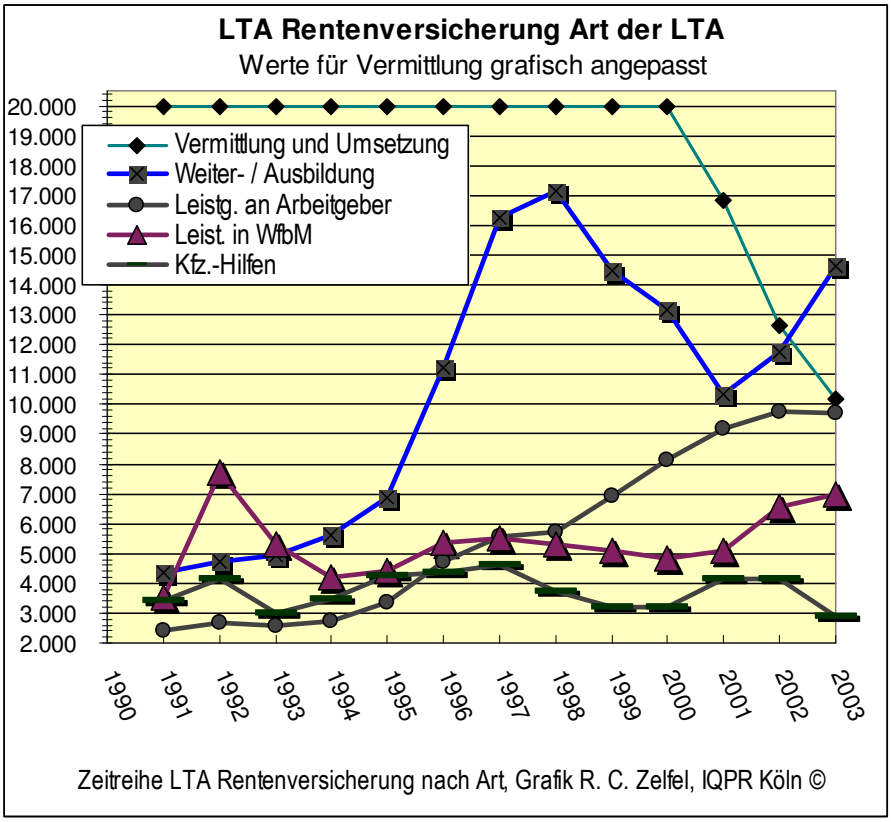


Abbildung 4: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben RV 1990–2003

Die Eintrittszahlen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Bundesagentur für Arbeit sind differenziert zu betrachten. Die Bundesagentur erbringt Rehabilitationsleistungen im Bereich der Ersteingliederung fast ausschließlich, während sie bei der Wiedereingliederung nur dann zuständig ist, wenn kein anderer Träger diese Leistungen erbringt.

Die Zahlen der Eintritte in Leistungen zur Teilhabe im Bereich der Bundesagentur sind in den letzten vier Jahren gesunken. Gegenüber dem Höchststand im Jahre 2002 haben sich die Gesamtzahlen von ca. 150.000 auf etwa 100.000 um ein Drittel verringert. Die folgende Grafik gibt eine Übersicht über die Eintritte in Maßnahmen.

© 2007 IQPR Köln

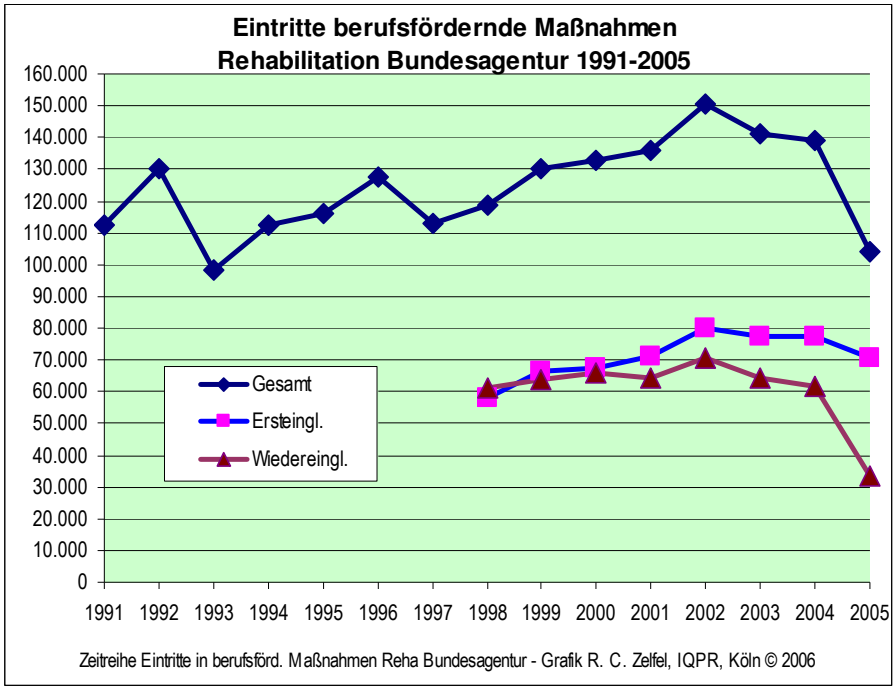


Abbildung 5: Zeitreihe Eintritte in berufliche Rehabilitation BA 1991–2005

Die Rückgänge in der Ersteingliederung sind nur z. T. durch die sinkenden Schülerzahlen zu erklären. Aus den Fachverbänden wird vorgetragen, dass die örtlichen Agenturen bei der Auslegung des § 19 SGB III strenger geworden seien. Dieser regelt nämlich, wer im Sinne der beruflichen Rehabilitation behindert ist und Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt. Die Zahl der Förderschüler ohne Hauptschulabschluss hat sich beispielsweise in den letzten vier Jahren nur um 1.500 verringert. Gleichzeitig ist der Anteil von Schüler/innen, die eine sonderpädagogische Förderung erhalten, angestiegen. Die folgende Tabelle enthält die Absolventenzahlen aus allgemeinbildenden Schulen sowie die Zugänge von „Reha-Fällen“[5], erstellt von der Bundesagentur für die Erstrehabilitation im Jahr 2003 und mit aktuellen Zahlen fortgeführt:

[5] nicht gleichzusetzen mit Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen! Anm. d. V.


© IQPR Köln

| Jahr | Absolventen allgemeinbildender Schulen | Reha-Zugänge Ersteingl. | Anteil in % |
|---|---|---|---|
| 1996 | 892.300 | 65.949 | 7,4 |
| 1997 | 913.000 | 55.250 | 6,1 |
| 1998 | 922.000 | 51.930 | 5,6 |
| 1999 | 933.200 | 51.149 | 5,5 |
| 2000 | 932.800 | 51.894 | 5,6 |
| 2001 | 924.600 | 54.612 | 5,9 |
| 2002 | 935.700 | 57.309 | 6,1 |
| 2003 | 950.400 | 52.091 | 5,5 |
| 2004 | 965.400 | 52.460 | 5,4 |
| 2005 | 958.000 | 47.273 | 4,9 |
| | Quellen: KMK, Destatis (nur 2005) | Quelle: AN BA | |
| Tabelle: R. C. Zelfel, IQPR Köln © 2006 | | | |

Tabelle 2: Schulabgänger/Reha-Zugänge Zeitreihe

In den letzten zehn Jahren gibt es einen Rückgang des prozentualen Anteils von 7,4 auf 4,9%. Die folgende Grafik zeigt die Veränderung:

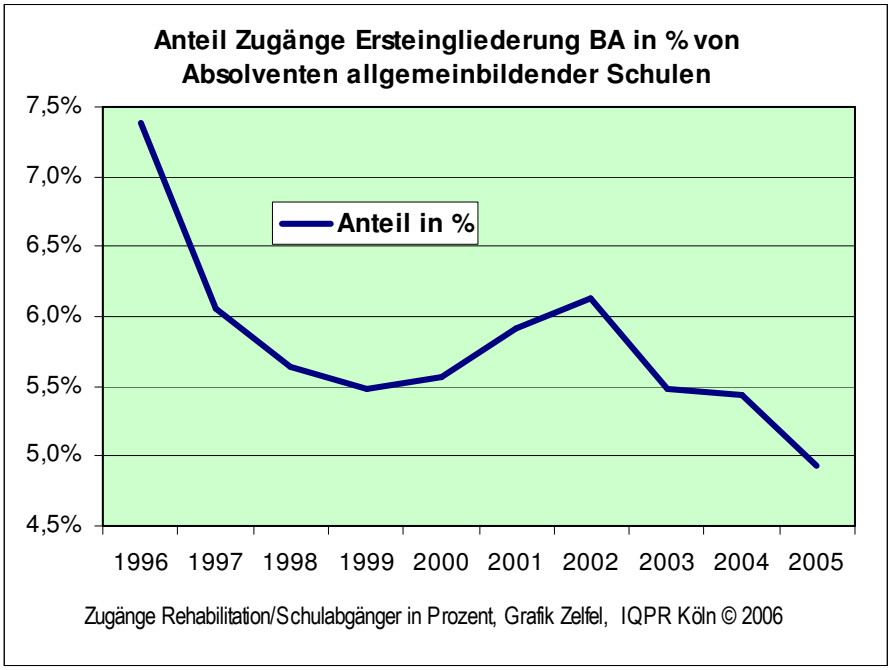


Abbildung 6: Prozentanteile Zugänge Erstrehabilitation BA an Schulabgängern

Die gewaltigen Rückgänge im Bereich der Wiedereingliederung werden im Allgemeinen durch die noch nicht befriedigende Zusammenarbeit zwischen den SGB II Trägern und den Trägern der Rehabilitation erklärt. Hier haben sich beim Übergang Schwierigkeiten der Zuständigkeiten ergeben. Für den Bereich der Erstrehabilitation wurde bereits im Jahr 2005 die Zuständigkeit der Agenturen für Arbeit vereinbart. Für die Wiedereingliederung von SGB II Empfängern mit Behinderungen wurde eine Arbeitshilfe-Reha erarbeitet, die die z. T. konkur-

rierenden Zuständigkeiten klären soll.[6] Im Juni 2006 wurde im SGB IX der § 6a[7] eingefügt, der die Zuständigkeit der Bundesagentur für Leistungen zur Teilhabe vorschreibt und Prozeduren über die Abwicklung mit den Kostenträgern enthält.

Bei den Ausgaben ergeben sich nicht so gewaltige Änderungen wie bei den Rehabilitandenzahlen. Die folgende Grafik zeigt die Haushaltszahlen der Bundesagentur, die den jeweiligen Haushaltsplänen entnommen wurden. Insgesamt wurden die Haushaltsansätze in den letzten vier Jahren um etwa 300 Millionen Euro vermindert. Der Vergleich mit den Zahlen der Rentenversicherung ist nicht möglich, da diese Daten nur bis zum Jahr 2004 vorliegen. Von den Unfallversicherungsträgern liegen keine veröffentlichten Daten vor.

Die Entwicklung der Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe der Bundesagentur:

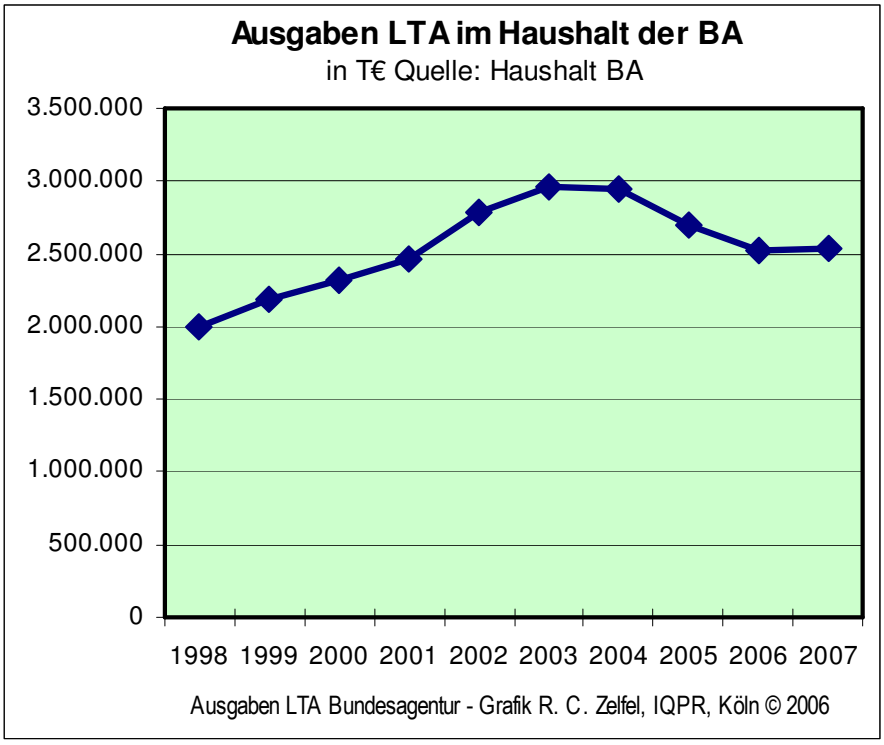


Abbildung 7: Haushaltszahlen LTA der BA 1998–2007

Die Bundesagentur ist im Bereich der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen nach wie vor der größte Träger, wenn auch die Eintritte in Rehabilitationsmaßnahmen deutlich sinken. In der folgenden Tabelle sind die Eintritte in berufliche Bildungsmaßnahmen der Bundesagentur aufgeführt. Die Bundesagentur gewährt entsprechend den Bestimmungen des SGB III § 98 allgemeine und besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Allgemeine Leistungen entsprechen den Leistungen, die auch für Menschen ohne Behinderungen erbracht werden. In der Statistik der Bundesagentur werden deshalb auch allgemeine Leistungen

[6] Bundesagentur für Arbeit (2005), Arbeitshilfe-Reha für die Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit (AA) mit Arbeitsgemeinschaften (ARGE) und zugelassenen kommunalen Trägern (zkT) bei der beruflichen Eingliederung von erwerbstätigen behinderten Hilfeempfängern. Stand Juli 2006. Zugriff 06-12-03 unter http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A04-Vermittlung/A042-Vermittlung/Publikation/pdf/Arbeitshilfe-Reha-Zusammenarbeit-Argen-u-AA.pdf

[7] SGB IX § 6a Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Zweiten Buch

ausgewiesen, die zur Teilhabe für Menschen mit Behinderungen erbracht werden, bei denen keine besonderen Leistungen erforderlich sind.

| Art der Bildungsmaßnahme | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ausbildung inkl. § 66 BBiG/42b HwO, Weiterbildung | 51.592 | 53.470 | 58.126 | 52.402 | 51.828 | 56.276 |
| Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen -allgemein- | 2.264 | 2.626 | 3.037 | 2.186 | 5.009 | 5.148 |
| Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich Werkstatt für behinderte Menschen | 11.912 | 11.855 | 12.781 | 12.700 | 14.149 | 14.989 |
| Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen -rehaspezifisch- | 33.005 | 34.625 | 38.294 | 32.903 | 35.263 | 38.618 |
| Eignungsabklärung (Berufsfindung), Arbeitserprobung | 13.705 | 13.352 | 15.267 | 12.835 | 12.543 | 14.908 |
| **Summen** | **112.478** | **115.928** | **127.505** | **113.026** | **118.792** | **129.939** |
| | | | | | | |
| **Art der Bildungsmaßnahme** | **2000** | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| Ausbildung inkl. § 66 BBiG/42b HwO, Weiterbildung | 57.086 | 55.454 | 61.962 | 53.610 | 50.786 | 40.248 |
| Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen -allgemein- | 5.084 | 4.834 | 8.583 | 17.354 | 31.962 | 25.961 |
| Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich Werkstatt für behinderte Menschen | 14.929 | 16.274 | 18.559 | 20.066 | 19.729 | 18.135 |
| Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen -rehaspezifisch- | 39.839 | 42.825 | 44.186 | 38.070 | 25.907 | 12.568 |
| Eignungsabklärung (Berufsfindung), Arbeitserprobung | 15.956 | 16.386 | 17.077 | 12.292 | 10.588 | 6.978 |
| **Summen** | **132.894** | **135.773** | **150.367** | **141.392** | **138.972** | **103.890** |

Tabelle 3: Art und Anzahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen BA 1994–2005

Die Veränderungen der bewilligten Leistungen werden in der folgenden Grafik deutlich. Die Zahlen entstammen den Statistiken der Amtlichen Nachrichten der Bundesagentur (ANBA). Sie wurden von der Statistikstelle der Bundesagentur übermittelt oder den Jahresberichten entnommen:

© 2007 IQPR Köln

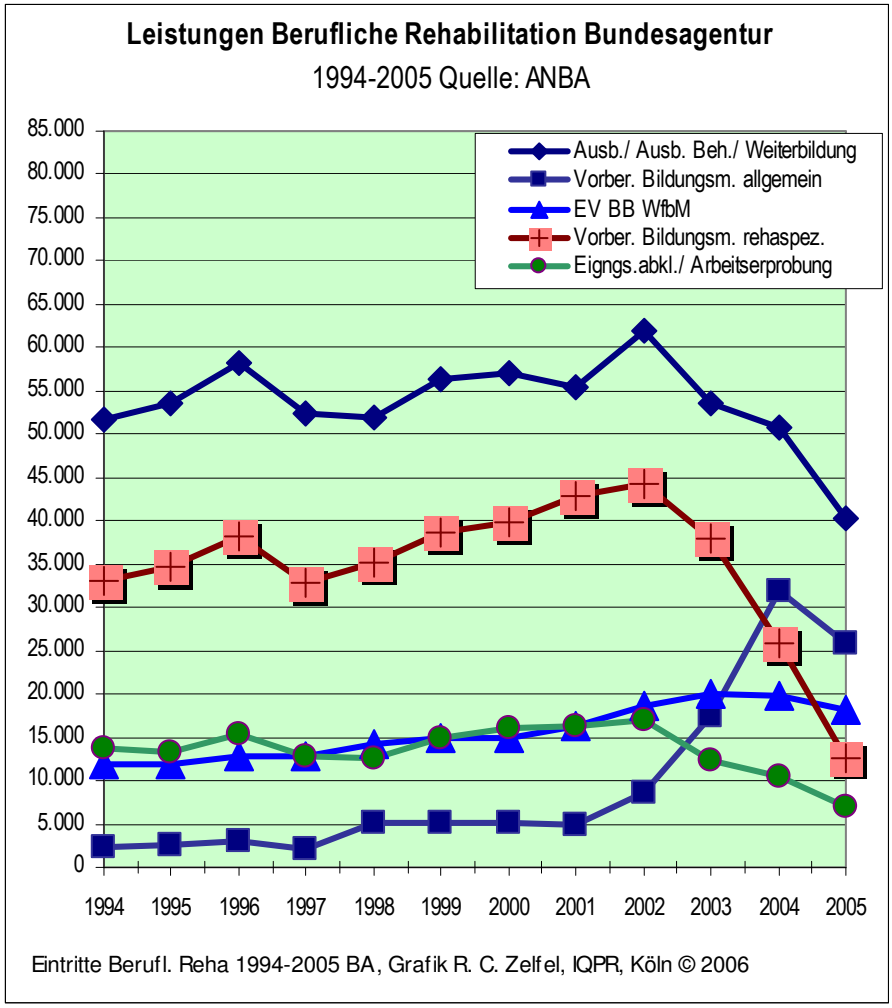


Abbildung 8: Zeitreihe Eintritte berufsfördernde Maßnahmen Reha BA 1994–2005

Analog zu den sinkenden Rehabilitandenzahlen sinken die absoluten Zahlen der Eintritte in die Maßnahmen. Dies betrifft ganz besonders die Berufsausbildung nach § 25 oder nach den Regelungen für Behinderte § 66 BBiG/42m HwO sowie Ausbildungen in der Wiedereingliederung, die als „Weiterbildung“ bezeichnet werden. Von starkem Rückgang sind auch die rehaspezifischen Berufsvorbereitungsmaßnahmen betroffen, die zudem in ihrer Dauer radikal gekürzt wurden. Die konsequente Umsetzung des Vorranges von allgemeinen vor besonderen Leistungen im SGB III zeigt sich in der stetigen Zunahme der allgemeinen berufsvorbereitenden Maßnahmen.

Die langfristige Veränderung bei Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen der Rehabilitation wird in der folgenden Grafik deutlicher. Diese Grafik gibt nämlich Prozentwerte und den Anteil der Maßnahmen wieder. Die Zahlen eines Jahres werden als 100 Prozent betrachtet und die Anteile entsprechend grafisch abgebildet.

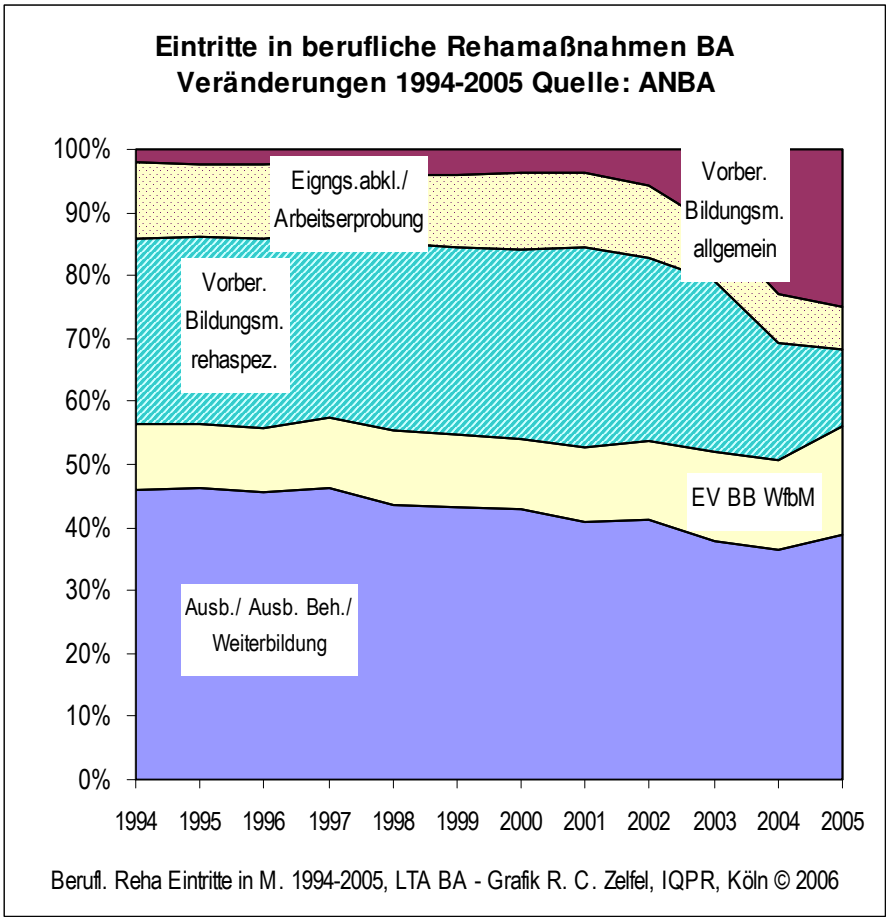


Abbildung 9: Zeitreihe berufsfördernde Maßnahmen Reha BA in Prozent 1994-2005

Diese Darstellung zeigt deutlich, dass die sinkenden Zahlen von rehaspezifischen Vorbereitungsmaßnahmen durch die allgemeinen Maßnahmen zur Berufsvorbereitung kompensiert werden. Deutlich wird auch, dass der Anteil an Ausbildung/Weiterbildung inzwischen auf fast 40 % gesunken ist.

Die Maßnahmen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) erhöhen sich kontinuierlich. Während 1994 rund 12% eine Maßnahme in einer WfbM begannen, liegt der Anteil 2005 bereits bei über 18%. In absoluten Zahlen sind dies 12.000 gegenüber 18.000 Rehabilitanden. Rechnet man zu den Letzteren noch die 6.000 hinzu, die in der Trägerschaft der Rentenversicherung in die WfbM einmünden, so haben die Werkstätten jährlich 24.000 Neueintritte bei etwa 250.000 bestehenden Plätzen zu verzeichnen. Die Bewilligung einer Maßnahme in der WfbM bedeutet, dass bei der Bewilligung der Leistung festgestellt worden ist, dass eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder möglich ist. (SGB IX § 136).

# 3 Qualität und Ziele bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

## 3.1 Der Qualitätsbegriff aus der Sicht der Betroffenen

Qualität ist ein umgangssprachlich unterschiedlich benutzter Begriff. Er ist ein Synonym für Güte, Beschaffenheit, Wertigkeit. Er drückt aber auch eine Erwartung an die Erbringung einer Leistung aus und impliziert eine gewisse Nachhaltigkeit. „Werkzeug made in Germany" ist gut gearbeitet, hält lange und unterscheidet sich deutlich in seiner „Qualität" von billigen Imitaten fernöstlicher Provenienz. Mit diesem alltäglichen und unscharfen Umgang mit dem Begriff „Qualität" muss man sich auseinandersetzen, wenn man Qualität aus der Sicht betroffener, nämlich Behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, ermitteln möchte.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde in den Jahren 2001 und 2004 in einem Berufsbildungswerk in einer Umfrage ermittelt, wie die erbrachte Leistung von den jugendlichen Rehabilitanden bewertet wurde und welche Änderungen gegebenenfalls erwünscht wurden.[8] So wurden Fragen zu theoretischer und praktischer Ausbildung, der Akzeptanz von Lehr- und Ausbildungspersonal, aber auch zu Unterbringung, Versorgung und Freizeitangeboten gestellt. Die Auswertung ergab im Wesentlichen zwei Wünsche zur Verbesserung der „Qualität", nämlich mehr Freizeit und besseres Essen.

Es ist leicht nachzuvollziehen, dass sich dieser Begriff von Qualität deutlich von den Qualitätsvorstellungen des hier zuständigen Rehabilitationsträgers, der Bundesagentur für Arbeit, unterscheidet. Trotzdem liegt nicht unbedingt ein Widerspruch beider Ansichten vor. So können die von den Jugendlichen geäußerten Wünsche an Struktur- und Prozessqualität die vom Rehabilitationsträger erwünschte Ergebnisqualität beeinflussen.

Das Sozialgesetzbuch IX stellt den behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen in den Mittelpunkt aller Leistungen zur Teilhabe. Es wird immer selbstverständlicher, dass die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen leitend für die Auswahl und Durchführung von Leistungen werden. Hierauf wird im Weiteren noch eingegangen. Zunächst soll dargestellt werden, was Betroffene als Qualität im umgangssprachlichen Sinne bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezeichnen könnten.

### 3.1.1 Wünsche der Betroffenen in der Erstrehabilitation

Behinderte Jugendliche sind bis zum Ende ihrer Schulzeit vielfach mit Barrieren konfrontiert worden, die sich aus ihren behinderungsbedingten Einschränkungen ergeben. Ihre Teilhabe an gesellschaftlichen Lebensbereichen wie Schulbildung, Freizeit, Sport ist im Vergleich zu Gleichaltrigen erschwert. Jugendliche mit Körperbehinderungen stoßen auf Grenzen der Teilhabe wegen ihrer eingeschränkten Mobilität, Jugendliche mit geistigen oder Lernbehinderungen werden mit Anforderungen konfrontiert, die sie intellektuell überfordern. Fast alle sind in ihrem bisherigen Leben Diskriminierungen oder Hänseleien ausgesetzt gewesen. Unabhängig von der Art ihrer Behinderung spüren sie, dass in dieser Gesellschaft trotz vieler Veränderungen viele Lebensbereiche für Behinderte noch nicht offen sind. Das Wort des ehe-

[8] Eser, K.-H. (2005), Evaluationsforschung in der Erstrehabilitation. Referat auf der IQPR Tagung „Berufliche Reha forscht". Köln 8./9.11.2005. Zugriff 06-11-29 unter http://www.iqpr.de/iqpr/download/veranstaltungen/Dokumentation_iqpr_BAR_Fachtagung_Nov2006.pdf

maligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker „Es ist normal, verschieden zu sein“ entbehrt aus dieser Sicht nicht eines gewissen Zynismus.[9]

In unserer Gesellschaft, die Teilhabe maßgeblich durch Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt, hat die berufliche Eingliederung für diese Jugendlichen deshalb eine ganz besondere Bedeutung. Eine gelungene berufliche Eingliederung, das zeigen die Erfahrungen der über hundertjährigen Geschichte der beruflichen Rehabilitation, kann zwar die Behinderung nicht beseitigen, sie kann aber dazu beitragen, dass die Behinderung für den einzelnen an Bedeutung verliert.

Als Qualität würden diese Jugendlichen wahrscheinlich alle Leistungen bezeichnen, die ihnen erfolgreich eine Eingliederung in den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt ermöglichen. Sie wünschen sich, wie Nichtbehinderte auch, eine Arbeit, ein festes Einkommen, Wohnung und Familie.

In der Erstrehabilitation sind in der Regel Eltern oder Angehörige am Prozess der beruflichen Rehabilitation beteiligt. Eine der größten Sorgen aller Eltern von behinderten Kindern ist: „Was wird sein, wenn wir nicht mehr da sind?“ Sie erhoffen sich von einer erfolgreichen beruflichen Eingliederung finanzielle Unabhängigkeit für ihr Kind, Selbständigkeit und eine sinnvolle Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Qualität aus ihrer Sicht haben Maßnahmen, die zu beruflicher Qualifikation und einer stabilen Beschäftigung führen und ihren Kindern eine möglichst selbständige Lebensführung ermöglichen. Die Elternlobby hat maßgeblich dazu beigetragen, dass es heute in der Bundesrepublik 250.000 Plätze in Werkstätten für Behinderte gibt, die Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen bereit halten, die nicht oder noch nicht in den allgemeinen Arbeitsmarkt integrierbar sind. In jüngster Zeit sind es zudem vielerorts Elterninitiativen gewesen, die das Qualitätskriterium „Eingliederung von Jugendlichen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt“ durchgesetzt haben, was nicht zuletzt zu Instrumenten wie Arbeitsassistenz, Unterstützung durch Integrationsfachdienste und Integrationsprojekte geführt hat.

### 3.1.2 Wünsche der Betroffenen in der Wiedereingliederung

In der Wiedereingliederung ist in der Regel eine Krankheit, eine erworbene Behinderung oder ein Arbeitsunfall Anlass für eine Rehabilitationsleistung. Die Qualität der beruflichen Rehabilitationsleistung ist für diese Menschen am Ergebnis orientiert. Für sie haben Maßnahmen „Qualität“, die zum Erhalt oder zur Erlangung eines Arbeitsplatzes beitragen und den sozialen Abstieg verhindern.

Diese kurze Darstellung zeigt, dass der unscharf und eher umgangssprachlich orientierte Begriff von Qualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sozialgesetzbuch IX durchaus seinen Widerhall findet.

## 3.2 Zielsetzung des SGB IX

Das Sozialgesetzbuch IX, das am 1. Juli 2001 in Kraft trat, trägt die Überschrift „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Leistungen dieses Gesetzes sind ein Bestandteil

[9] Ansprache von Bundespräsident a.D. Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, 1. Juli 1993, Gustav-Heinemann-Haus in Bonn. Zugriff 06-12-02 unter http://www.imew.de/imew.php/cat/126/aid/94/title/Es_ist_normal,_verschieden_zu_sein

des sozialen Sicherungssystems in der Bundesrepublik Deutschland, das sich aus dem Sozialstaatsgebot und dem Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes, der UN-Menschenrechtskonvention sowie der Europäischen Sozialcharta ergibt. Die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist das Ziel aller Sozialleistungen, die im Rahmen dieses Gesetzes erbracht werden. Dabei greift der Gesetzgeber gesellschaftliche Veränderungen auf und setzt die Ziele für Leistungen zur Teilhabe:

- Die Definition des Behindertenbegriffes bezieht sich auf die Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die ein bio-psycho-soziales Menschenbild zu Grunde legt. Behinderung kann in diesem Sinne definiert werden als das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit.10
- Die neue Zielsetzung von Leistungen ist nicht mehr von der Anpassung eines behinderten Menschen an eine „nicht behinderte Umwelt“ geprägt, sondern das Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe dieses Menschen am gesellschaftlichen Leben.
- Es werden trägerübergreifende Regelungen für Leistungen geschaffen. Leistungen sind einheitlich und ohne Zeitverzug zu erbringen.
- Die Rolle der Menschen mit Behinderung als Empfänger von Leistungen wird gestärkt. Es besteht ein Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. Sie sind angemessen zu beteiligen. Leistungen können in Form eines persönlichen Budgets erbracht werden.
- Leistungsträger und Leistungserbringer werden zur Qualitätssicherung verpflichtet.

Nach Fuchs[11] nimmt der Gesetzgeber „das Finalitätsprinzip nunmehr als Rechtsgrundsatz in das SGB IX auf, nach dem die Leistungen zur Teilhabe ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung ausgerichtet am Bedarf erbracht werden.

§ 4 SGB IX konkretisiert die anzustrebenden Ziele, die mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen. „Die Ziele erstrecken sich auf

- die Prävention, Beseitigung und Minderung der Behinderung und ihrer Folgen,
- die Vermeidung, Überwindung oder Minderung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sowie des vorzeitigen oder laufenden Bezugs von Sozialleistungen,
- die dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben,
- sowie die Förderung der ganzheitlichen persönlichen Entwicklung, der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Ermöglichung und Erleichterung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung.“12

Das Ziel der Leistungen, die dazu beitragen sollen, Menschen mit Behinderung in Arbeit und Beruf zu integrieren, wird entsprechend der Begrifflichkeit des ICF Teilhabe am Arbeitsleben

[10] Schuntermann, M. F. (2005), Einführung in die ICF. Landsberg/Lech: ecomed Medizin
[11] Fuchs, H. (Bearbeiter) (2006) In D. Bihr, H. Fuchs, D. Krauskopf & H. G. Ritz (Hrsg.). SGB IX Kommentar und Praxishandbuch. St. Augustin: Asgard, RN 6 § 4
[12] ebd. RN 2 § 4


© IQPR Köln

genannt. „Die Verpflichtung, dieses Ziel ‚entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern', beinhaltet qualitative Anforderungen an den Integrationsprozess. Das Ziel ist nämlich erst dann erreicht, wenn die Neigungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen in vollem Umfang ausgeschöpft wurden. Danach setzt (…) allein die Behinderung die Grenzen für die möglichen und notwendigen Leistungen zur Teilhabe."[13]

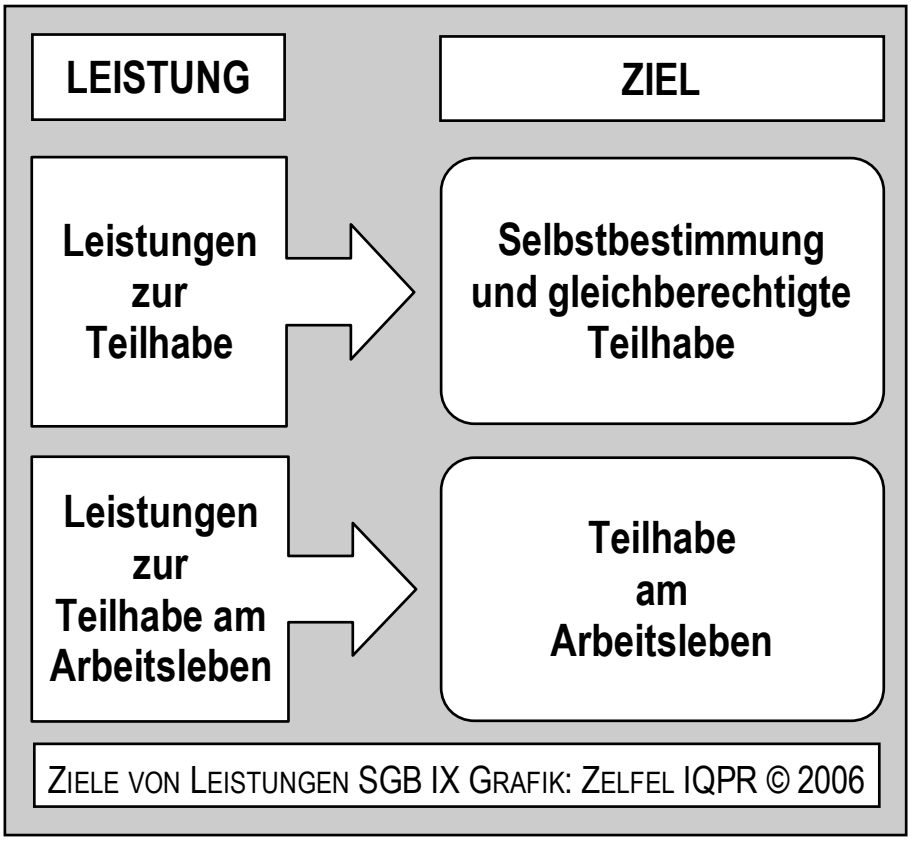


Abbildung 10: Ziele Leistungen zur Teilhabe

Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben" (LTA), wie sie der Gesetzgeber nennt, haben das Ziel:

- Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und
- ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

„Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Funktionsfähigkeit insbesondere auf den Ebenen der Aktivitäten (Leistungsfähigkeit) und der Partizipation (Teilhabe an Lebensbereichen) ist die zentrale Aufgabe der Rehabilitation.[14]

In Begriffen der ICF kann die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mit folgenden Aktivitäts- und Partizipationsdomänen beschrieben werden:

[13] ebd. RN 11 § 4
[14] ebd. RN 3 § 4

d840 Vorbereitung auf eine Erwerbstätigkeit
d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
d850 Bezahlte Tätigkeit
d855 Unbezahlte Tätigkeit (z. B. WfbM)[15]

## 3.3 Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger

Der Gesetzgeber hat den Leistungsträgern auferlegt, gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung (§ 20 SGB IX) zu vereinbaren, die im Laufe der letzten Jahre erarbeitet wurden.[16] Von diesen sollen die Empfehlungen zu „Qualitätssicherung“ und „Teilhabeplan“ im Folgenden näher betrachtet werden.

### 3.3.1 Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung

Diese Empfehlung bezieht sich auf alle Leistungen zur Teilhabe und ist nicht auf das Arbeitsleben beschränkt. „Qualität“, so die Definition in § 2, „bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung. Dazu dienen die systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität.“[17] Qualitätssicherung hat das Ziel, eine bedarfsgerechte und den gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechende bestmögliche Qualität zu gewährleisten.

Die Träger verpflichten sich zur kontinuierlichen Sicherung und Optimierung der Qualität, die mit *externen und internen Maßnahmen* der Leistungserbringer (Qualitätsmanagement) gesichert werden soll. Es soll eine *Transparenz* über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse erreicht werden, welche dann auch dem Leistungsempfänger zugänglich gemacht werden. „Die wahrgenommene Qualität von Leistungen zur Teilhabe und deren Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten ist ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherung“[18].

Eines der Kriterien der Prozessqualität ist die Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitations-/Teilhabeplans unter genauen Angaben der jeweiligen Leistungen zur Teilhabe.

„Im Zentrum der Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität“. Zu Grunde gelegt werden vor allem Verfahren zur Einschätzung der Beteiligten, darunter auch die Leistungsberechtigten, sowie Verfahren, „die Veränderungen im Rehabilitationsstatus und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten aufzeigen.“ [19]

Postuliert wird hier eine Art „Rehabilitationsfortschrittsindex“, der sich auf die Teilhabeleistung bzw. auf das übergeordnete Ziel der Lebensqualität bezieht. Datenerhebung und Datendokumentation könnten in einem Teilhabeplan erfolgen, in dem im Weiteren die Vorstellungen der Rehabilitationsträger dargestellt werden.

[15] Hier ist die ICF unpräzise, denn Arbeit in einer WfbM ist etwas anderes als eine unbezahlte oder ehrenamtliche Tätigkeit! (Anm. d. V.)
[16] Alle Empfehlungen bzw. Vereinbarungen sind bei der BAR einzeln und in einem Sammelband dokumentiert. www.bar-frankfurt.de
[17] Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1. SGB IX v. 27.03.2003 Zugriff 06-09-06 http://www.bar-frankfurt.de/upload/GemeinsameEmpfehlung_27.März2003_855.pdf [PDF]
[18] ebd. S. 3
[19] ebd. S. 7

 © IQPR Köln

Die gemeinsame Empfehlung ist bereits in ihrem ersten Entwurf auf heftige Kritik seitens der Vertreter von Betroffenen gestoßen. Stellvertretend hierfür sei ein Beitrag von E. Rabenstein, Diakonie, zitiert, der im Gegensatz zu den Rehabilitationsträgern den Qualitätsbegriff nicht auf die Leistungserbringung reduziert, sondern ihn in Zusammenhang mit dem Ziel des SGB IX stellt: „Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf bestmögliche Qualität der benötigten Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe. Die Qualität der Leistungen bemisst sich danach, wie gut mit ihnen das Ziel erreicht wird, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken. (…) Den hohen Erwartungen und Anforderungen, die nach dem SGB IX an eine gemeinsame Empfehlung ‚Qualitätssicherung' gestellt werden müssen, entspricht der vorgelegte Entwurf nicht. (…) Im Mittelpunkt der Rehabilitation und Teilhabe steht mit dem SGB IX nicht mehr die Fürsorge und Versorgung von Menschen mit Behinderungen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben."[20] (Rabenstein, 2003)

Ganz besonders kritisiert Rabenstein die mangelnde Beteiligung der Behindertenvertreter: „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft lässt sich naturgemäß nur mit und nicht gegen Menschen mit Behinderungen erreichen. Folgerichtig sieht das SGB IX vor, dass Menschen mit Behinderungen als Experten in eigener Sache in die Planung, Ausgestaltung und Durchführung der Reha- und Teilhabeleistungen einbezogen werden. Ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung ist deshalb die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen oder ihrer Organisationen. (…) Ziel von Qualitätsmanagement und interner Qualitätssicherung der Einrichtungen ist es auch, Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen Informationen über Art und Qualität der angebotenen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen zur Verfügung zu stellen und sie so in der Ausübung ihres Wunsch- und Wahlrechtes zu unterstützen." (ebd.)

### 3.3.2 Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan

Eine weitere Gemeinsame Empfehlung, Kurzbezeichnung „Teilhabeplan"[21], haben die Träger der Rehabilitation (ohne Träger der Jugend- und Sozialhilfe) zusammen mit den Integrationsämtern und Hauptfürsorgestellen am 16.12.2004 zur Leistungsplanung verabschiedet. Sie ist am 1.12.2004 in Kraft getreten. Grundlage ist die Verpflichtung der Rehabilitationsträger nach § 10 ff. SGB IX, die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig und einheitlich nach dem Prinzip „wie aus einer Hand" zu erbringen. Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch soll aktiv bei der Erstellung, Anpassung und Fortschreibung der Teilhabeplans einbezogen werden. Die gemeinsame Empfehlung soll eine einheitliche Praxis und Leistungsverzahnung fördern.

Der individuelle Teilhabeplan, so die gemeinsame Empfehlung, soll ein wesentliches Mittel für die einheitliche Praxis der Feststellung und Durchführung von Leistungen sein. Gemäß der Dialogverpflichtung des SGB IX wird der Rehabilitand aktiv an der Planung beteiligt. Der Teilhabeplan dient als fachliche Grundlage der Steuerung des Rehabilitationsprozesses.

[20] Rabenstein, E. (o. J., vermutlich 2003, Anm. d. Verf.) Diskussionsbeitrag zu § 20 – Qualitätssicherung. Zugriff 06-11-29 http://www.sgb-ix-umsetzen.de/pdfmaker/index.php?URL=http%3A%2F%2Fwww.sgb-ix-umsetzen.de/pdf.php?aid=526&FORMAT=.pdf

[21] Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan" v. 16.12.2004 nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX. http://www.bar-frankfurt.de/ upload/Teilhabeplan_935.pdf

Sofern Leistungen zur Teilhabe in Form des persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung in den Teilhabeplan aufgenommen.

Der Teilhabeplan soll nach der Empfehlung folgende Angaben enthalten:

- Schädigungen
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe
- Vorhandene Ressourcen
- Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren
- Besondere Bedürfnisse von Frauen und Kindern
- Leistungsbezogene Ziele und Wünsche des betroffenen Menschen
- Gründe für die Erforderlichkeit der Leistungen
- Ziel, Art, Umfang und inhaltliche Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen
- Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung
- Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen Abläufe
- Beteiligte Rehabilitationsträger und sonst noch zu Beteiligende

Im Folgenden sind die wichtigsten Qualitätsmerkmale in einer Grafik zusammengefasst:

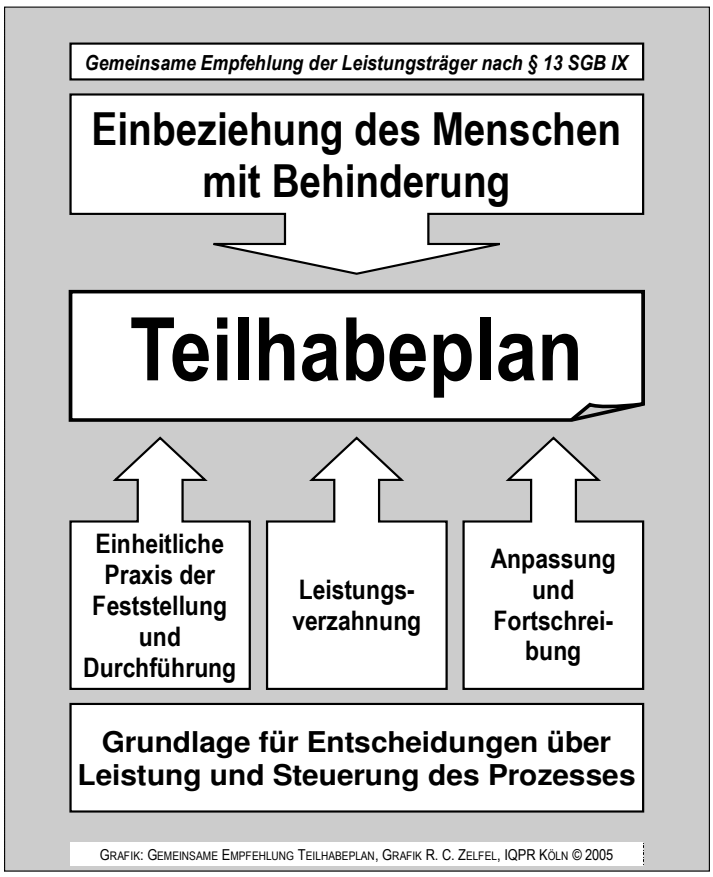

Abbildung 11: Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan

In der gemeinsamen Empfehlung wird noch nicht deutlich, inwieweit die drei Qualitätskriterien einheitliche Praxis und Durchführung, Leistungsverzahnung sowie Anpassung und Fortschreibung im Teilhabeplan dargestellt und dokumentiert werden. Auch die Bewertung des

Rehabilitationsfortschrittes respektive Beurteilung der Verbesserung der Lebensqualität (s. o.) hat noch keinen Eingang in die Empfehlung gefunden.

## 3.4 Qualitätskriterien des IQPR-Konzeptes zur Qualitätssicherung

Die Qualität von Leistungen zur Teilhabe bestimmt sich auf Grund von gesetzlichen und fachlichen Vorgaben aus folgenden Aspekten, die, wenn möglich, mit Hilfe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO beschrieben werden sollen:

ICF basiert
- Assessment
- Dialogorientierung
- Teilhabeplan, Dokumentation
- Orientierung an betrieblicher Eingliederung

Das IQPR-Konzept in grafischer Darstellung:

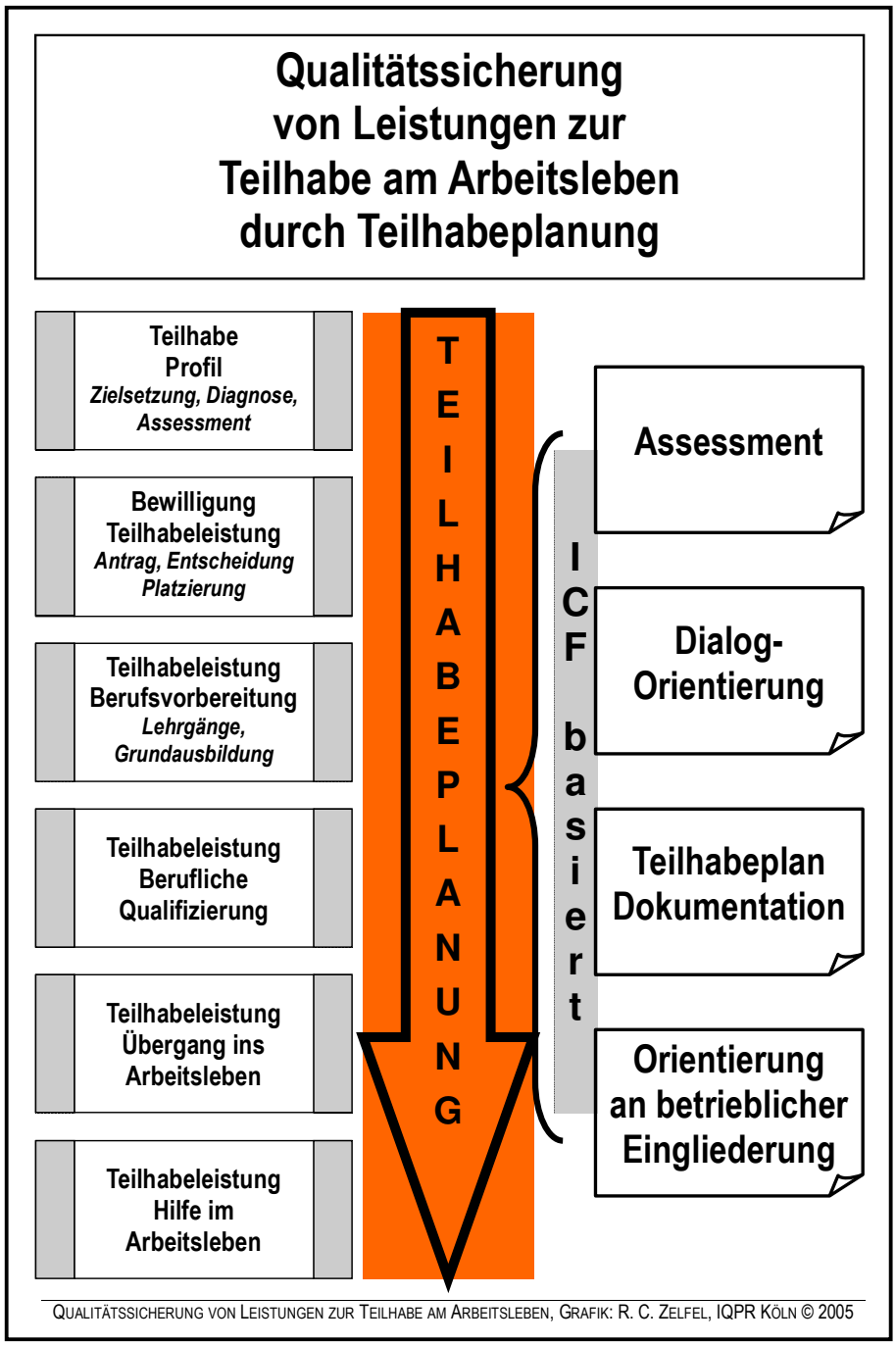


Abbildung 12: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, IQPR-Konzept

Mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO ist ein Konzept entwickelt worden, das als gemeinsame Denk- und Handlungsgrundlage für alle genutzt werden kann, die an Therapie, Versorgung und Rehabilitation von gesundheitlich beeinträchtigen Menschen beteiligt sind. Die ICF beinhaltet dabei drei Ziele: Sie ist eine Klassifikation mit fünf Teilklassifikationen, sie ist ein neues Konzept für das Verständnis von Gesundheit (Behinderung) und sie ist eine gemeinsame Sprache. Während die Klassifikation und Codierung noch in der Entwicklung begriffen sind, kann die gemeinsame Sprache dazu beitragen, dass Schnittstellen auch im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben überwunden werden.


© IQPR Köln

Die Sprache der ICF ist weitgehend gemeinverständlich, sie kann also auch von Betroffenen und Angehörigen verwendet werden. Angesichts des Paradigmenwechsels des SGB IX, das den Menschen mit Behinderung in das Zentrum der Leistungen stellt, steht damit ein Konzept zur Verfügung, das gleichberechtigten Dialog ermöglicht. Aber auch für die verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitation bietet die ICF eine gemeinsame Terminologie, die für ganzheitliche und interdisziplinäre Förderung unerlässlich ist.

In der medizinischen Rehabilitation und der Leistungsplanung zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist die ICF bereits Grundlage in Rahmenempfehlungen sowie Formularen. „Bei der Erstellung von Teilhabeplänen [am Arbeitsleben d. V.] hilft sie bei der Dokumentation von Aspekten der Qualitätssicherung wie Assessmentorientierung, Dialogorientierung, Dokumentation und ggf. der Orientierung an der betrieblichen Wiedereingliederung.“[22] In der beruflichen Rehabilitation findet die ICF allerdings bisher wenig Berücksichtigung.

### 3.4.1 Assessment

Assessment bezeichnet den Prozess der fachlich erforderlichen und wissenschaftlich fundierten Einschätzung und Beurteilung. Je nach Disziplin, z. B. Medizin oder Psychologie, wird der Begriff teilweise synonym mit Diagnostik verwendet. Ein Assessment ermittelt den Zustand als Grundlage der Prozessgestaltung. Es kann darüber hinaus eine Prozess- und Ergebnisevaluation ermöglichen. Wird das bio-psycho-soziale Menschenbild der ICF zu Grunde gelegt, so ergeben sich folgende Untersuchungsebenen:

- Körperfunktion und Körperstruktur
- Aktivität (Leistungsfähigkeit)
- Partizipation (Teilhabe, Leistung)
- Einbeziehung der Umweltfaktoren sowie der personenbezogenen Kontextfaktoren

### 3.4.2 Dialogorientierung

Dialogorientierung in der Rehabilitation, das heißt die Mitwirkung des Betroffenen am Rehabilitationsprozess, hat es zwar schon vor der Einführung des SGB IX in einigen Bereichen der Rehabilitation gegeben, jedoch ist sie bisher nicht in dieser expliziten Form allen Beteiligten quasi vorgeschrieben worden. Der Paradigmenwechsel des SGB IX hat das Bild vom Menschen mit Behinderung gewandelt. Der Mensch mit einer Behinderung ist nicht mehr passives Objekt wohl- oder mildtätiger Leistung staatlicher oder privater Fürsorge, sondern Leistungen fördern seine „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe“[23].

Das Sozialgesetzbuch IX enthält zahlreiche Regelungen, die Mitwirkung oder Beteiligung des Menschen mit Behinderung vorsehen. Die Koordination von Leistungen erfolgt „in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten“ (§ 10 Abs. 1). Ist bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, so wird dies „mit dem Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt“ (§ 11 Abs. 2). § 20 schreibt die Vereinbarung „von gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von Leistungen“ vor. Diese wurde von den

[22] Ueberle, M., Zelfel, R. C. & Schian, H. M. (2005) Teilhabeplanung mit der ICF. In DRV Schriften Bd. 64, S. 180-182
[23] § 1 SGB XI

Rehabilitationsträgern unter Beteiligung von Selbsthilfeorganisationen und Organisationen von Menschen mit Behinderungen entwickelt und am 27. März 2003 beschlossen. (s. 3.3.1).

Anforderungen an die Mitwirkung der Betroffenen, so das SGB IX, dürfen nicht dadurch ausgehöhlt werden, dass Dritte, die nicht in der Trägerschaft eines Rehabilitationsträgers stehen, mit der Erbringung von Leistungen zur Teilhabe beauftragt werden. Zu diesem Zweck sieht § 21 Abs. 1 Ziffer 4 vor, dass in den entsprechenden Verträgen „angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen“ vereinbart werden.

Dialogorientierung beinhaltet ebenfalls eine institutionalisierte Teilnehmervertretung in den Einrichtungen der Rehabilitation. Im Sinne der Qualitätssicherung ist ferner die Ermittlung der Leistungsakzeptanz ein wichtiges Kriterium.

Eine Umsetzung der Dialogverpflichtung könnte auch die Einrichtung eines Beschwerdemanagements bei Leistungsträgern und Leistungserbringern sein. In Deutschland ist dies weitgehend unbekannt, während es beispielsweise im Nachbarland Niederlande zum Standard jeder Einrichtung zählt. Das Sozialgesetzbuch bietet zwar ausreichend Grundlagen für Widersprüche und Klagen, aber vielfach sind die Unzufriedenheiten nicht justiziabel bzw. lassen sich nur im Dialog auflösen.

### 3.4.3 Teilhabeplan, Dokumentation

Als Teilhabeplan wird der Steuerungsentwurf eines Prozesses bezeichnet, der alle Leistungen umfasst, die im Einzelfall erforderlich sind, um für Menschen mit Behinderungen oder mit drohender Behinderung eine dauerhafte Eingliederung in Beruf und Gesellschaft zu erreichen. Leistungen zur Teilhabe werden immer individuell erbracht, da Einschränkungen, Schädigungen, aber auch Wünsche und Fähigkeiten sowie Ressourcen des Menschen mit einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung zu berücksichtigen sind. Teilhabeplanung ist deshalb immer eine individuelle Planung; Teilhabeleistungen werden nach einem individuellen Teilhabeplan gewährt.

Die Dokumentation von Teilhabeplanung ist die systematische schriftliche, respektive elektronische Erfassung von allen Feststellungen und der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe, deren Zielsetzungen sowie deren Erbringung, Zielerreichung und Steuerung. Sie wird auch als individueller Teilhabeplan bezeichnet. Der Teilhabeplan umfasst den gesamten Zeitraum von Leistungen, auch von vorausgehenden medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Sein zeitlicher Umfang entspricht der früher gebräuchlichen Bezeichnung Reha-Gesamtplan, also von Antragstellung[24] bzw. Eintritt der Behinderung bis zum Ende der Leistungen zur Teilhabe.

Für die gesamte Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben gibt es noch kein einheitliches Dokumentationssystem, das den Gesamtprozess von Beginn bis Abschluss, die Kernprozesse I bis VI im Sinne des IQPR-Konzeptes, trägerübergreifend dokumentiert[25]. Eine Orientierung an der Klassifikation der ICF, wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits eingeführt, wäre sinnvoll.[26]

[24] vgl. Antrag BA/Reha Nr. 101
[25] vgl. auch Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan
[26] BAR Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation v. 22.01.2004


© IQPR Köln

### 3.4.4 Orientierung an betrieblicher Eingliederung

Es gehört zu den Prinzipien der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, dass der Erhalt eines Arbeitsplatzes oder seine Anpassung an die behinderungsbedingten Einschränkungen Vorrang vor anderen möglichen Leistungen hat, ganz besonders natürlich vor Rentenleistungen. Doch bei einem Großteil der Leistungsberechtigten können diese Leistungen aus verschiedenen Gründen nicht, noch nicht oder nicht mehr erbracht werden:

- In der Ersteingliederung besteht in der Regel noch kein Beschäftigungsverhältnis.
- In der Wiedereingliederung können betriebliche Beschäftigungsverhältnisse nach einem Unfall oder dem Eintritt einer Behinderung nicht fortgeführt werden. Ein qualifizierter Dachdecker beispielsweise kann nach einem komplizierten Bruch und dauerhaften Schmerzen seinen gelernten Beruf ebenso wenig ausüben wie eine Kundenbetreuerin mit umfangreichen psychischen Erkrankungen.
- Betriebe und Dienststellen sind nicht barrierefrei und/oder es fehlen fachliche und personelle Voraussetzungen, behinderungsbedingte Einschränkungen zu berücksichtigen.

Für die genannten Personenkreise werden berufliche Qualifikationsleistungen in Einrichtungen für behinderte Menschen mit dem Ziel erbracht, durch Vermittlung beruflicher Qualifikation eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Der Ort der Erbringung der Leistung „Qualifizierung“ (Lernort) ist unterschiedlich. Er wird in der Regel durch die jeweilige Reha-Beratung beim Leistungsträger im Rahmen der Bewilligung der Leistung ausgewählt. Leistungen zur beruflichen Qualifikation können an sechs verschiedenen Orten erbracht werden:

- im Betrieb
- in über- oder außerbetrieblichen Einrichtungen, die nicht rehaspezifisch sind
- in öffentlichen oder privatwirtschaftlichen Schulen und Akademien
- in wohnortnahen rehaspezifischen Einrichtungen
- in Werkstätten für behinderte Menschen
- in stationären oder teilstationären Einrichtungen wie Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Einrichtungen medizinisch-beruflicher Rehabilitation (Kat. II Einrichtungen)

#### 3.4.4.1 Hilfen zu Erhalt oder Anpassung eines Arbeitsplatzes

In der Bundesrepublik Deutschland werden etwa 80.000 Leistungen jährlich von den drei großen Trägern der Rehabilitation erbracht, um den Arbeitsplatz eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen anzupassen oder zu erhalten. Dies sind beispielsweise Leistungen zur Anpassung eines Arbeitsplatzes, Hilfen bei der Umsetzung im Betrieb, aber auch die rund 20.000 jährlichen Kfz-Hilfen dienen letztlich dem Erhalt oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes für einen behinderten Menschen. Mit Sonderprogrammen, zuletzt mit dem Programm „Jobs-ohne-Barrieren“, ist die Bundesregierung bemüht, die Arbeitslosigkeit bei anerkannten Schwerbehinderten im Sinne des § 2 Abs, 3 SGB IX zu verringern und neue Arbeits- und Ausbildungsplätze zu akquirieren.

© 2007 IQPR Köln 

Aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für nicht besetzte Pflichtarbeitsplätze für Schwerbehinderte fördern des Weiteren die Integrationsämter nach der Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) Hilfen zur Eingliederung am Arbeitsplatz. Sie bezahlen Integrationsfachdienste, Arbeitsassistenzen und geben Lohnkostenzuschüsse, die eine behinderungsbedingte Minderleistung ausgleichen sollen.

#### 3.4.4.2 Qualifizierung findet heute außerhalb von Betrieben statt

Die vorgenannten Maßnahmen stehen in direkter Beziehung mit einem betrieblichen[27] Arbeitsplatz. Bei Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hingegen haben betriebliche Lernorte[28] nur noch marginale Bedeutung, wenn die Eintrittszahlen in berufsfördernde Maßnahmen zu Grunde gelegt werden. Während im Jahr 1991 noch über 15.000 (13,9%) der Rehabilitanden/innen in der Erst- und Wiedereingliederung Ausbildungs-, Weiterbildungs- und sonstige Maßnahmen in Betrieben absolvierten, so ist dieser Anteil zum Ende des Jahres 2005 auf den Tiefststand von 4.743 (3,4%) gesunken.

Unter allen Industriestaaten mit vergleichbaren Sozialsystemen ist es einmalig, dass die Bundesrepublik Deutschland ein aufwändiges Sozialsystem unterhält, in dem die berufliche Qualifizierung von Menschen mit Behinderungen nahezu ausschließlich außerhalb von Betrieben stattfindet. Die berufsfördernden Leistungen werden stattdessen von Einrichtungen der Netzplanung, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken, sowie – im stärkeren Umfang – von wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen und anderen nicht rehaspezifischen Bildungsträgern erbracht.

Es ist ein Kennzeichen des anerkannten deutschen Berufsbildungssystems, dass berufliche Qualifikationen im dualen System, nämlich in Betrieb und Schule erbracht werden. Etwa 90% aller Berufsausbildungen finden in dieser Form in Betrieben, weitere 10% in außerbetrieblichen Einrichtungen statt. In der beruflichen Rehabilitation hingegen ist dieses Verhältnis mehr als umgekehrt. Offensichtlich sind Betriebe in der Bundesrepublik nicht bereit, sich an Berufsausbildungen oder Qualifizierungsmaßnahmen von Rehabilitanden/innen zu beteiligen, obwohl hierfür beträchtliche Förderinstrumente von den Rehabilitationsträgern eingesetzt werden könnten. Die Forderung „Wir müssen den Betrieb als Rehabilitationsort zurückerobern“, ist deshalb zu Recht von Verbandsvertretern bereits 1999 vorgetragen worden.[29]

Die beiden Grafiken zeigen die Entwicklung in absoluten und prozentualen Zahlen[30]:

[27] „Betrieblich“ wird aus Gründen der Lesbarkeit für alle Arbeitsverhältnisse bei öffentlichen und privaten Arbeitsgebern verwendet.

[28] Unter Lernort ist im Sinne des Deutschen Bildungsrates (1974) eine anerkannte Bildungseinrichtung zu verstehen, die Lernangebote organisiert. Lernorte unterscheiden sich räumlich, konzeptionell und in ihrer pädagogischen Funktion.

[29] Zelfel, R. C. (1999), Steuerzahler oder Sozialhilfe? 12 Thesen zu Veränderungen der gesetzlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Paradigmen in der beruflichen Rehabilitation Lernbehinderter. In: Berufliche Rehabilitation 13 (3): 193–214

[30] Die Rentenversicherung konnte ebenso wie der HVBG auf Anfrage keine lernortbezogenen statistischen Datenreihen zur Verfügung stellen. Deshalb erfolgt die Betrachtung ausschließlich gestützt auf Daten der Bundesagentur. (Anm. Zelfel)

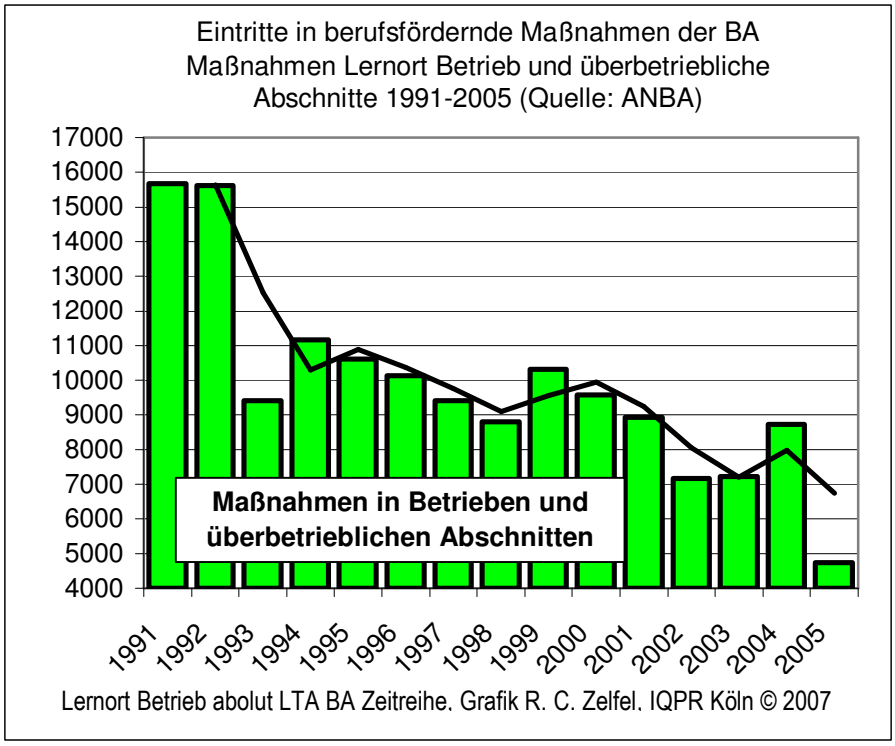


Abbildung 13: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen der BA am Lernort Betrieb

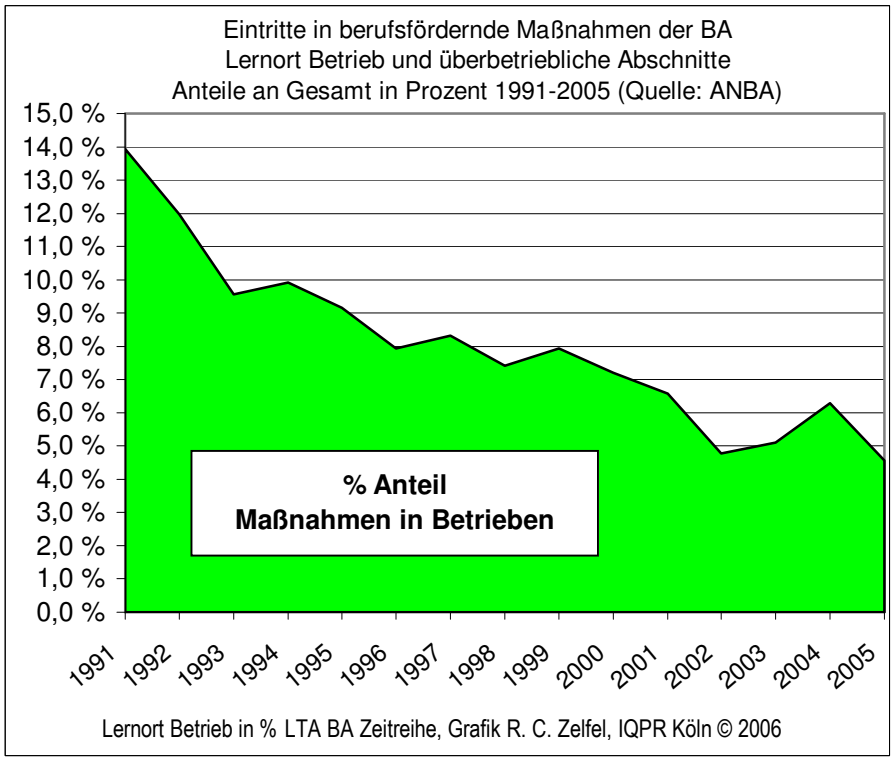


Abbildung 14: Anteil des Lernortes Betrieb in Prozent an berufsfördernden Leistungen der BA 1991–2005

Faßmann u. a. bemerken hierzu in ihrem Abschlussbericht zum Projekt REGINE: „Auch wenn verschiedene Berufsbildungswerke Möglichkeiten vorsehen, im eigenen Hause produktorientiert auszubilden, dürften die Auszubildenden die Arbeitswelt in ‚echten' Betrieben

natürlich in ganz anderer und realistischerer Weise erleben." (Faßmann et al., 2003 , S. 21)[31] Sie verweisen auf das Teilhabegebot in § 1 SGB IX als Handlungsprinzip des Normalisierungskonzeptes „so normal wie möglich – so speziell wie erforderlich". Normalität beinhaltet nach ihrer Ansicht auch die Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen.

#### 3.4.4.3 Der Mythos des Klebeeffektes

Im Rahmen der Reform der Arbeitsmarktgesetze wurden viele Anstrengungen unternommen, Arbeitsplatzsuchende in Praktika, Probebeschäftigungen oder Teilzeitarbeitsverhältnissen (Personalserviceagenturen, PSA) zu platzieren. „Es wird angenommen, daß Jugendliche, die betrieblich ausgebildet wurden und dabei ihre Belastbarkeit unter Beweis stellen konnten, besonders gute Chancen zur Übernahme durch den Ausbildungsbetrieb (‚Klebeeffekt') und zur Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, insbesondere im Bereich klein- und mittelständiger Betriebe, haben." (Faßmann et al., 2003, S. 18).

Das Projekt „Jobcoaching" der Universitäten Köln und Dortmund versuchte durch den Einsatz von studentischen Jobcoachern für Abgänger von Förderschulen diesen Klebeeffekt zu nutzen. Die Erfolge konnten Grünke[32] und Masendorf[33] allerdings nicht befriedigend nachweisen.

Über die Höhe des „Klebeeffektes" gibt es in der Literatur unterschiedliche Einschätzungen. Der DIHK-Präsident Ludwig Georg Braun begrüßte im September 2006 die Beschlüsse des Bundeskabinetts zur Aufstockung der Plätze für Einstiegsqualifikationen auf 40.000 Plätze. „Der ‚Klebeeffekt' ist hoch: Rund 60 Prozent der Jugendlichen bekommen im Anschluss einen Ausbildungsplatz."[34]

Bei der Auswertung des heute weitgehend gescheiterten Arbeitsmarktinstrumentes PSA kommt Weinkopf auf einen Verbleib in sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung von rund 30 Prozent, wobei die Raten je nach Arbeitsagenturbezirk sehr stark differieren (Weinkopf, 2004)[35].

Das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit ist anhand des dort geführten „Betriebspanels" für das Jahr 2003 der Frage nachgegangen, wie viele Leiharbeiter/innen innerhalb eines Jahres im aktuellen oder bisherigen Einsatzbetrieb übernommen wurden: „ (…) so erhalten wir einen Anteilswert von rund 15%, das heißt, eine Größenordnung von 15% des Jahresbestandes an Leiharbeitern findet im Jahresverlauf einen Übergang in reguläre Beschäftigung in einem aktuellen oder früheren Einsatzbetrieb. (…) In der Literatur kursieren Werte von 30%–40% der Leiharbeiter, die binnen eines Jahres den Sektor Leiharbeit verlassen, um eine andere Beschäftigung aufzunehmen – was dann

[31] Faßmann, H., Lechner, B., Steger, R., & Zimmermann, R. (2003), REGIonale NEtzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie. (download www.bmas.bund.de Publikationen Anm. d. V.)

[32] Masendorf, F., Tullius, S. (2000), Modellversuch zur beruflichen Eingliederung von Jugendlichen durch gezielte Fördermaßnahmen an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf. Sonderpädagogik, 30 (4): S. 236–242

[33] Grünke, M., Castello, A. (2003), Jobcoaching. Eine empirisch fundierte Förderung für Jugendliche aus Schulen für Lernbehinderte beim Übergang in Arbeit und Beruf. Berufliche Rehabilitation, 17 (3): S. 154–159

[34] DIHKT. http://www.nordschwarzwald.ihk24.de/produktmarken/aus_und_weiterbildung/ausbildung/aktuelles-in-der-ausbildung/Einstiegsqualifikation.jsp, Zugriff 2006-11-22

[35] Weinkopf, C. (2004). Personal-Service-Agenturen – Was ist vom sogenannten Klebeeffekt zu halten? Folien zum Redemanuskript 28.10.2004, http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2004/weinkopf09.pdf, Zugriff 2006-11-22

bisweilen der ‚Vermittlungsleistung' der Leiharbeit zugeschrieben wird. Nach unseren Befunden ist jedoch schätzungsweise maximal die Hälfte dieser Übergänge auf die eine oder andere Form des ‚Klebenbleibens' im Einsatzbetrieb zurückzuführen, alles andere geht auf erfolgreiche Suchaktivitäten der Arbeitnehmer bei anderen potentiellen Arbeitgebern oder auf Suche dieser anderen Arbeitgeber selbst zurück." (IAB 2004)[36]

In der beruflichen Eingliederung von Behinderten ist der „Klebeeffekt" bisher empirisch nicht untersucht worden. Während der Effekt sich auf der Mikroebene sicherlich bei einzelnen Rehabilitanden/innen nachweisen lässt, so erscheint eine Evaluation etwa im Vergleich von betrieblichen und außerbetrieblichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen methodisch schwierig, da weder die Stichproben noch die Interventionen sowie andere Einflussvariablen sauber getrennt werden können.

#### 3.4.4.4 Die Werkstatt für behinderte Menschen gewinnt immer mehr an Bedeutung

Ein beträchtlicher Teil der Rehabilitanden/innen mündet in Maßnahmen im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen ein. Vorausgesetzt, die Platzierung ist sachgerecht und nach den Intentionen des SGB IX erfolgt, heißt das, dass es sich um Menschen mit Behinderungen handelt, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt integrierbar sind. (Auf Pflegebedürfnisse und Mindestmaß an verwertbarer Arbeit soll hier nicht näher eingegangen werden.)

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit haben sich in den letzten statistisch ausgewiesenen 15 Jahren die Zahlen der Einmündungen in die Werkstatt für behinderte Menschen deutlich verändert. Während im Jahr 1991 bei der Bundesagentur noch 12.659 (11,3%) Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen in der Werkstatt für behinderte Menschen zu verzeichnen waren, stieg diese Zahl im Jahr 2005 auf 17.885 (17,3%). Leider liegen für das Jahr 1991 keine detaillierten Ausweisungen für die Erst- und Wiedereingliederung vor. Aus langen Zeitreihen kann geschätzt werden, dass die Anteile in den ausgewählten Jahren jeweils hälftig den beiden Bereichen zuzuordnen sind.

Die folgende Grafik stellt die Entwicklung für die Bundesagentur dar. Neben den absoluten Zahlen sind bezogen auf die linke Achse die Prozentanteile des jeweiligen Eintrittsjahres abgebildet.

36 IAB Ergebnisse aus dem Betriebspanel (2004). Übernahme von Leiharbeitern in die Stammbelegschaft: Wie groß ist der Klebeeffekt? http://doku.iab.de/betriebspanel/ergebnisse/2005_01_01_04_uebernahme_von_leiharbeitern.pdf, Zugriff 2006-11-22

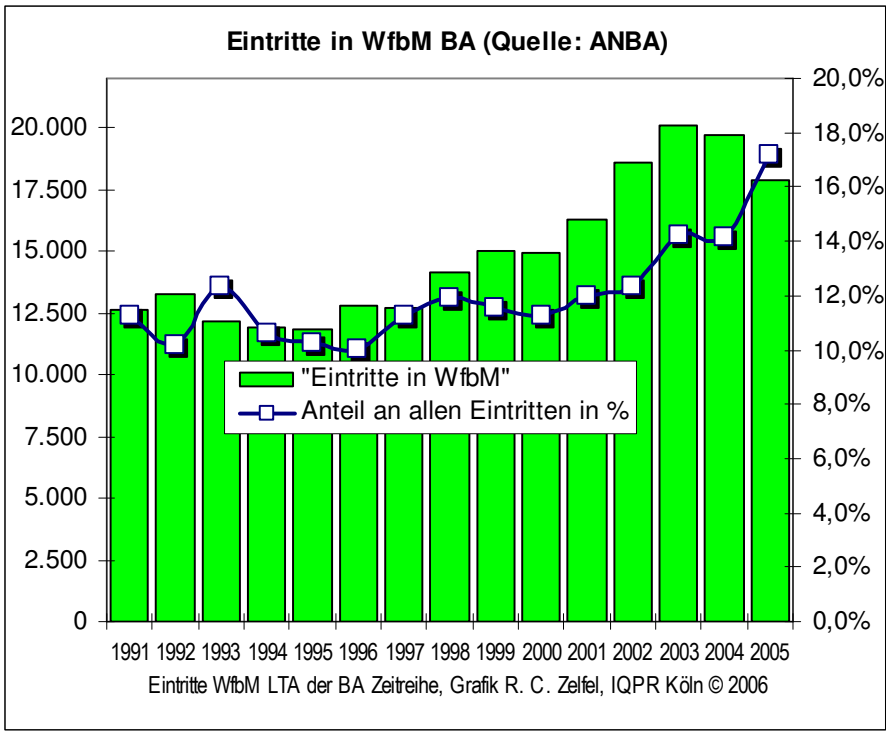


Abbildung 15: Berufsfördernde Maßnahmen in der WfbM BA Zeitreihe 1991–2005

Die Rentenversicherung veröffentlicht in ihrer Statistik keine Angaben über den Ort der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da jedoch Leistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen ausgewiesen sind, lassen sich hier die Entwicklungen in den drei Bereichen Ersteingliederung BA, Wiedereingliederung BA, Wiedereingliederung RV in einer Tabelle für die Jahre 1998 und 2004 vergleichen. In der folgenden Tabelle sind die absoluten Zahlen mit dem jeweiligen prozentualen Anteil des Berichtsjahres dargestellt.

| | 1998 | 1998 | 1998 | 2004 | 2004 | 2004 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | gesamt | WfbM | in % | gesamt | WfbM | in % |
| Ersteingl. BA | 57 848 | 9 728 | 16,82 | 77 412 | 13 188 | 17,04 |
| Wiedereingl. BA | 60 944 | 4 421 | 7,25 | 61 568 | 6 541 | 10,62 |
| Wiedereingl. RV | 99 142 | 5 300 | 5,35 | 102 773 | 7 429 | 7,23 |
| Summe | 217 934 | 19 449 | 8,92 | 241 753 | 27 158 | 11,23 |

LTA Einmündung in WfbM 1998 und 2004, Quelle: AN BA, VDR Statistik Reha
Tabelle R. C. Zelfel, IQPR Köln © 2006

Tabelle 4: Vergleich Einmündung in berufsfördernde Leistungen in der WfbM BA 1998 und 2004

In anderen Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass im Jahre 2004 in der Ersteingliederung bei der Bundesagentur jede sechste berufsfördernde Maßnahme in der Werkstatt für behinderte Menschen stattfand. In der Wiedereingliederung war dies bei der BA jede 9. und bei der Rentenversicherung jede 13. Maßnahme.

Die folgende Grafik stellt die Veränderung zwischen 1998 und 2004 dar:

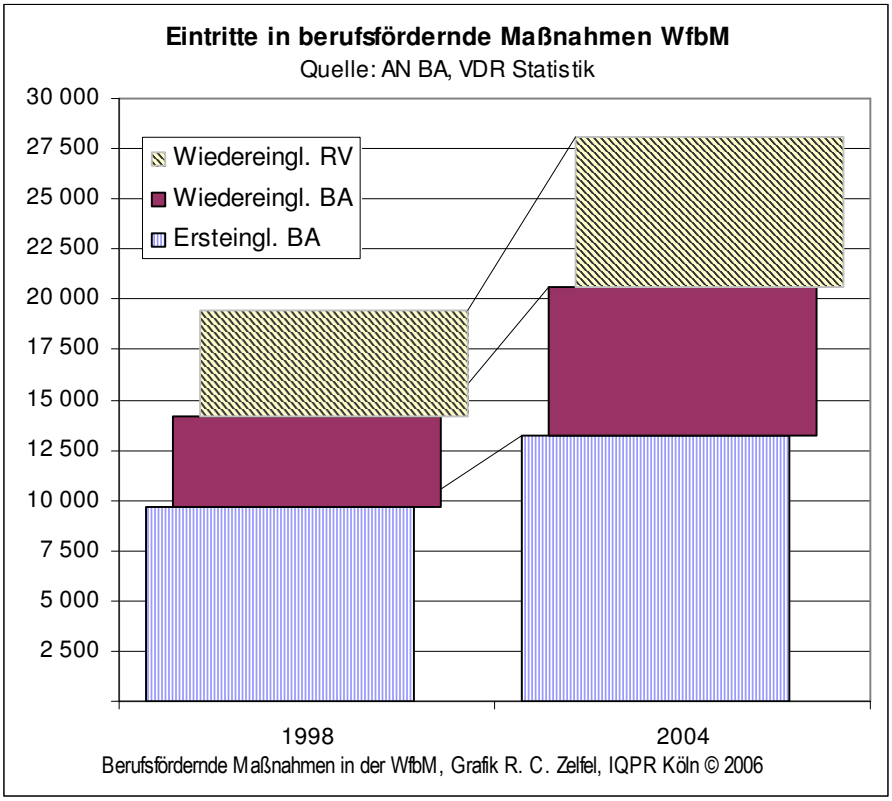


Abbildung 16: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen WfbM im Vergleich 1998 und 2004

### 3.4.4.5 Gestufte Rehabilitationskonzepte

In der Bundesrepublik Deutschland ist sowohl in der medizinischen als auch in der beruflichen Rehabilitation ein gestuftes Angebot von ambulanten, teilstationären und stationären Maßnahmen vorgesehen. Der Handlungsgrundsatz des Normalisierungsprinzips „so wenig Aussonderung wie möglich, so viel Eingliederung wie möglich“ ist demnach auch in der beruflichen Rehabilitation umzusetzen.

Statt fruchtloser Diskussionen über ein „entweder oder“ weisen Faßmann et. al. (ebd. S. 34) analog zu Untersuchungen zu ambulanten Formen in der medizinischen Rehabilitation auf Vorteile von stationären oder teilstationären Systemen hin:

- Bei Teilgruppen ist die Distanz zum Wohnort und zum häuslichen psychosozialen Klima entscheidend für den Rehabilitationserfolg.
- Qualitätssicherung ist bei nicht-stationären Maßnahmen an vielen Standorten in örtlichen Betrieben nur schwer durchzusetzen.
- Bei nicht stationären Maßnahmen sind nur schwer homogene Gruppen (und breitere Angebote an Berufsbildern, Anm. d. V.) zu bilden.
- Wirtschaftliche Leistungserbringung setzt eine gewisse Betriebsgröße voraus. Eine wirtschaftliche Angebotsplanung dürfte deshalb bei kleinen nicht-stationären Anbietern ungleich schwieriger sein. (ebd. S. 35 f.)

Angesichts der schwindenden Bedeutung von betrieblichen Qualifizierungsmaßnahmen für behinderte Menschen kann das Spektrum der Lernorte zwischen Betrieb und Werkstatt für

behinderte Menschen abgegrenzt werden. Werkstätten bieten Leistungen für Menschen mit hohem rehaspezifischem Förderbedarf an, bei Betrieben und betriebsnahen Einrichtungen ist dieser nicht oder nur in deutlich geringerem Umfang vorhanden. Die Notwendigkeit von abgestuften Rehabilitationskonzepten wird auch in der Darstellung von Zeitreihen deutlich. In der folgenden Grafik sind in Zeitreihen die Veränderungen der jeweiligen Eintrittsanteile in Prozent dargestellt.

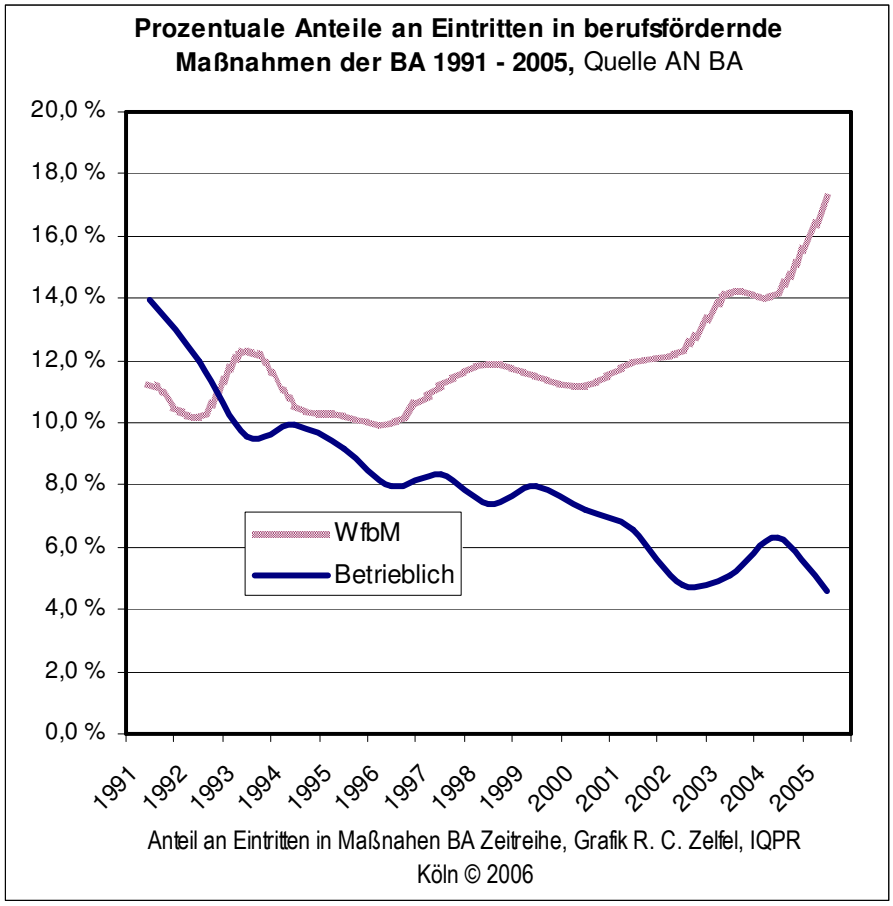


Abbildung 17: Anteile in % Betrieb/WfbM an Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen der BA

Mit Inkrafttreten des SGB III hat die Bundesagentur für Arbeit Ende der neunziger Jahre ein Lernortkonzept für die berufliche Ersteingliederung vorgestellt, das der gesetzlich vorgeschriebenen Präferenz von allgemeinen Leistungen vor besonderen Leistungen, aber auch einer Priorität der Wohnortnähe Rechnung trägt (vgl. Schäfer, 1999)[37].

Die folgende Grafik zeigt, nach welchen Kriterien in der Ersteingliederung, Teilhabeleistung Berufsausbildung, der Lernort entschieden werden könnte. Wünschenswert wäre eine Beschreibung der Kriterien anhand der ICF-Klassifikation.

[37] Schäfer, D. (1999). Berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung – individueller Förderbedarf und gezielte Maßnahmeauswahl. In: Berufliche Rehabilitation 13, S.166–173

**Sonstige Leistungen**
**bei der Berufsausbildung in der beruflichen Ersteingliederung**

| LERNORTE Ausbildung §25 oder §48/§42b BBiG/HwO | sozialpäd-agogische Hilfen | Stütz-/Förder-unterricht | Sonder-pädagen in der Berufs-schule | Wohnen Internat | Rechtlicher Status der Leistung | Hilfen am Übergang 2.Schwelle | Ausmass der Beein-träch-tigung |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Betrieb** | nein | nein | nein, nur in wenigen Bundes-ländern | nein | Ermessen | auf Antrag | schwach |
| **Betrieb mit ausbildungs-begleitenden Hilfen § 240 ff. SGB III** | ja | ja | nein, nur in wenigen Bundes-ländern | nein | Ermessen | ja | |
| **1. - 3. Jahr überbetriebliche Einrichtung/2.-3. Jahr Betrieb § 240 f. SGB III** | ja | ja | nein, nur in wenigen Bundes-ländern | nein | Ermessen | ja | |
| **Wohnortnahe berufliche Rehabilitation** | ja | ja | ja, in der Regel | nein/z. T. | Pflicht | ja | |
| **Berufs-bildungs-werk** | ja | ja | ja | ja | Pflicht | ja | stark |

Matrix Auswahl Ausbildungsort in der Ersteingliederung, Grafik: Zelfel, IQPR © 2004

Abbildung 18: Matrix zur Lernortauswahl Ausbildung in der Ersteingliederung

In den letzten Jahren haben sich Angebote entwickelt, die in unterschiedlichem Ausmaß betriebliche Abschnitte in der Ausbildung enthalten:

Im bereits erwähnten Modellprojekt REGINE wurden Jugendliche mit Behinderungen betrieblich, allerdings nur in der Form der Vollausbildung nach § 4 BBiG/§ 25 HwO ausgebildet.

In einigen Rehabilitationseinrichtungen findet die praktische Ausbildung ausschließlich in Partnerbetrieben statt, während der theoretische Unterricht und die soziale Betreuung von der Einrichtung wahrgenommen werden. Das Berufsausbildungswerk Mittelfranken[38] arbeitet seit 30 Jahren nach diesem Prinzip. Ähnliches findet man auch bei Einrichtungen der Wiedereingliederung. Im so genannten Benachteiligtenprogramm (§ 241 SGB III) werden viele Jugendliche mit Behinderungen z. T. mit rehaspezifischen Hilfen in außerbetrieblichen und betrieblichen Abschnitten ausgebildet.

Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke sind bemüht, zumindest durch Praktika in Partnerbetrieben Bezugspunkte zu Betrieben herzustellen. Bei kaufmännischen Ausbildungen wurden große Teile der praktischen Ausbildung in Partnerbetrieben durchgeführt. Nach § 35 Abs. 2 sollen die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen darauf hinwirken, dass Teile der Ausbildungen in Betrieben durchgeführt werden.

[38] Das Berufsausbildungswerk Mittelfranken ist eine wohnortnahe berufliche Rehabilitationseinrichtung.

# 4 Qualitätsanforderung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auf die Strukturqualität der Leistungserbringer kann hier im einzelnen nicht eingegangen werden, dass dies den Umfang der Darstellung sprengen würde. Zudem ist das Anliegen dieser Betrachtung, den gesamten Verlauf von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prozesshaft zu betrachten. Über die Strukturqualität der Leistungsträger liegen keine Veröffentlichungen vor.

## 4.1 Prozessorientierte Beschreibung der Leistungen

Die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in das Arbeitsleben ist ein komplexer Prozess, der eine Vielzahl von Schnittstellen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt beinhaltet. Teilhabeplanung als Teil der Qualitätssicherung sollte den gesamten Prozess umfassen. Die folgende Grafik stellt modellhaft den Ablauf einer sowohl für die Erst- als auch für die Wiedereingliederung gültigen Teilhabeleistung dar:


© IQPR Köln

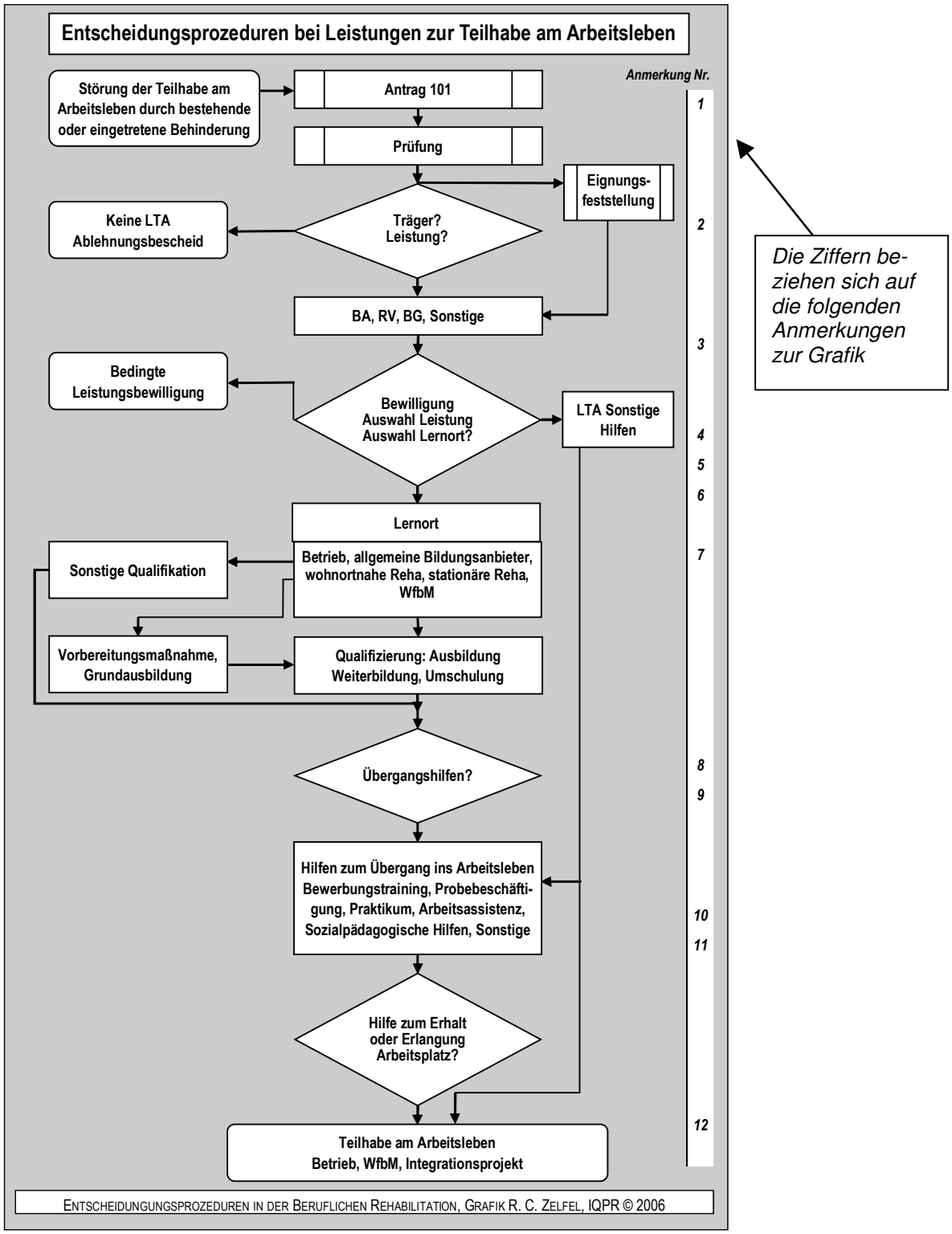


Abbildung 19: Entscheidungsprozeduren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

*Anmerkungen zur Ablaufgrafik (Die Ziffern beziehen sich auf die rechte Spalte der Grafik):*

*Zu 1: In dieser Phase z. B. nach einer medizinischen Leistung wird entschieden, ob eine Leistung zur Teilhabe möglich, nötig und gewünscht ist. Der Antrag setzt das Verfahren in Gang.*

*Zu 2: Entscheidung über mögliche Leistungen, Leistungsart und Träger. (SGB IX § 4–§ 6)*

*Zu 3: Der zuständige Träger holt ggf. Informationen, z. B. Gutachten ein.*

*Zu 4: Der zuständige Träger bewilligt eine LTA.*

*Zu 5: Entscheidung, ob ggf. eine vorbereitende Maßnahme oder Abklärungsmaßnahmen wie Berufsfindung oder Erprobung notwendig sind und an welchem Lernort (Betrieb, Einrichtung) diese erfolgen sollen.*

*Zu 6: Wichtige Entscheidung über Art der Leistung:*
*-Geregelte Ausbildung/Umschulung nach § 4 BbiG / § 25 HwO oder § 66 BbiG / § 42m*
*oder*
*-Gesetzlich nicht geregelte Qualifikation in Maßnahmen, im Eingangs- und Arbeitstrainingsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen oder in betrieblichen Bildungsmaßnahmen mit dem Ziel der Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder in eine Werkstatt.*
*oder*

*Zu 7: Entscheidung über Auswahl des Lernortes und der verbundenen Leistung. Besondere Leistungen zur Teilhabe können nur dann gewährt werden, wenn allgemeine Leistungen nicht ausreichen. Lernorte können Betriebe, überbetriebliche Einrichtungen, allgemeine Bildungsträger sein,*
*oder bei Bedarf nach besonderen Hilfen Rehabilitationseinrichtungen wie wohnortnahe Reha, Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke, Werkstätten für behinderte Menschen*

*Zu 8: Im Verlauf der Maßnahme wird geprüft, welche Eingliederung vermutlich erreicht werden kann.*

*Zu 9: Zum Ende der Maßnahme wird geprüft, ob weitere Hilfen für eine erfolgreiche Eingliederung notwendig sind.*

*Zu 10: Finanzielle Hilfen zur Eingliederung sind Lohnkostenzuschüsse, bezahlte Praktika, Probebeschäftigungen.*

*Zu 11: Persönlichkeitsunterstützende Hilfen zur Eingliederung sind z. B. Unterstützung bei Bewerbungen und Akquise. Die Leistung kann von den Rehabilitationseinrichtungen, aber auch von Dritten wie z. B. Integrationsfachdienst erbracht werden.*

*Zu 12: Ist eine betriebliche Eingliederung nicht oder noch nicht möglich, so wird geprüft, ob ggf. ein Integrationsprojekt oder die Werkstatt für behinderte Menschen die geeigneten Arbeitsplätze bieten.*

Das Konzept der beruflichen Rehabilitation Behinderter, das im Wesentlichen in den siebziger Jahren geprägt wurde, ließ sich in der Vergangenheit im wesentlichen als Prozess mit drei Unterprozessen beschreiben:

- Feststellung der Behinderung/drohenden Behinderung
- Rehabilitationsmaßnahme
- Eingliederung in den Arbeitsmarkt (oder WfbM)

 © IQPR Köln

Heute reicht dies zur Beschreibung und Beurteilung der Qualität und Wirksamkeit von Leistungen nicht mehr aus, denn das Angebot, vor allem an begleitenden Leistungen und Nebenleistungen, ist im Vergleich zum früheren Reha-Gesamtplan[39] erheblich differenzierter geworden. Oftmals werden zusätzliche Leistungen erst im Förderprozess zur Absicherung des Rehabilitationserfolges erforderlich.

Ausgehend von der derzeitigen Praxis erscheint es sinnvoll, den gesamten Leistungsverlauf in sechs eigenständigen Kernprozessen abzubilden. Zwar sind die Kernprozesse voneinander abhängig und bauen aufeinander auf; jeder der Kernprozesse kann jedoch als eigenständiger abgeschlossener Prozess betrachtet werden. Im Leistungsverlauf gibt es zudem Kernprozesse (z. B. Berufsvorbereitung, Hilfen beim Übergang), die nicht für jeden Leistungsempfänger erbracht werden müssen.

[39] vgl. § 5 des damaligen Rehabilitation-Angleichungsgesetzes

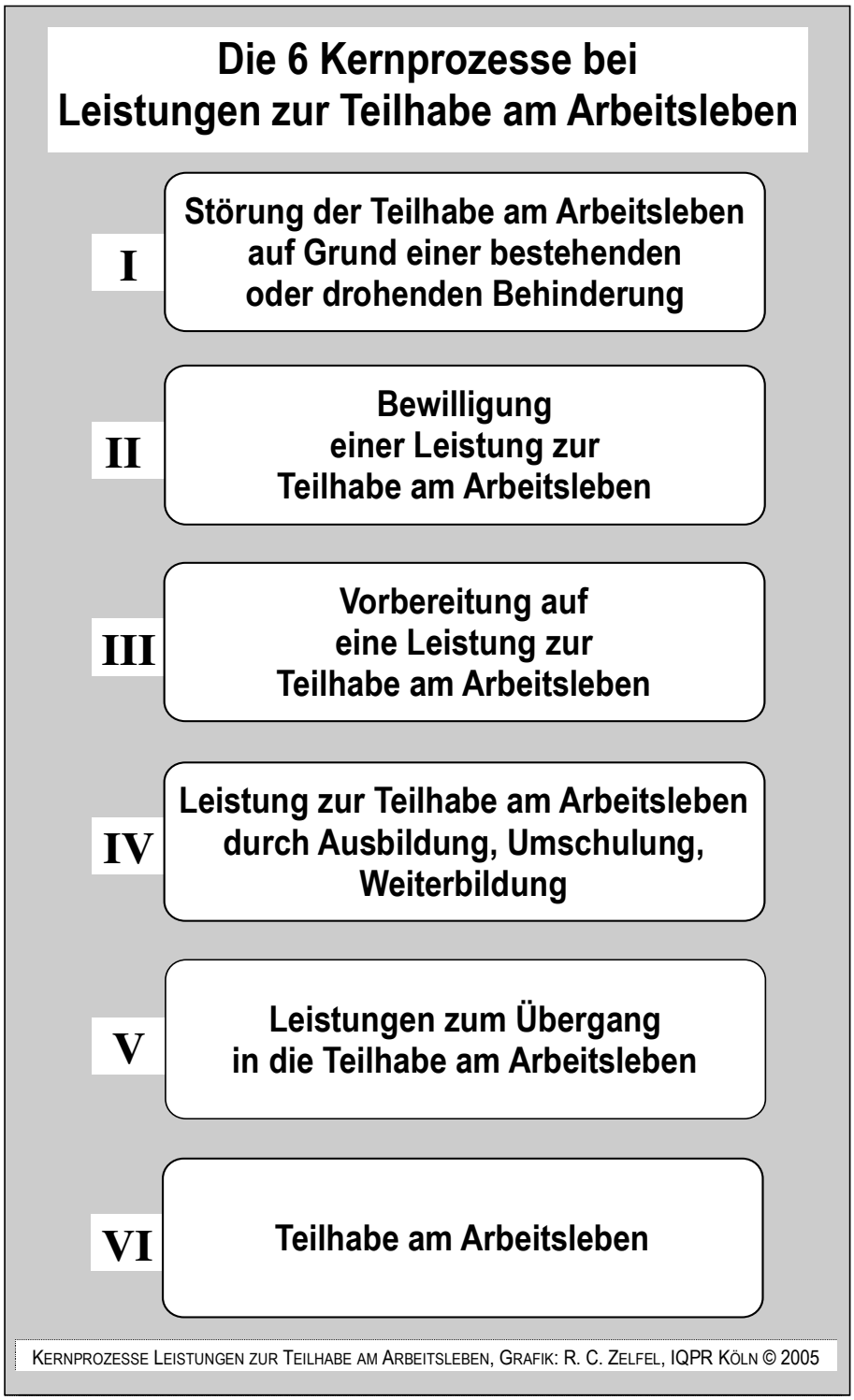


Abbildung 20: Kernprozesse bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

## 4.2 Leistungen in den Kernprozessen im Spiegel des § 33 Abs. 3 SGB IX

In der unteren Grafik werden die verschiedenen im Gesetz vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben den sechs Kernprozessen zugeordnet. Die grafische Darstellung zeigt, dass sich der Großteil der Leistungsarten auf die Prozesse „Übergang ins Arbeitsleben“ und „Unterstützung im Arbeitsleben“ bezieht. Eine Reihenfolge nach aufgewendeten finanziellen Mitteln würde den Schwerpunkt in die Kernprozesse III und IV verschieben.

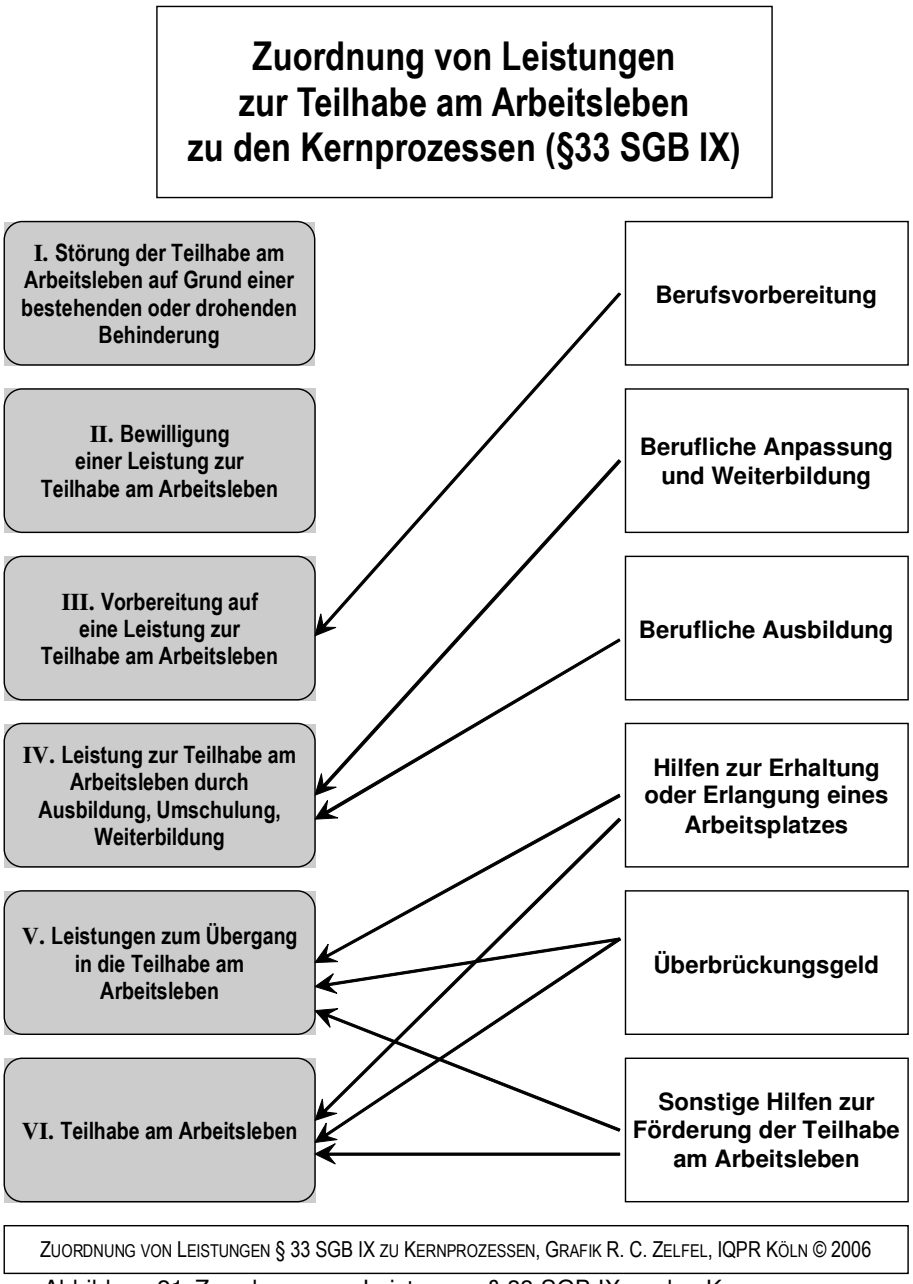


Abbildung 21: Zuordnung von Leistungen § 33 SGB IX zu den Kernprozessen

## 4.3 Prozessbeschreibung der Kernprozesse

Im folgenden werden die sechs Kernprozesse von Leistungen zur Teilhabe prozessorientiert dargestellt und unter dem Aspekt des IQPR-Konzepts nach den Kriterien ICF-Orientierung, Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation und Orientierung an betrieblicher Eingliederung beschrieben.

### 4.3.1 Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“

In diesem Prozess wird die Feststellung einer Behinderung vorgenommen, die eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig machen kann. Zugrunde gelegt wird hier nicht mehr ein an Defiziten orientierter Behinderungsbegriff, sondern Ausgangspunkt ist die Störung der

Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX und der ICF. Die Teilhabestörung kann von Geburt an bestehen oder durch äußere Ereignisse, z. B. eine Berufskrankheit, eingetreten sein. Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind die Leitgedanken, die auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestimmen. Der Paradigmenwechsel des SGB IX wird hier umgesetzt, indem die Defizit- und Schädigungsorientierung durch die Teilhabeorientierung ersetzt wird.

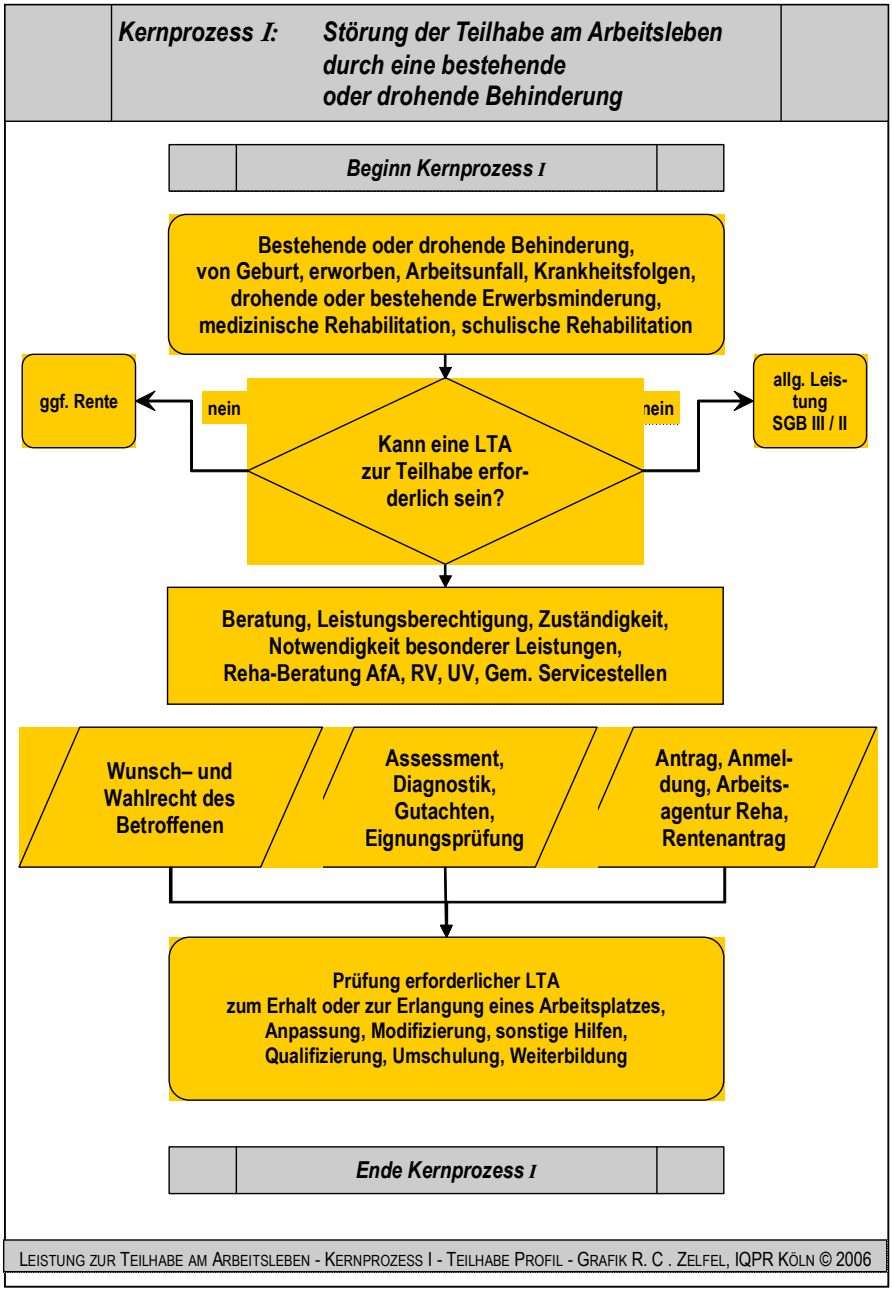


Abbildung 22: Kernprozess I Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung

Für die Klärung der Zuständigkeit und Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe hat der Gesetzgeber enge Grenzen und Fristen gesetzt, zu deren Einhaltung sich die Rehabilitationsträger in einer eigenen gemeinsamen Empfehlung verpflichtet haben.


© IQPR Köln

### 4.3.2 Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

In diesem Kernprozess wird geprüft, ob die Voraussetzungen für Leistungen gegeben sind. Es wird über die Art der Leistung entschieden. Die Bestimmung des Leistungsziels und die Auswahl der Leistung, des Leistungserbringers, des Leistungsortes, der Leistungsdauer sowie die Umsetzung des Wahl- und Wunschrechtes des Betroffenen müssen in diesem Kernprozess ebenso einer Qualitätsbeurteilung unterworfen werden wie die Erbringung der Leistung selbst.

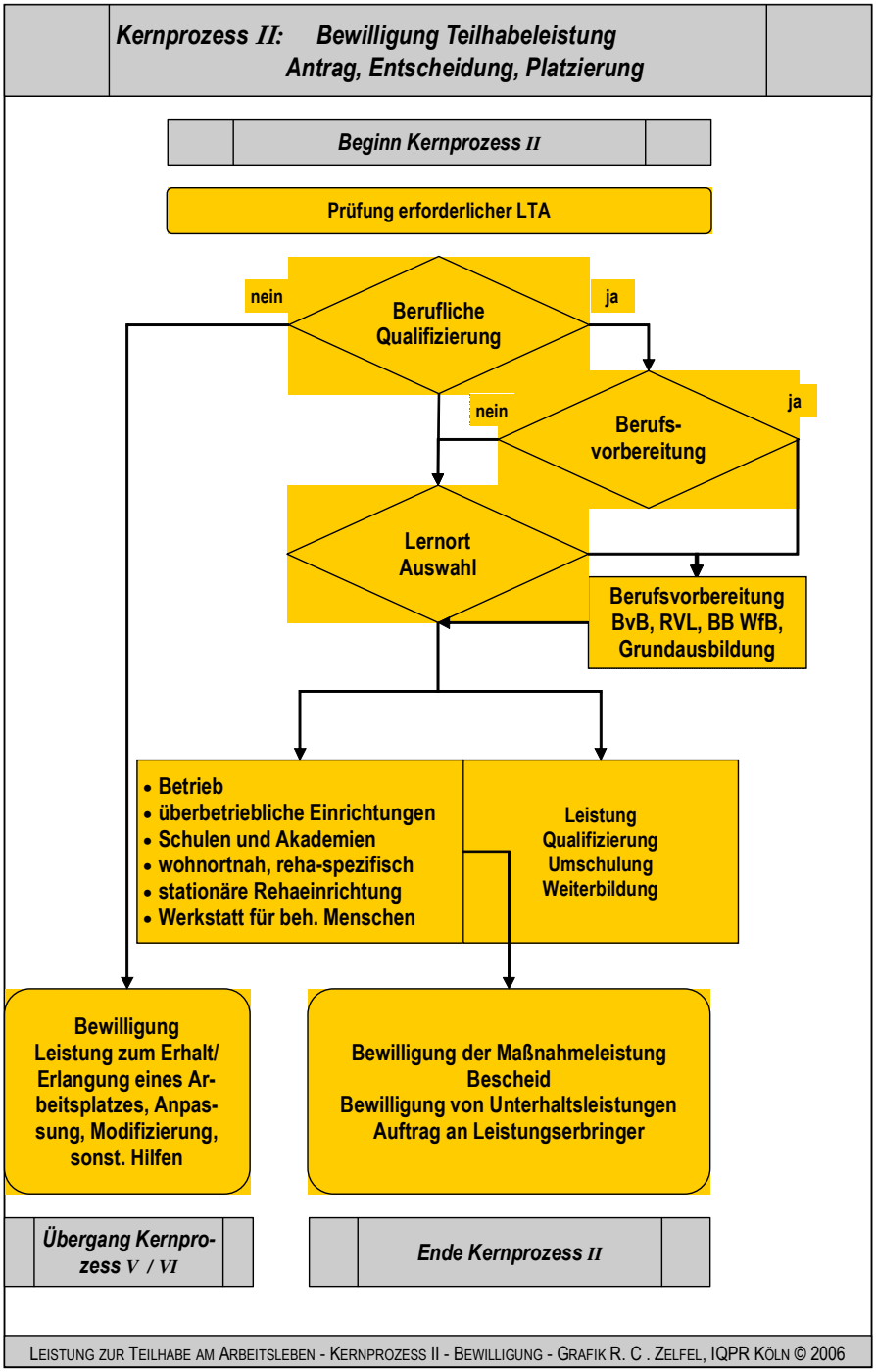

Abbildung 23: Kernprozess II Bewilligung Teilhabeleistung

Dieser Kernprozess II, der in der Vergangenheit zu wenig Aufmerksamkeit erfuhr, wird heute nicht nur aus budgetären Schwierigkeiten, sondern auch durch sozialpolitische Diskussionen, Ansätze wissenschaftlicher Evaluationen, den Paradigmenwechsel des SGB IX sowie die neue Beteiligung des Rehabilitanden in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. „Wie kann die Qualität eines Gesamtprozesses beurteilt werden, wenn nicht der Auswahl- und Bewilligungsprozess des jeweiligen Trägers in die Qualitätsbetrachtung einbezogen wird?“[40] Wie können die offensichtlich großen Schwankungen in der Bewilligungs- und Zuweisungspraxis erklärt werden, ohne dass gesetzliche Rahmenbedingungen verändert wurden?

Die steigenden Ausgaben der Sozialsysteme sowie veränderte Bedingungen am Arbeitsmarkt führen vermutlich zu Veränderungen von Präferenzen bei der Auswahl und Bewilligung von Maßnahmen, was die Vertreter von Behindertenverbänden als Widerstand gegen eine konsequente Umsetzung des SGB IX begreifen. Besonders die Bundesagentur für Arbeit steht derzeit im Feuer der Kritik der Behindertenverbände, die die Kürzung von berufsvorbereitenden Maßnahmen und die restriktive Bewilligungspolitik im Hinblick auf Teilhabechancen nicht akzeptieren können.[41]

In der Ersteingliederung werden in diesem Kernprozess entscheidende Weichen für den weiteren Lebensweg eines jungen Menschen mit Behinderung gestellt. Die Ablehnung einer Berufsausbildungsmaßnahme wegen mangelnder Ausbildungseignung bedeutet letztlich für den Betroffenen ein Arbeitsleben mit schlecht bezahlten, unsicheren und raren Beschäftigungsmöglichkeiten, also eher einer ungewissen Teilhabe am Arbeitsleben.

Behinderte Menschen mit intellektuellen Einschränkungen benötigen in der Regel mehr Zeit für kognitive Leistungen. Sie lernen langsamer. Dies gilt auch für die Vermittlung von beruflichen Kenntnissen und Fertigkeiten. Es ist deshalb nicht nachzuvollziehen, dass Jugendliche, die als „nicht ausbildungsfähig“ gelten, nach den aktuellen Regelungen der Bundesagentur in einer Maßnahme von maximal 18 Monaten eingliederungsfähig für den in diesem Sektor schwierigen Arbeitsmarkt werden sollen, ihre nicht behinderten Gleichaltrigen hingegen Ausbildungen von bis zu dreieinhalb Jahren oder sogar fünfjährige Studien durchlaufen. Bei vielen Jungendlichen mit Behinderungen werden Entwicklungschancen in beruflichen Sozialisationsprozessen nicht genutzt.

Alle Leistungserbringer in der beruflichen Rehabilitation müssen heute Qualitätsmanagementsystem vorweisen, ohne die eine Beteiligung an Ausschreibungen nicht möglich ist. Sie stellen sich Qualitätsüberprüfungen, legen ihre Ergebnisqualität dar und dokumentieren den Verbleib ihrer Absolventen auf dem Arbeitsmarkt. Die Leistungsträger hingegen haben bis heute weder offen gelegt, in welcher Weise Entscheidungen über Rehabilitationsleistungen getroffen werden, noch welche saisonalen Veränderungen bei der Auswahl von Maßnahmen

[40] Nach Redaktionsschluss erhielt das IQPR zwei unveröffentlichte interne Papiere der Bundesagentur für Arbeit, einen Kurzleitfaden Handlungsprogramme im Bereich Reha/SB und einen Leitfaden Handlungsprogramme im Bereich Reha/SB, die nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Eine erste Durchsicht ergibt den Eindruck, dass die Leitfaden eher dem Ziel der Maßnahmenzuweisung und der Verkürzung von Leistungsbezügen dienen als der Umsetzung des Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. Eine Anwendung der ICF ist offensichtlich nicht vorgesehen. (Anm. d. Verf., Zelfel)

[41] Gewerkschaft ver.di (2006), Alle fördern – niemand zurücklassen. Berufliche Rehabilitation – ein unverzichtbarer Beitrag zur Realisierung des Benachteiligungsverbotes. Positionspapier zur beruflichen Rehabilitation. Juni 2006, Zugriff 06-08-14 unter http://biwifo.verdi.de/arbeitsgruppen/weiterbildung/alle_foerdern_-_niemand_zuruecklassen_positionspapier/data/position_berufliche_reha.pdf

vorgenommen werden. Die Zeitreihen, die an anderer Stelle dargestellt sind, belegen dies. Ein weiteres Beispiel wird unter dem Punkt Dialogorientierung dargestellt. Bei über 30 verschiedenen Rententrägern, die erst seit kurzem in einer Organisation vereinigt sind, über 350 örtlichen Agenturen für Arbeit und rund 50 Unfallversicherungsträgern gibt es bis heute keine trägerübergreifende Transparenz, nach welchen Kriterien innerhalb des gesetzlichen Rahmens Bewilligungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgen.

Im Sinne des Qualitätsziels der Teilhabe erscheint es notwendig, diesen Kernprozess der öffentlichen Diskussion zugänglich zu machen.

### 4.3.3 Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Im Sinne einer klaren Prozessbeschreibung ist es sinnvoll, Leistungen der Berufsvorbereitung von den Leistungen der Qualifizierung (Kernprozess IV) getrennt zu beschreiben. Etwa 78.000 Menschen mit Behinderungen haben im Jahr 2004 bei den drei großen Reha-Trägern, AV, RV und UV, an diesen Maßnahmen teilgenommen. Im Bereich der Ersteingliederung hat ein Teil der berufsvorbereitenden Maßnahmen die Funktion der Eingliederung auf einen Arbeitplatz oder der Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Andere Leistungen bereiten auf eine Qualifizierung vor, wie beispielsweise der Reha-Vorbereitungslehrgang.

Dieser Kernprozess ist fakultativ, das heißt, dass er von der folgenden Leistung (Kernprozess VI) abhängig ist. Es ergeben sich folgende Bildungsmöglichkeiten:

- Die Vorbereitungsmaßnahme vermittelt eine behinderungsspezifische Grundausbildung.
- Die Vorbereitungsmaßnahme führt zu einer weiteren Qualifizierungsleistung.
- Die Vorbereitungsmaßnahme bereitet auf eine Eingliederung auf einen Arbeitsplatz vor, erworbene Qualifikationsbausteine werden testiert.
- Die Vorbereitungsmaßnahme führt zur Eingliederung in die WfbM.

Da die Prozessabläufe in der Ersteingliederung und in der Wiedereingliederung sehr unterschiedlich sind, wurden zwei unterschiedliche Prozessdiagramme erstellt:

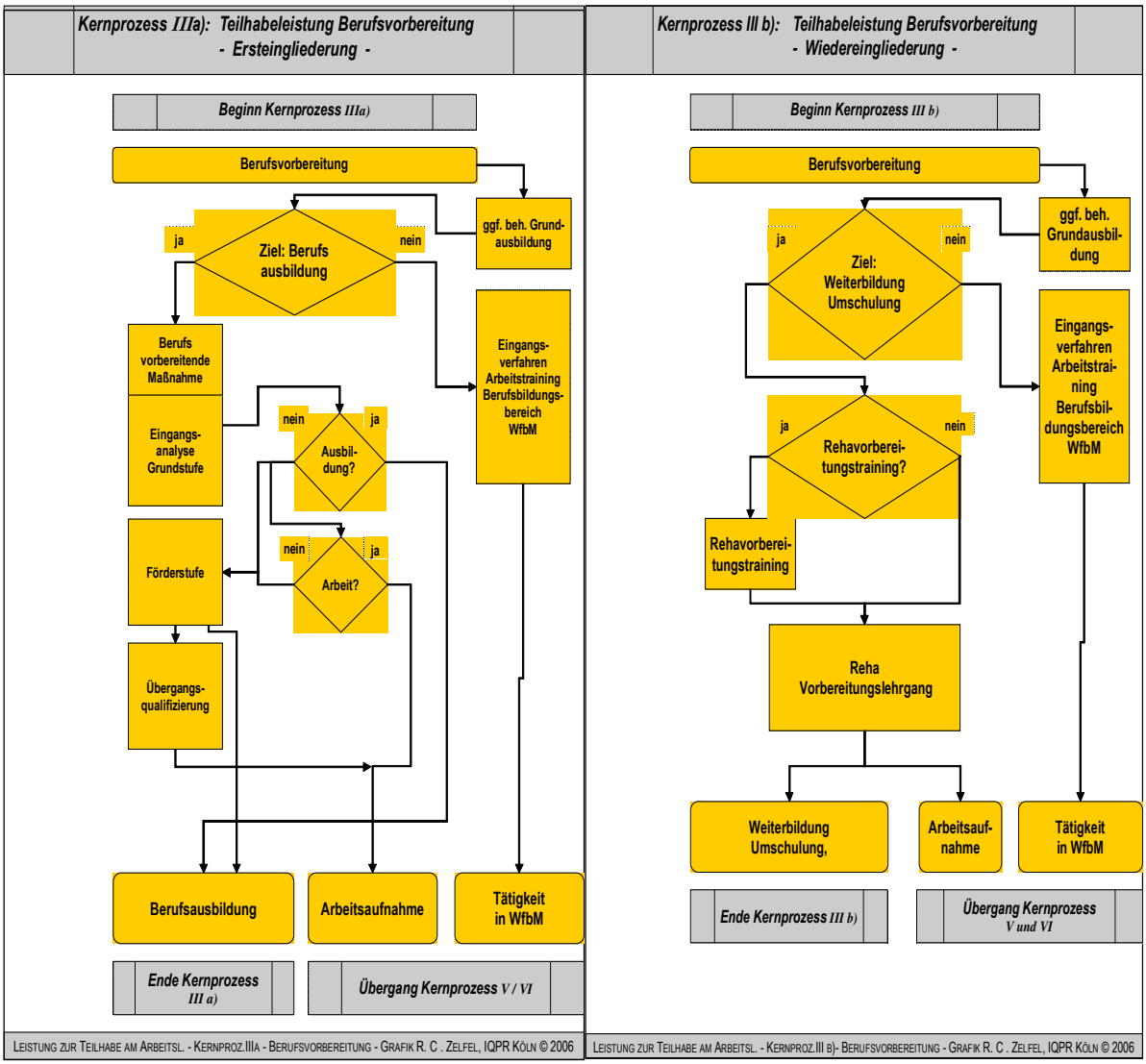


Abbildung 24: Kernprozesse IIIa und IIIb „Berufsvorbereitende Maßnahmen“

### 4.3.4 Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung“

Dieser Kernprozess beinhaltet Ausbildung, Weiterbildung und Umschulung. Die Begriffsbildung ist bei den Trägern unterschiedlich. Unter Ausbildung versteht man eine Berufsausbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBIG) oder der Handwerksordnung (HwO), die nach dem allgemeinen Ausbildungsplan oder nach Regelungen für behinderte Menschen (§ 66 BBiG/§ 42m HwO) durchgeführt wird.

Die Qualitätsanforderungen an Berufsausbildungen ergeben sich im Wesentlichen aus den jeweiligen Ausbildungsplänen, die vom Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) beschlossen und vom Wirtschaftsminister erlassen werden. Ausbilder/innen müssen nach der Ausbildereignungsverordnung eine Eignung erwerben, die im Handwerk in der Meisterprüfung enthalten ist. Der weltweit gute Ruf des dualen Berufsbildungssystems in Deutschland ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass bundesweit einheitliche Ausbildungspläne, Abläufe und Prüfungsmodalitäten festgelegt sind und auch ständig angepasst werden.

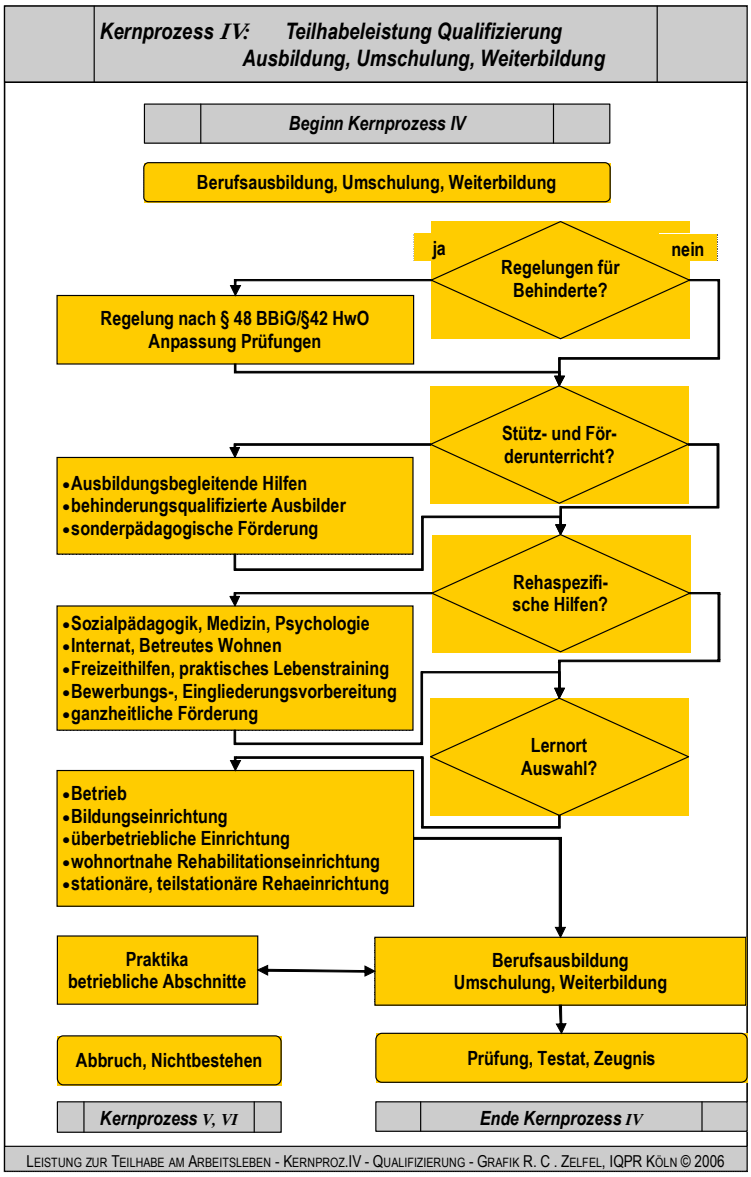

Abbildung 25: Kernprozess IV Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung

Im Bereich der Weiterbildung und Umschulung werden sowohl Ausbildungen nach dem dualen System als auch nach anderen Prüfungskriterien wie Kammerprüfungen o. ä. durchgeführt. Bei den Regelungen für Behinderte sind in den letzten Jahren pragmatische Verfahren auf Kammerebene geschaffen worden, die vom BiBB koordiniert und begleitet werden.

Die Qualität der Inhalte, Durchführung und Abschlüsse ist den Leistungserbringern wie auch allen anderen ausbildenden Betrieben vorgegeben und wird auch durch die so genannten zuständigen Stellen regelmäßig kontrolliert.

### 4.3.5 Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Eine separate Betrachtung der Kernprozesse V und VI (Teilhabe am Arbeitsleben) ist im Sinne einer klaren Prozessbeschreibung notwendig, weil sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre neue Instrumente wie Arbeitsassistenz oder Integrationsfachdienste entwickelt haben. Desweiteren sind Leistungen zur Anpassung oder zum Erhalt eines Arbeitsplatzes sowie Lohnkostenzuschüsse unmittelbar an einen konkreten Arbeitsplatz gebunden und

passen deshalb nicht in diesen Prozess, der der Anbahnung eines Beschäftigungsverhältnisses dient.

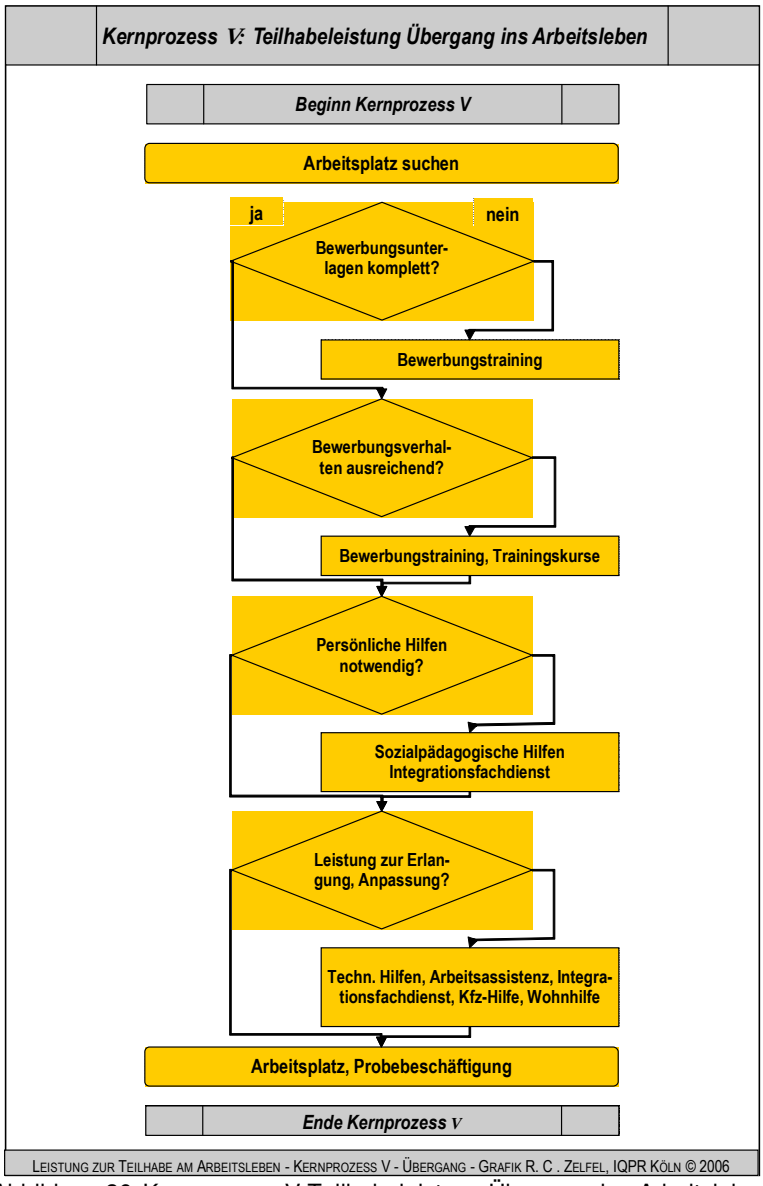

Abbildung 26: Kernprozess V Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben

Der Kernprozess V ist bei den Leistungserbringern neben der Qualifizierung zu einem neuen wichtigen Aufgabengebiet geworden. Die Anbahnung des Übergangs in das Arbeitsleben, eigentlich eine ureigene Aufgabe der Rehabilitationsträger, wurde auf die Leistungserbringer verlagert. In der Mitte der neunziger Jahre wurde für Übergangsleistungen[42] erstmals eine gesetzliche Grundlage für Berufsbildungswerke und wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen in der Ersteingliederung geschaffen. In den Einrichtungen wurden deshalb persönlichkeitsstärkende, assertive Curricula entwickelt, um die immer schwieriger werdende Eingliederung der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

[42] vgl. § 40 cc) des damaligen AFG

### 4.3.6 Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

In diesem Kernprozess werden zahlenmäßig die meisten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht. Viele dieser Leistungen, im Jahr 2004 rund 86.000 Leistungen zu Anpassung/Erhalt eines Arbeitsplatzes sowie Kfz-Hilfen, sind im Vergleich zu Qualifikationsmaßnahmen von relativ kurzer Dauer und haben keinen hohen finanziellen Aufwand. Prozessorientiert betrachtet schließen sich diese Leistungen an den Kernprozess II an.

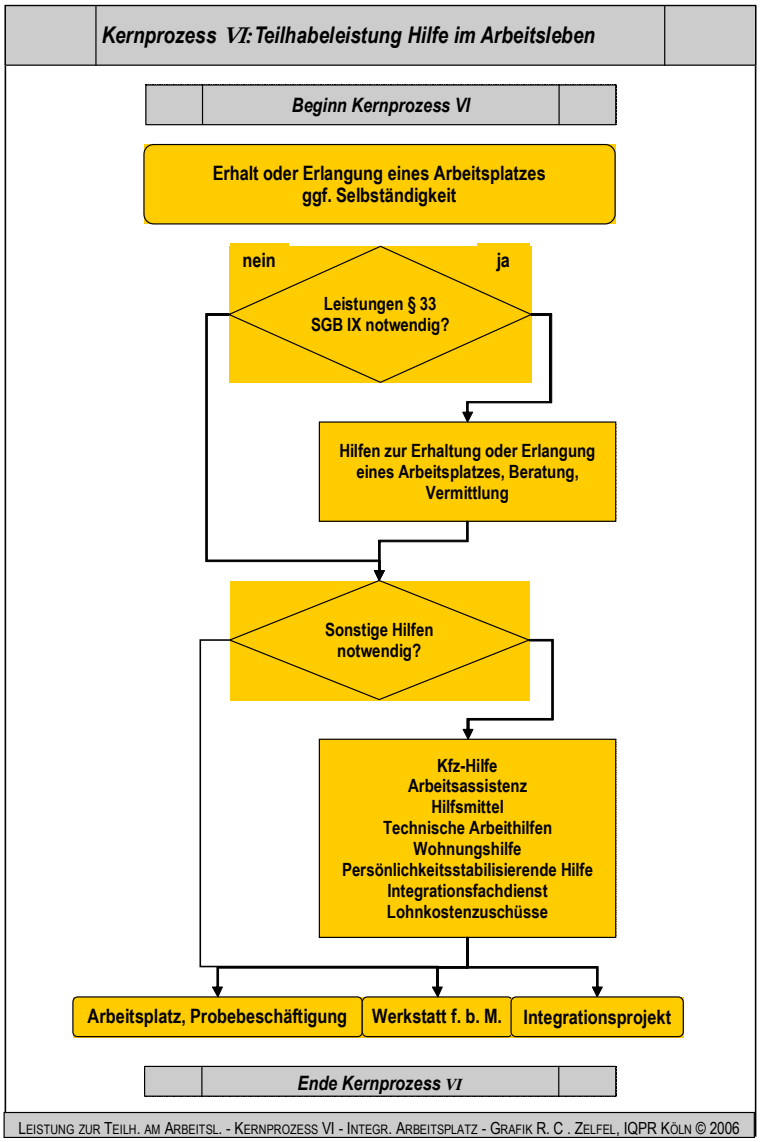

Abbildung 27: Kernprozess VI Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben

Aber auch nach Qualifikationsmaßnahmen können Leistungen dieses Kernprozesses erforderlich werden. Das SGB IX hat beispielsweise die Instrumente Arbeitsassistenz oder Integrationsfachdienste neu im Gesetz verankert. Neben den im SGB IX genannten Leistungsträgern können Integrationsämter nach der Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung (SchwbAV) Zuschüsse geben.

## 4.4 ICF-Orientierung in den Kernprozessen

Es gibt derzeit im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft in der beruflichen Rehabilitation keine Ansätze, die ICF zur Grundlage der Rehabilitationspraxis zu machen. Dies ist sicherlich begründet in einigen Problemen bei der praktischen Umsetzung.

Ein Problem liegt im Umfang der ICF. Die Anwendung der kompletten ICF in der rehabilitativen Praxis erscheint angesichts der 1424 verfügbaren Itemcodes unmöglich. Selbst bei Benutzung der Kurzform mit 362 verfügbaren Itemcodes wird nach Auffassung von Ewert et al.[43] über eine Stunde benötigt, um funktionale Gesundheit einer Person zu klassifizieren (S. 183). Ein weiteres Problem liegt darin, dass die eingesetzten Assessmentverfahren nicht ICF-orientiert entwickelt wurden und die Konstrukte nicht mit den verwandten Begriffen beispielsweise der Förderpraxis kongruent sind. Völlig ungelöst sind generell die Fragen der Codierung und Bewertung. Reicht beispielsweise eine fünfteilige Skala bei der Zuordnung von Leistungen aus, oder wie sind Kontextfaktoren zu bewerten, eine Frage, die auch Schopf schon im DIMA-Verfahren (s. 4.5.2) nicht befriedigend lösen konnte.

In der medizinischen Rehabilitation wurden inzwischen zwölf „Core Sets“ entwickelt, die die für eine Krankheit relevanten ICF-Items empirisch abgesichert zusammenfassen. Es wäre zu überprüfen, ob dieser Weg auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gangbar ist.

### 4.4.1 ICF-Orientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“

Im Folgenden soll beispielhaft ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt werden, was eine ICF-orientierte Beschreibung des Bedarfs an Teilhabeleistung enthalten könnte:

Zu Körperfunktionen/Körperstrukturen: z. B. spezielle mentale Funktionen (b140–b189)[44], Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Gedächtnis, Denken, höhere kognitive Funktionen (b164), Funktionen des Hörens (b230), des Sehens (b210), Stimm- und Sprechfunktionen (b310–340), Neuromuskulosketale und bewegungsbezogene Funktionen Gelenke und Knochen (b710–729), Muskeln (b730–749), Bewegung (b750–769)

Zu Aktivitäten und Partizipation: nahezu alle ICF Kapitel – Lernen und Wissensanwendung (Kap. 1), Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (Kap. 2), Kommunikation (Kap. 3), Mobilität (Kap. 4), interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Kap. 7, Kap. 8), bedeutende Lebensbereiche, Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d640), Theoretische Berufsausbildung (d825), Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840)

Zu Personengebundenen Kontextfaktoren (nicht ICF-klassifiziert): Alter, Geschlecht, Lebensstil, Beruf, Erfahrung, Motivation, Handlungswille, familiärer Hintergrund u. a.

Zu Umweltfaktoren: Produkte und Technologien z. B. Bau, Transport, Kommunikation natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt, z. B. Klima, Luft, Geräusche; Unterstützung und Beziehungen, z. B. Familie, Freunde, Bekannte, Fachleute, Einstellungen von Familie,

[43] Ewert T, Geyh S, Grill E, Cieza A, Zaisserer S, Stucki G: Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF-Modelblattes und der ICF Core Sets. Neurologie und Rehabilitation (2005), 4: 179–188

[44] Die Ziffern in den Klammern beziehen sich auf die ICF-Itemcodes und zwar bedeuten die Präfixe: b=body, d=activity/participation, e=environment


© IQPR Köln

Umwelt, Vorgesetzten, Kollegen, gesellschaftliche Normen; Dienste und Handlungsgrundsätze, z. B. Handlungsgrundsätze der Wirtschaft, der sozialen Sicherheit, der allgemeinen sozialen Unterstützung, des Ausbildungswesens, des Arbeits- und Beschäftigungswesens. Umweltfaktoren können positiv wirken und sind dann Förderfaktoren, sie können negativ wirken und sind dann Barrieren.

### 4.4.2 ICF-Orientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Der Entscheidung über die Auswahl und Bewilligung der Leistung sollen ICF-orientierte Beschreibungen des Bedarfs an Teilhabeleistung, die Aussagen zu Körperfunktionen/Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation, Personenbezogenen Kontextfaktoren und Umweltfaktoren zugrunde liegen. Dies ist jedenfalls die theoretische Absicht der Träger von Leistungen in verschiedenen gemeinsamen Empfehlungen.

In diesem Prozess haben die Kontextfaktoren wiederum eine wichtige Bedeutung beispielsweise für die Auswahl des geeigneten Lernortes. Bestimmte Behinderungen wie Sinnesschädigungen oder Körperbehinderungen benötigen eine barrierefreie Umgebung. Andere benötigen eine kontinuierliche ärztliche Betreuung. Bei manchen Rehabilitanden/innen kann das häusliche oder familiäre Umfeld das Ergebnis beeinträchtigen, bei anderen wiederum ist die familiäre Unterstützung ein Förderfaktor. Ohne Berücksichtigung dieser Kontextfaktoren sind Entscheidungen über wohnortnahe oder Angebote mit Internatsunterbringung sachgerecht nicht zu treffen.

Die einheitliche Sprache der ICF für alle Fachleute der Rehabilitation und auch Laien ist eine Voraussetzung für das in der gemeinsamen Empfehlung geforderte Qualitätsmerkmal „Transparenz“.

### 4.4.3 ICF-Orientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Die ICF bietet, wie bereits erwähnt, eine interdisziplinäre Sprache. In den berufsvorbereitenden Maßnahmen dieses Prozesse sind Aktivitäts- und Partizipationsdomänen zu beschreiben aus den Kapiteln Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen sowie Mobilität. Je nach Bedarf müssen gesundheitsbedingte, also aus Körperstrukturen resultierende Aktivitätseinschränkungen dargestellt werden. Arbeitsbezogene Aktivitäten wie „eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“ (d840) und unbezahlte Arbeit (d855) unter Einbeziehung der Kontextfaktoren dürften vor allem für die Rehabilitanden von Interesse sein, bei denen nicht klar ist, ob sie „noch“ in den allgemeinen Arbeitsmarkt integrierbar sind oder einen besonderen Arbeitsmarkt wie Integrationsprojekte oder WfbM benötigen.

Personenbezogene Faktoren, die in der ICF bekanntlich nicht klassifiziert sind, wie Motivation, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit müssen ebenfalls erhoben werden.

### 4.4.4 ICF-Orientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Die ICF schafft die Voraussetzung dafür, dass alle an der Ausbildung Beteiligten im Rahmen des Teilhabeplans Förderziele erarbeiten und behinderungsbedingte Einschränkungen sowie personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren berücksichtigen.

© 2007 IQPR Köln 

Der ärztliche Sachverständigenbeirat der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat 2006 einen Praxisleitfaden für die Einbeziehung der ICF in die medizinische Rehabilitation vorgelegt, der praktikabel ist und auch für die berufliche Rehabilitation verwendet werden kann.[45] Die folgende Grafik zeigt, wie der Praxisleitfaden für „Lernbehinderung“ umgesetzt werden könnte:

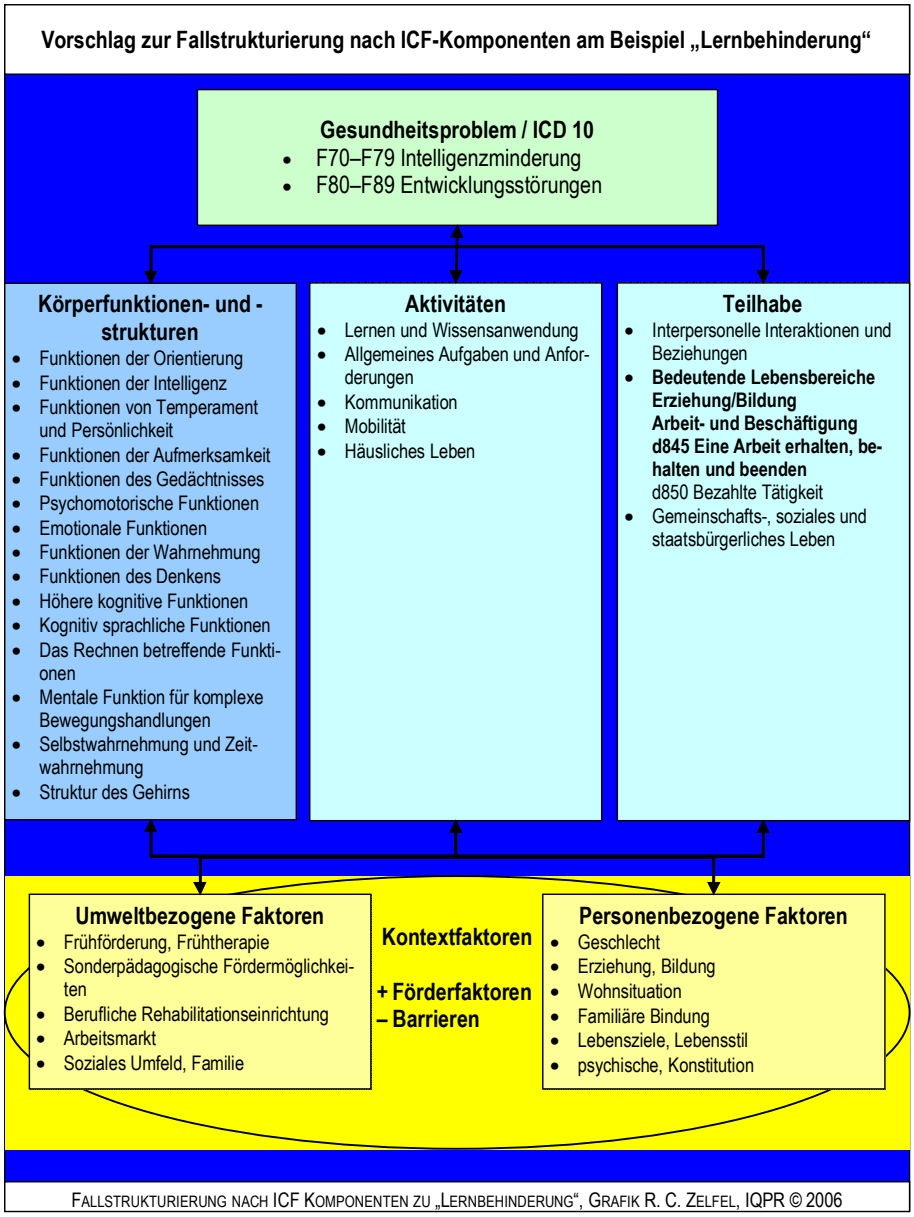

Abbildung 28: Vorschlag für Fallstrukturierung für „Lernbehinderung“

### 4.4.5 ICF-Orientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Im Zentrum dieses Prozesses steht die ICF-Domäne „Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden“ (d845). Die ICF gibt hierzu folgende Inklusiv-Erläuterungen: „Eine Arbeit suchen; einen Lebenslauf verfassen; Arbeitgeber kontaktieren und Bewerbungsgespräche vorbereiten;

[45] Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. ICF Praxisleitfaden. Zugriff 06-12-08 unter www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-druck_1445.pdf

ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen (…)". Auf der zweiten Ebene ist dieses Kapitel mit dem Item „Arbeit suchen" (d8450) noch für die Stellensuche präzisiert. Wie immer sind gesundheitsbedingte Einschränkungen, insbesondere aber die personenbezogenen Kontextfaktoren sowie die Umweltfaktoren zu berücksichtigen. Wie sind beispielsweise die Einstellungen möglicher Arbeitgeber (e430) und Kollegen (e425)? Sind Hilfen von Fachleuten (e570) wie Arbeitsassistenz notwendig?

### 4.4.6 ICF-Orientierung im Kernprozess VI

Die Leistungen dieses Kernprozesses lassen sich aus den Kontextfaktoren der ICF erschließen und dienen dem Abbau von Barrieren zur Teilhabe am Arbeitsleben. Eine Kfz-Hilfe trägt zum Abbau der Barriere bei, die sich aus dem Kontextfaktor „Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Transportwesens" (e540) ergibt. Ähnliches gilt für behindertengerechten Umbau einer Wohnung (e525). Gebärdendolmetscher oder Arbeitsassistenz beeinflussen Barrieren im Kommunikationswesen (e535). Lohnkostenzuschüsse können die Einstellung von Autoritätspersonen (hier als Vorgesetzte e330) oder die Handlungsgrundsätze des Beschäftigungswesens (e590) beeinflussen.

Wie die Beispiele zeigen, ist die ICF durchaus praktikabel, um die Erfordernis von Leistungen zu ermitteln.

## 4.5 Assessment in den Kernprozessen

### 4.5.1 Assessment im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung"

Das Assessment hat in diesem Prozess die Aufgabe, den gesundheitlichen Stand zu erheben und die Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren zu erfassen. Die gängigen Assessmentverfahren sind allerdings noch nicht ICF-orientiert. Sie messen meist Aktivitäten und Körperfunktionen. Kontextfaktoren werden in der Regel durch die sozialen Dienste erhoben, allerdings nicht in der ICF-Dichotomie Förderfaktor/Barriere.

Ein Beispiel für die Bedeutung der Kontextfaktoren ergibt sich in der Anwendung des SGB III. Es schreibt den Vorrang allgemeiner vor besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Die besonderen Leistungen sind (d. h. Rechtsanspruch) anstelle der allgemeinen Leistungen zu erbringen, wenn Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben eine Maßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung oder eine rehaspezifisch ausgerichtete Maßnahme erfordern oder die allgemeinen Leistungen diese nicht in erforderlichem Umfang vorsehen. (SGB III § 102) Sind die Bedingungen für eine Berufsausbildung beispielsweise nicht behindertengerecht (ICF „barrierefrei"), so wäre als Lernort eine rehaspezifische Umgebung wie Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk oder sonstige Rehabilitationseinrichtung zu wählen oder eine rehaspezifische Förderung zu sichern.

### 4.5.2 Assessment im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben"

Das Assessment in der beruflichen Rehabilitation ist für den Leistungsträger die Grundlage dafür, Entscheidungen über Leistungen so fachgerecht wie nötig, aber wirtschaftlich und

kostengünstig zu treffen. Nur wenn alle notwendigen Informationen vorliegen, kann eine bedarfsgerechte, am Rehabilitationsbedarf des Einzelnen und am Eingliederungsziel orientierte Leistungsbewilligung getroffen werden.

Der psychologisch-ärztliche Dienst der Bundesagentur fertigt im Jahr etwa 300.000 Gutachten an. In der Rehabilitation sollen diese Gutachten die Entscheidung über die Auswahl der geeigneten Maßnahme zur Teilhabe unterstützen. Zentrale Fragen sind hierbei:

- Liegt eine Behinderung im Sinne des § 19 SGB III vor?
- Besteht eine Notwendigkeit für besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB III oder sind allgemeine Leistungen ggf. mit rehaspezifischer Unterstützung ausreichend?
- Ist der/die Jugendliche mit Behinderung ausbildungsfähig im Sinne des Berufsbildungsgesetzes? Wenn ja, sind besondere Hilfen, z. B. Ausbildungsregelungen für behinderte Menschen, Förderung in einer Rehabilitationseinrichtung, notwendig?
- Besteht eine Eingliederungschance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder ist das Eingliederungsziel die Werkstatt für behinderte Menschen?

Ende der neunziger Jahre wurde mit Unterstützung des damaligen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesanstalt für Arbeit das Projekt Diagnosegesteuerte Maßnahmenauswahl (DIMA)[46] entwickelt. Es baute auf dem DIK-2 auf, der wiederum auf der ICF-Vorläuferin ICIDH der WHO basierte. Dieses Verfahren, das wegen seiner Komplexität vermutlich in der Berufsberatungspraxis mangels Praktikabilität gescheitert ist, ist jedoch ein zu würdigender Versuch, ein Assessmentverfahren zu entwickeln, das zu Entscheidungen über die Maßnahmenauswahl führen kann. Das Verfahren hatte die Intention, für alle Beteiligten (Jugendliche, Lehrer/innen der Abschlussklassen, Eltern und Berufsberater/innen für Behinderte) nachvollziehbar zu sein.

### 4.5.3 Assessment im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Das Assessment in diesem Kernprozess beinhaltet alle Informationen, die Auskunft über Arbeits- und Ausbildungsfähigkeit geben. Im Verlauf der Maßnahme werden Fortschritte in der Rehabilitation ermittelt. Zum Schluss der Maßnahme erfolgt eine Einschätzung der Ausbildungsfähigkeit, die Zuweisung zur Qualifikationsmaßnahme oder die Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz.

### 4.5.4 Assessment im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

In den letzten Jahren ist das Assessment in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in großem Maße ausgebaut worden. Als eines der ältesten Verfahren, aber stets aktualisiert, kann das Verfahren HAMET 2 (Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen) genannt werden, das von den Berufsbildungswerken entwickelt

[46] Schopf, P., Huber, G. & Reisinger, P. (1999). Projekt DIMA: Weiterentwicklung von Instrumenten zur Verbesserung der individuellen Förderung und der Steuerung von Maßnahmen für lernbehinderte junge Menschen. In Behindertenrecht 39 (2): S. 49–53

wurde.[47] „Der hamet 2 wurde insbesondere für die berufliche Diagnostik von Menschen mit erhöhtem Förderbedarf, Benachteiligungen und Behinderungen konzipiert. Das Verfahren ist aber auch für andere Anwendungsbereiche geeignet. Die Ergebnisse können bei den genannten beruflichen Entscheidungsprozessen allen Beteiligten (Auszubildende/Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Kostenträger) zu mehr Orientierung und Transparenz verhelfen. Die Module des hamet 2 wurden nach wissenschaftlichen Kriterien konstruiert:

- Modul1 erfasst die beruflichen Basiskompetenzen (handwerklich-motorische Fertigkeiten, PC-Kompetenz)
- Modul 2 überprüft die Lernfähigkeit bezüglich der beruflichen Basiskompetenzen, und es kann ein entsprechendes Förderprogramm erstellt werden
- Modul 3 ermöglicht die Erfassung der berufsbezogenen sozialen Kompetenzen
- Modul 4 überprüft einen Aspekt des vernetzten Denkens: die Fehlersuche und Problemerkennung.“

Im Oberlin-Haus (BBW Potsdam) wurde das Zentrum für berufliches Reha-Assessment (ZEBRA)[48] entwickelt. ZEBRA ist im Berufsbildungswerk die Anlaufstelle für alle, die noch keine Berufswahlentscheidung getroffen haben. Es wird eine passgenaue Empfehlung erarbeitet, die sich an Interessen, behinderungsbedingten Einschränkungen, Leistungsvermögen und Förderbedarf orientiert.

Die Empfehlung setzt sich aus unterschiedlichen Bausteinen zusammen: Neben der beruflichen Information und einer berufspraktischen Erprobung wird eine ärztliche und psychologische Eignungsdiagnostik durchgeführt. Es wird außerdem festgestellt, welche Arbeitshilfen die Ratsuchenden unter Umständen benötigen, um eine Ausbildung beginnen zu können. Diese Module sind entweder einzeln wählbar oder im Rahmen einer Arbeitserprobung bzw. Berufsfindung als umfassende Entscheidungsgrundlage nutzbar.

RehaAssessment ist ein von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke entwickeltes, bundesweit nach einheitlichem Standard angebotenes Beurteilungssystem auf modularer Basis. „Definition: RehaAssessment ist die umfassende Klärung des Fähigkeitspotenzials von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung Bedrohten in Bezug auf die Anforderungen eines konkreten oder eines perspektivisch angestrebten Arbeitsplatzes bzw. eines Spektrums von Fähigkeiten einer Berufsrichtung. Durch den Vergleich wird der Rehabilitationsbedarf erfasst und das Rehabilitationspotenzial beschrieben. Auf dieser Grundlage wird der Rehabilitationsplan entwickelt und eine Erfolgsprognose erstellt. Der Einsatz erfolgt in den Bereichen Prävention, Diagnostik und Orientierung.“[49]

Keines der genannten Verfahren orientiert sich ausgewiesenermaßen an der Klassifikation der ICF. Im Hinblick auf die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit sollten die Assessmentverfahren neben der Erreichung von Lernzielen auch Fortschritte bei der Entwicklung von personenbezogenen Schlüsselqualifikationen erfassen.

[47] hamet 2. Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen. Zugriff 06-12-08 unter http://129.143.232.206/hamet/hamet2/index.htm

[48] Jenschke, M. L. (2003), Das Zentrum für Berufliches Reha-Assessment (ZEBRA). Ein neues Angebot des Berufsbildungswerkes im Oberlinhaus Potsdam. Berufliche Rehabilitation, 17 (2): 92–102.

[49] Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungwerke (o. J.), RehaAssessment – was ist das? Zugriff 06-12-10 unter http://www.rehaassessment.de/e2_definition.html

### 4.5.5 Assessment im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Das Assessment hat in diesem Kernprozess die Aufgabe, zu ermitteln, ob der/die Rehabilitand/in über die notwendigen Fähigkeiten und Strategien verfügt, eine Beschäftigung aufzunehmen und ggf. zu ermitteln, welche Anpassungen an behinderungsbedingte Einschränkungen notwendig sind. Je nach Ausprägung der behinderungsbedingten Einschränkung sollte das Assessment Auskunft darüber erteilen, inwieweit Produkte und Technologien (ICF e1) und natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (ICF e2, z. B. Lärm, Licht, Klima) den Eingliederungserfolg beeinträchtigen können.

### 4.5.6 Assessment im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

Das Assessment in diesem Prozess ermittelt die Aktivitäten sowie die Barrieren und Förderfaktoren, die zum Erhalt, zur Erlangung oder Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes notwendig sind. Persönliche Kontextfaktoren können im Sinne der individuellen Beschäftigungsfähigkeit erhoben werden. Hierfür liegen allerdings noch keine reliablen und validen Instrumente vor.

## 4.6 Dialogorientierung in den Kernprozessen

### 4.6.1 Dialogorientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“

Die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes ist bereits dargestellt worden. Hierzu gehört auch eine Aufklärung über alle Alternativen von Leistungen zur Teilhabe sowie eine gemeinsame Erarbeitung des Rehabilitationsziels.

### 4.6.2 Dialogorientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Der bereits beschriebene Paradigmenwechsel des SGB IX verändert die Stellung des Leistungsempfängers im Rehabilitationsprozess. Leistungen zur Teilhabe werden nicht mehr hoheitsstaatlich gewährt, sondern der/die Rehabilitand/in steht im Mittelpunkt des Prozesses. Dies verlangt von den Leistungsträgern eine Abkehr vom Eigenverständnis als Versorgungsleistungserbringer hin zum Dienstleister für gleichberechtigte Teilhabe und Selbstbestimmung. Die Dialogverpflichtung erfordert, dass der Empfänger von Leistungen in die Auswahl einbezogen wird, diese nachvollziehen kann und ihm ggf. alternative Leistungen vorgeschlagen werden. Persönliche Wünsche und Lebensziele müssen erfragt und einbezogen werden. Eine Erbringung von Leistungen in der Form des persönlichen Budgets ist ohne Dialog nicht möglich.

### 4.6.3 Dialogorientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Die Dialogverpflichtung wird durch die Zielvereinbarungen, die Zwischenaufwertungen und das Abschlussgespräch umgesetzt. In Rehabilitationseinrichtungen ist eine Teilnehmervertretung bzw. ein Werkstattrat zu wählen, der eine Mitbestimmung in Gestaltungsfragen einräumt (s. 3.4.2).


© IQPR Köln

### 4.6.4 Dialogorientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Die Umsetzung der Dialogorientierung erfordert einen regelmäßigen Austausch mit dem/der Rehabilitanden/in im Hinblick auf das Rehabilitationsziel. In der Regel erfordert dies Zielvereinbarungen, die zu dokumentieren sind und sowohl die vermittelten Qualifikationsinhalte als auch Schlüsselqualifikationen betreffen.

Eine Teilhabe an Gestaltungsmöglichkeiten der Leistung ist, wie schon ausführlich beschrieben, durch die vorgeschriebenen Teilnehmervertretungen möglich (s. 3.4.2).

### 4.6.5 Dialogorientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Im Dialog unterstützen die Eingliederungsdienste die Bewerber. Rollenspiele, Assessment Center und eine assertive Förderung sind mögliche Interventionsmöglichkeiten.

### 4.6.6 Dialogorientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

Wie in allen vorhergehenden Prozessen ist das Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen zu berücksichtigen. Bedeutung besitzt in diesem Prozess das Instrument des persönlichen Budgets. Zur Ermittlung der Ergebnisqualität könnte die Einschätzung des/der Rehabilitanden/din erhoben und im Teilhabeplan dokumentiert werden.

## 4.7 Teilhabeplan/Dokumentation in den Kernprozessen

### 4.7.1 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“

Der Teilhabeplan ist der dokumentierte Steuerungsplan für den Ablauf der Leistung zur Teilhabe. Er hat die Dialogverpflichtung zu dokumentieren, insbesondere den Wunsch des/der Betroffenen, auch wenn dieser nicht realisierbar erscheint. Der Teilhabeplan dokumentiert den Ablauf und das Ziel der Leistung zur Teilhabe. Er enthält die Unterlagen des Assessments und ist für den/die Rehabilitanden/in angemessen zur Verfügung zu stellen bzw. zugänglich zu machen.

### 4.7.2 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Im Teilhabeplan ist zunächst das Ergebnis einer Bewilligung zu dokumentieren. Hierzu ist der Ablauf der Leistung und ihr Eingliederungsziel zu beschreiben. Das Wunsch- und Wahlrecht (§ 9 SGB IX) sowie die Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit des/der Rehabilitanden/in, die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt (§ 33 Abs. 4 SGB IX) sollten in schriftlicher Form festgehalten werden, damit das Ergebnis während und nach der Leistung geprüft werden kann.

© 2007 IQPR Köln 

### 4.7.3 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Im Teilhabeplan wird zunächst die Zielvereinbarung zwischen Einrichtung und Teilnehmer/in über Ablauf und Modalitäten der Maßnahme festgelegt, die meist in unterschiedlichen Arbeitsbereichen stattfindet. Desweiteren werden die Rückmeldungen der Ausbilder/innen sowie die Selbsteinschätzung der Teilnehmer sowie die erreichten Teilqualifikationen aufgenommen. Den Abschluss bildet die Festlegung des weiteren Rehabilitationsverlaufs: Ausbildung, Umschulung, Berufstätigkeit, Eingliederung WfbM oder weitere Integrationsmaßnahmen.

### 4.7.4 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Bei Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation sind keine einheitlichen Begriffe gebräuchlich. So werden in Berufsbildungswerken, Einrichtungen der wohnortnahen Rehabilitation[50] und berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen die Begriffe Förderplanung und Förderplan verwendet. „Förderpläne sind hierbei Dokumentationsunterlagen, in denen die relevanten Daten zu Ausgangssituationen und Entwicklungsfortschritten enthalten sind.“[51] Im Bereich der Berufsförderungswerke sind die Begriffe „individueller Förderplan“ und „individueller Förder- und Integrationsplan“ (IFIP oder IFP) gebräuchlich. Im Eingangsverfahren der Werkstatt für behinderte Menschen wird der Terminus „Eingliederungsplan“ verwandt, der vom Fachausschuss zu erstellen ist.[52]

Neben den genannten Begriffen sind auch Kombinationen gebräuchlich wie etwa „individueller Integrationsplan“, „Integrations- und Förderplan“. Im Interesse von Transparenz und Vergleichbarkeit sollten die Leistungserbringer ähnlicher Maßnahmen gleiche Bezeichnungen und Inhalte verwenden.

### 4.7.5 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Da die betriebliche Eingliederung Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist, müssen alle Bewerbungsaktivitäten dokumentiert werden. Die in der sozialpädagogischen Betreuung gemeinsam erarbeiteten Zielvereinbarungen sind ebenso Bestandteil wie erarbeitete Bewerbungsstrategien und Auswertungen von erfolglosen Bewerbungen.

### 4.7.6 Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

Der Teilhabeplan ist mit der erfolgreichen Eingliederung in eine Beschäftigung abgeschlossen. Im Sinne einer erfolgsorientierten Analyse kann er zu Epikrise oder zu qualitativen Evaluationen des Prozessverlaufes verwandt werden. Deshalb sollten Ablauf und Erfolg der

[50] Die Bezeichnungen Förderplanung/Förderplan sind im sog. Benachteiligtenprogramm (§ 240 ff. SGB III) ebenfalls gebräuchlich.
[51] BAG WBR/BAG JAW (2003). Merkmale zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation
[52] § 3 Abs. 1 Werkstättenverordnung (WVO)


© IQPR Köln

Leistung gegebenenfalls mit Änderungen von Förderzielen und Förderinstrumenten aus der Dokumentation erkennbar sein.

Sofern Leistungen in Form eines persönlichen Budgets erbracht werden, sind die Vereinbarung sowie Einsatz und Verwendung der Mittel im Teilhabeplan zu dokumentieren.

## 4.8 Orientierung an betrieblicher Eingliederung

Das Ziel aller Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation muss an einer betrieblichen Eingliederung orientiert sein. Betriebliche Orientierung in diesem Zusammenhang bedeutet mehr als der direkte Übergang in ein Beschäftigungsverhältnis am Ende einer Teilhabeleistung. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben den sozialpolitischen Auftrag der Integration von Menschen mit Behinderungen. Sie tragen dazu bei, das Normalitätsprinzip, keine Menschen aufgrund einer Behinderung auszusondern, umzusetzen. Der größte Teil aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben findet in Deutschland allerdings nicht in Betrieben statt (vgl. 3.4.4.2). Die Leistungserbringer haben deshalb eine besondere Verantwortung, ihre Maßnahmen so eng wie möglich an der betrieblichen Realität zu orientieren.

Viele Leistungserbringer führen Statistiken über den Verbleib ihrer Teilnehmer/innen nach Beendigung der Maßnahme und erheben den Status ein Jahr nach Ende der Maßnahme.[53] Während in den achtziger Jahren bis zu 80% der Rehabilitanden/innen nach einem Jahr in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis waren, sind diese Zahlen in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre geringer geworden. Hierauf wird noch an anderer Stelle eingegangen. Es ist zu vermuten, dass die veränderten Bedingungen des Arbeitsmarktes einen stärkeren Einfluss auf den Eingliederungsstatus nach einem Jahr haben als die Leistung selbst. Verbleibsstatistiken allein können insofern nur begrenzt zur Beurteilung der „Orientierung an betrieblicher Eingliederung“ herangezogen werden. Dennoch können sie in der Mikroanalyse darüber Auskunft geben, ob sich die vermittelten Fach- und Schlüsselqualifikationen in der betrieblichen Praxis bewähren. Betriebliche Orientierung bedeutet deshalb eine qualitative Ausrichtung der Leistungen an der betrieblichen Realität und an der Verbesserung der betrieblichen Eingliederungschancen von Menschen mit Behinderungen.

### 4.8.1 Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit

Seit dem EU-Gipfel von Lissabon im Jahre 2000 ist „Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ zum Kernbegriff der EU-Beschäftigungspolitik geworden. Das Konzept „Beschäftigungsfähigkeit“ geht davon aus, dass Strategien zur Schaffung von mehr Beschäftigung auf eine Dynamisierung und Flexibilisierung der Arbeitsmärkte reagieren müssen. „Der Einzelne muss durch lebenslange Qualifizierung und die Vermittlung von Fähigkeiten zum *self-management* und *self-marketing* so gestärkt werden, dass er sich auf flexibilisierten Arbeitsmärkten relativ frei bewegen und dadurch seine Existenz sichern kann.“[54]

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre deshalb im Rahmen der betrieblichen Orientierung zu überlegen, ob sich diese nicht auch am Ziel der Vermittlung einer individuel-

[53] Vgl. z. B. Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (2003). Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke. Teilnehmernachbefragung 2001 und 2002. Offenburg: BAG BBW

[54] Blancke, S.; Roth, Ch., Schmid, J. (2000). Employability („Beschäftigungsfähigkeit") als Herausforderung für den Arbeitsmarkt: auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft. Eine Konzept- und Literaturstudie. Zugriff 05-10-22 unter http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1716/

len Beschäftigungsfähigkeit orientieren sollen. Allerdings stehen für das Konzept der Beschäftigungsfähigkeit im beschriebenen Sinne noch keine empirisch fundierten Konzepte zur Verfügung.

„Beschäftigungsfähigkeit“[55] (präziser mit dem englischen Wort *employability* bezeichnet) stellt auf den Arbeitnehmer bezogen einen Sammelbegriff für personale Kompetenzen dar. Im Rahmen des Projektes „Beschäftigungsfähigkeit im Betrieb“ (BIB)[56], das von der EU mit ESF-Mitteln, dem Land NRW und der Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde, wurden sechs Dimensionen der Beschäftigungsfähigkeit für Arbeitnehmer identifiziert:

1. Dimension Kompetenz:
   Kommunikative Kompetenzen, Ausdauer und Frustrationstoleranz, Organisationsfähigkeit, Innovations- und Veränderungsfähigkeit, vernetztes Denken, Übereinstimmung von Job und Kompetenz

2. Dimension Gesundheit:
   Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz, gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit, individuelle körperliche Beschwerden

3. Dimension Lernfähigkeit:
   Lernmotivation, Bereitschaft und Fähigkeit, neue Aufgaben zu übernehmen, Lernerfahrungen

4. Dimension Integration:
   Soziale Netzwerke, Bereitschaft zur Wissensweitergabe, Konsensfähigkeit, Teamfähigkeit, Aufgeschlossenheit für Unterstützung

5. Dimension (Selbst-)Management:
   Balance von Arbeit und Leben, Arbeitsklima, emotionale Stabilität, räumliche Mobilität, Aufgeschlossenheit für flexible Arbeitszeiten

6. Dimension Verantwortung:
   Entscheidungs- und Verantwortungsbereitschaft, Verantwortung für Verbesserungen und Unternehmensentwicklung, Weiterbildungsbereitschaft

Im Rahmen des beschriebenen Projektes wurde eine Checkliste entwickelt, mit der sich Arbeitnehmer[57], aber auch Betriebe im Hinblick auf die Beschäftigungsfähigkeit im Sinne der oben genannten Dimensionen einschätzen können. Dieses Instrument wurde für die Praxis entwickelt, und es gibt daher noch keine empirische Absicherung im engeren Sinne. Den-

[55] Das deutsche Wort Beschäftigung ist mehrdeutig. So können z. B. schwer geistig behinderte Menschen in einer Tagesförderstätte „beschäftigungsfähig“ im Sinne einer Therapie sein. Gemeint ist aber ausschließlich die Fähigkeit, in einen allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt eingegliedert zu werden.
[56] Durchgeführt durch die Technologieberatungsstelle des DGB NRW e. V., www.tbs-nrw.de Zugriff: 2006-09-10
[57] TBS NRW (2005), SelbstCheck Beschäftigungsfähigkeit. Eigene Potenziale einschätzen und Ziele entwickeln. UnternehmensCheck Beschäftigungsfähigkeit. Betriebliche Potenziale erheben und einschätzen, Oberhausen. Zugriff 05-10-22 unter http://www.bib-nrw.de/bib-nrw/selbstcheck/download_selbst_check.shtml

 © IQPR Köln

noch wurden die Dimensionen mit wissenschaftlicher Sorgfalt entwickelt und spiegeln den aktuellen Diskussionsstand wider.

### 4.8.2 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“

Es ist heute eine seltene Ausnahme, dass Schulabgänger mit Behinderungen, insbesondere der große Teil der Jugendlichen mit Lernbehinderungen, einen betrieblichen Ausbildungsplatz im allgemeinen Ausbildungsmarkt finden[58]. Aber auch Arbeitsplätze für an- oder ungelernte Arbeitskräfte sind rar. Diese Jugendlichen haben aufgrund ihrer Lernschwächen im Gegensatz zu Nichtbehinderten nicht die Möglichkeit, sich durch weiterführende Schulen einen besseren Startplatz beim Wettlauf um Ausbildungsplätze zu sichern.

Jugendliche mit Behinderungen sind deshalb auf die umfänglichen Hilfen der Berufsberatung für Behinderte angewiesen. Diese wurde in den neunziger Jahren ausgebaut, und es gibt in allen Bundesländern Abkommen zur Zusammenarbeit zwischen Schule und Berufsberatung. Soweit die Jugendlichen Förderschulen besuchen, dürfte eine qualifizierte Berufsberatung gewährleistet sein.

Auch die Schulen, insbesondere die Förderschulen, haben sich im Rahmen der Berufsvorbereitung und Arbeitslehre stärker an der betrieblichen (oder besser beruflichen) Eingliederung orientiert. So finden zahlreiche Schulpraktika statt. Es gibt den Werkstattunterricht, bei dem ein wöchentlicher Schultag in einem Betrieb stattfindet. Analog zum Modell der Produktionsschulen, ein Derivat der deutschen Reformpädagogik von Paul Östreich[59] u. a., wird produkt- und projektorientiert gelernt.

In der Wiedereingliederung wird, so jedenfalls lauten die Auskünfte der drei großen Leistungsträger, zunächst geprüft, ob durch Leistungen der Arbeitsplatz angepasst und erhalten werden kann. Ein weiteres Instrument, das hier eingesetzt wird, ist die Kfz-Hilfe. Weiterhin gibt es die Integrationsfachdienste, die seit Inkrafttreten des SGB IX gesetzlich geregelt sind. Sie können von den Leistungsträgern beauftragt werden, um Menschen mit Behinderungen, darunter auch Schulabgänger, in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren.

Berufsausbildungen, Umschulungen und Weiterbildungen in betrieblicher Form sind bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eher ein Ausnahme.

### 4.8.3 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Es besteht grundsätzlich ein Konsens darüber, dass die Eingliederung möglichst betrieblich oder die Eingliederungsleistungen möglichst betriebsnah erfolgen sollen. Die drei großen Leistungsträger haben allerdings bisher keine öffentlichen und nachvollziehbaren Prozessbeschreibungen vorgelegt, wie das Kriterium „betriebliche Eingliederung“ bei Auswahl und Bewilligung von Leistungen umgesetzt wird. Da in den Bewilligungsbescheiden keine fachlichen Entscheidungsgründe dokumentiert werden, kann in der Regel nicht nachvollzogen

[58] Vgl. auch Zelfel (1999)
[59] Vgl. Kipp, M. (Hrsg.) (2004). Produktionsschulen: Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven. 13. Hochschultage Berufliche Bildung 2004. Bielefeld: Bertelsmann

werden, warum welcher Lernort für welche Qualifizierungsmaßnahme ausgewählt wurde. Es existiert darüber hinaus kein trägerübergreifendes verbindliches Lernortkonzept bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben[60], so dass davon ausgegangen werden muss/kann, dass es von den jeweiligen Entscheidern abhängig ist, an welchem Lernort eine Qualifizierungsmaßnahme stattfindet. Die Transparenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, zu der sich die Rehabilitationsträger in ihrer gemeinsamen Empfehlung verpflichtet haben (vgl. 3.3.1), ist hier noch nicht umgesetzt worden. Der Grundgedanke des SGB IX, dass der behinderte Mensch „Herr" des Rehabilitationsgeschehens ist, wie es der ehemalige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung Hermann Josef Haack einmal nannte, und die Umsetzung des § 33 Abs. 4, Berücksichtigung von Eignung und Neigung, bedürfen einer verbindlichen Darstellung durch die Rehabilitationsträger.

Anhand der seit Jahren steigenden Zahlen der Eingliederungen in Werkstätten für behinderte Menschen scheint sich ein Trend abzuzeichnen, dass betriebliche Orientierung bei der Maßnahmenauswahl keine Priorität besitzt.

Eine Orientierung an betrieblicher Eingliederung anderer Art, nämlich bei Verzicht auf jede berufliche Qualifizierung, findet sich in der Aussage des Bundesagentur-Vorstandsmitgliedes H. Alt zum Kernprozess II: „Eine Ausbildung in Reha-Einrichtungen und überbetrieblichen Stätten sollte nur bei Vorliegen absehbarer Beschäftigungschancen nach der Ausbildung erfolgen. Eine Ausbildung ohne Beschäftigungsperspektive hat arbeitsmarktpolitisch keinen Wert." (Alt, 2005) [61]

In diesem Vorschlag wird in unzulässiger Weise die Bewilligung von Qualifizierungsmaßnahmen von arbeitsmarktpolitischen Bedingungen abhängig gemacht. Diese Verknüpfung hat es bisher in der Geschichte der beruflichen Rehabilitation nicht gegeben.

Betroffene, ihre Angehörigen und ihre Lehrer/innen werden nach jahrelanger sonderpädagogischer Förderung nicht akzeptieren können, dass der Zugang zu beruflichen Qualifikationen von aktuellen, arbeitsmarktpolitischen Situationen abhängig gemacht werden soll. Dies konterkariert zynisch die vielfältigen Bemühungen der Bundesregierung, Arbeits- und Ausbildungsplätze für behinderte Menschen zu schaffen.

### 4.8.4 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben"

Die betriebliche Orientierung in Maßnahmen, die auf Ausbildung/Weiterbildung/Umschulung vorbereiten, ist naturgemäß schwierig zu realisieren, da das eigentliche Ziel darin besteht, Bedingungen dafür zu schaffen, dass die folgende Maßnahme erfolgreich durchlaufen werden kann. Bei den Bildungsmaßnahmen, die auf eine Arbeitstätigkeit vorbereiten, ist es hingegen von großer Bedeutung, den Arbeitmarkt am Eingliederungsort zu kennen, Partnerschaften mit Betrieben zu pflegen und das Curriculum an den dort verlangten Fähigkeiten und Fertigkeiten zu orientieren.

[60] Es gibt keine trägerübergreifende und veröffentlichte Statistik der Lernorte bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Anm. d. V.

[61] Alt, H. (2005), Redemanuskript. 11. Heidelberger Fachtagung Berufliche Rehabilitation – Quo Vadis? 24.01.2005 Heidelberger Gespräche, unveröffentlicht

In der beruflichen Ersteingliederung hat die Bundesagentur ein neues Förderkonzept[62] für berufsvorbereitende Maßnahmen vorgelegt, das die Bedürfnisse von Jugendlichen mit Behinderungen nur z. T. berücksichtigt. Ein wesentlicher Bestandteil ist die Verkürzung der Höchstdauer dieser Maßnahmen von maximal 36 auf maximal 18 Monate. Hiervon sind vor allem die Jugendlichen betroffen, die aufgrund ihrer Behinderung keine Berufsausbildung schaffen können, aber für eine Werkstatt für behinderte Menschen wiederum zu leistungsstark sind. Diese Verkürzung der Maßnahmedauer ist ein Beispiel dafür, dass sich die Gestaltung von Maßnahmen nicht mehr an betrieblicher Eingliederung orientiert.

Aufgrund eines gemeinsamen Vorschlages der drei Verbände Verband Deutscher Sonderschulen (vds), Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) und LERNEN FÖRDERN-Bundesverband[63] im Jahr 1990 wurde mit Unterstützung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ein dreijähriger Förderlehrgang eingerichtet, wobei das dritte Jahr ausschließlich in betrieblicher Form durchgeführt wurde. Viele junge Menschen mit umfänglichen Behinderungen konnten mit dieser Maßnahme dauerhaft in Betriebe integriert werden. Seit dem Jahr 2004 ist diese, an betrieblicher Eingliederung von umfängliche behinderten Jugendlichen orientierte Maßnahme, ersatzlos abgeschafft.

Nach der heutigen Förderungspraxis sind allenfalls relativ kurze Praktika möglich, die nicht mehr zur betrieblichen Eingliederung führen. Ohne Not wurde hier ein Förderinstrument für eine zahlenmäßig große Personengruppe abgeschafft, das betriebliche Eingliederungschancen für umfänglich behinderte Menschen eröffnete.

Am Beispiel eines jungen Mannes mit einer umfangreichen Lernbehinderung, der in einen Gartenbetrieb eingegliedert werden sollte, sei hier noch einmal erläutert, wie wichtig die Orientierung an betrieblicher Eingliederung ist: Bis 2004 hätte der junge Mann am erwähnten bis zu dreijährigen Förderungslehrgang teilnehmen können, davon das dritte Jahr in betrieblicher Form. Nach dem heutigen Förderrecht beträgt der Förderzeitraum maximal 18 Monate. Das Durchlaufen nur einer Vegetationsperiode im Rahmen einer Maßnahme, so sein Ausbilder in der jetzt verkürzten Maßnahme, sei für eine Integration in einen Gartenbetrieb zu wenig. Mit mehr Zeit wäre dies nach seiner langjährigen Erfahrung möglich gewesen. Heute arbeitet dieser junge Mann in einer Werkstatt für behinderte Menschen.

Es ist daher zu überlegen, ob kompensativ für die Reduzierungen im Bereich der Bundesagentur andere Leistungen wie Probebeschäftigung, Eingliederungszuschuss, Hilfen des Integrationsfachdienstes, Arbeitsassistenz in den Eingliederungsplan einbezogen werden können, um zumindest geringe Chancen einer betrieblichen Eingliederung zu sichern.

Eine neue Form von betrieblicher Orientierung, allerdings mit weitgehendem Verzicht auf Qualifikationen im Sinne des BBiG, favorisiert der Vorstand der Bundesagentur für Arbeit. „Erst platzieren, dann qualifizieren“ oder „Keine Ausbildung um jeden Preis“ sind Zielsetzungen, die das Bundesagentur-Vorstandsmitglied Heinrich Alt ausgibt[64], ohne hierbei Konzepte vorzustellen, wie eine Qualifizierung am Arbeitsplatz aussehen soll, und mit welchem Förderinstrumentarium.

[62] Vgl. auch www.neuefoerderstruktur.de und www.ausbildungsvorbereitung.de

[63] Schoch, H., Boomers, M., Rumpler, F. (1990), Gemeinsamer Vorschlag zur Verbesserung der der beruflichen Eingliederung von lernbehinderten Jugendlichen. Köln: LERNEN FÖRDERN-Bundesverband

[64] Alt, H. (2005) ebd.

### 4.8.5 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Einrichtungen, insbesondere solche mit Internatsunterbringung, bergen die Gefahr, ein Versorgungsdenken bei den Teilnehmern/innen hervorzurufen, das im Widerspruch zu den angestrebten Zielen Selbständigkeit und Beschäftigungsfähigkeit steht. Für Essen und Unterkunft ist gesorgt, es gibt gute Freizeitangebote, und viele erleben das Zusammensein mit Kolleginnen und Kollegen als positiv.

Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe aller Einrichtungen, den temporären und am Eingliederungsziel orientierten Charakter der Maßnahme zu betonen. Praktika und in Partnerbetrieben durchgeführte Ausbildungsabschnitte unterstützen den Bezug zur betrieblichen Realität „außerhalb der Einrichtung“. In den Einrichtungen selbst können je nach Ausbildung Übungsfirmen, Verkaufsstände und die Übernahme von Auftragsarbeiten den Bezug zur betrieblichen Realität unterstützen.

Die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit im Sinne des weiter oben beschriebenen Konzeptes (s. 4.8) orientiert sich an betrieblicher Eingliederung und muss deshalb Berücksichtigung in den Förderzielen und Förderplänen finden.

Es ist in den letzten Jahren populär geworden, eine stärkere Berücksichtigung des Lernortes Betrieb zu fordern, obwohl keine Evidenz über bessere Eingliederungsmöglichkeiten bei der betrieblichen Durchführung von Maßnahmen vorliegt. In der Regel sind betriebliche Maßnahmen zwar erheblich kostengünstiger, sie stehen allerdings nur einem ausgewählten Rehabilitandenkreis zur Verfügung, nämlich denen, die keine barrierefreie Arbeitsumwelt und keine umfassenden rehaspezifischen Hilfen benötigen. Im Übrigen sei im Hinblick auf die bereits dargestellten Statistiken darauf hingewiesen, dass Betriebe offensichtlich nicht bereit sind, Qualifikationen für Menschen mit Behinderungen anzubieten.

### 4.8.6 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“

Im Aktionsprogramm „Rehabilitation in den 80er Jahren“[65] der Bundesregierung wurde ausgeführt, dass Schwerbehinderte besonders auf Arbeits- und Ausbildungsplätze angewiesen seien. Das Ministerium wies auf die Schwierigkeiten hin, die sich aus den Bedingungen des Arbeits- und Ausbildungsstellenmarktes für Menschen mit Behinderungen ergeben. Die verstärkte Nutzung von Fördermöglichkeiten der Rehabilitationsträger, eine Intensivierung der Vermittlung durch Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit und drei Sonderprogramme für Ausbildungs- und Arbeitsplätze sollten dazu beitragen, behinderte Menschen in Ausbildung und Beruf zu integrieren.[66] Obwohl fast 25 Jahre alt, klingt die Aussage vertraut und aktuell. Verändert hat sich allerdings die Rolle der Rehabililtationsträger.

Während es in dieser Zeit Aufgabe der Bildungsträger in der Rehabilitation war, möglichst gute Qualifizierungen zu erbringen, wobei die Rehabilitationsträger für die Eingliederung am

[65] Bundesregierung (o. J., vermutlich 1981, Anm. d. V.). Aktionsprogramm Rehabilitation in den 80er Jahren. Broschüre, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

[66] Ähnliche Programme der Bundesregierung werden bis heute durchgeführt: z. B. Sonderprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von Schwerbehinderten 1999–2003, job-jobs ohne Barrieren 2005–2006, geplant ist eine Neuauflage 2007. Das besondere Programm job4000, Ausbildungs- und Arbeitsplätze für Schwerbehinderte sowie Arbeitsplätze für Schwerstbehinderte begann bereits 2006 Anm. d. V.


© IQPR Köln

Arbeitsplatz zuständig waren, ist diese Aufgabe heute auf die Leistungserbringer übergegangen. Rehabilitationseinrichtungen werden heute vielfach an ihren Vermittlungszahlen in Beschäftigung beurteilt, wobei die Qualität der Leistungserbringung „Qualifizierung“ als gegeben vorausgesetzt wird. Es liegen sogar aktuell Pläne vor, die Zuwendungen für Maßnahmen an die erfolgreiche Eingliederung zu koppeln, eine wenig sachgerechte Verknüpfung, wie weiter unten noch ausgeführt wird (vgl. Plath & Blaschke, 2002).

Leistungserbringer werden sich auf Druck des Leistungsträgers noch stärker als bisher in ihren Konzepten an einer betrieblichen Eingliederung orientieren müssen, um erfolgreich Maßnahmen in Ausschreibungen oder Zuweisungen zu akquirieren. Dies erfordert vermutlich einen weiteren Ausbau des Kernprozesses V. Als Stichworte für die Förderkonzepte seien hier genannt: individuelle Beschäftigungsfähigkeit, assertive Selbstkonzepte, Bewerbungskompetenz und -strategien, Suchaktivitäten.

### 4.8.7 Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess VI

Die Ausführung zu diesem Punkt erübrigt sich, da in diesem Prozess ausschließlich Leistungen zur Eingliederung in den allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt erbracht werden. Sie orientieren sich ausschließlich an betrieblicher Eingliederung.

## 4.9 Zusammenfassung Prozessqualität

Die Anforderungen an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter den genannten vier Qualitätsaspekten, den Prozessbeschreibungen der Kernprozesse, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, ICF-Orientierung sind in der folgenden Grafik zusammengestellt.

Die Teilhabeleistung wird bestimmt durch die sechs Kernprozesse, die alle (z. B. die Berufsausbildung mit Vorbereitung) oder nur teilweise (z. B. die Anpassung des Arbeitsplatzes) durchlaufen werden. Das Qualitätsmanagement regelt die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Kernprozesse. Die Qualität der Teilhabeleistung wird durch Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation und Orientierung an betrieblicher Eingliederung gesichert. Die ICF stellt ein geeignetes Instrumentarium zur Beschreibung und Kommunikation zur Verfügung, das interdisziplinär, geregelt und vergleichbar ist und vom Partizipationsgedanken ausgeht.

© 2007 IQPR Köln

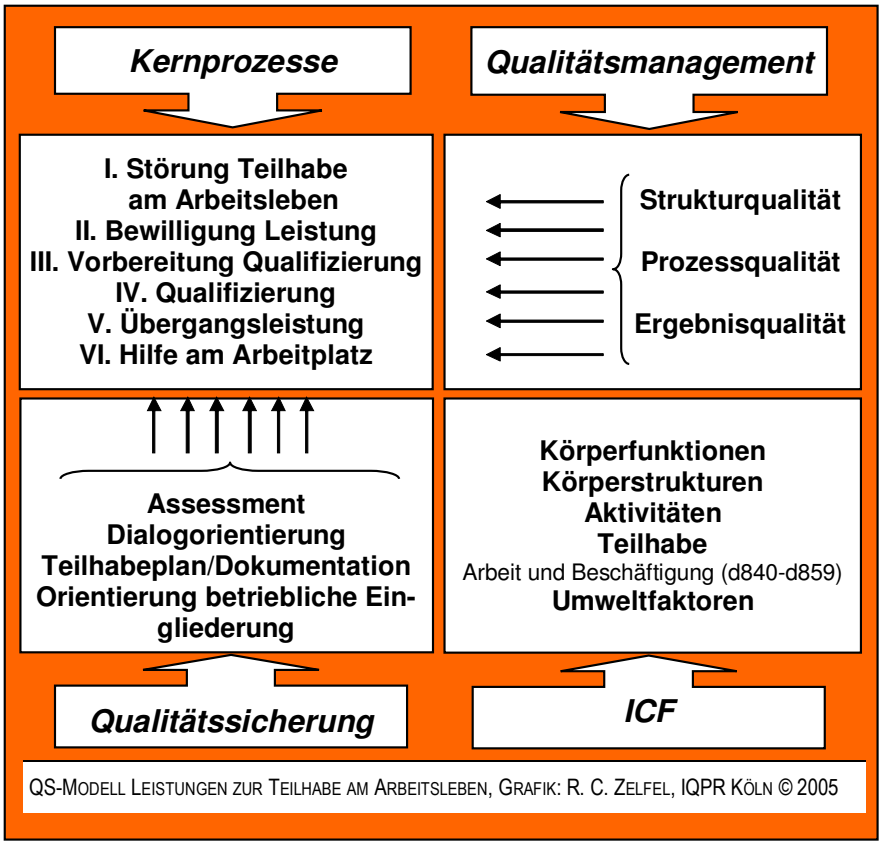


Abbildung 29: QS-Modell IQPR Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

In ihrer gemeinsamen Empfehlung zur Qualitätssicherung verpflichten sich die Träger der Rehabilitation zu einer Transparenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, welche auch dem Leistungsempfänger zugänglich gemacht werden sollen.[67] Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass viele Prozesse (Kernprozesse im Sinne des IQPR-Modells und Teile davon) durch die Träger der Rehabilitation noch nicht beschrieben worden sind. Ganz besonders betrifft dies den Kernprozess II, Bewilligung und Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Auswertungen von Statistiken der Rehabilitationsträger ergeben Veränderungen in der Zuweisungspraxis, ohne dass hierzu Zielbeschreibungen publiziert wurden.

[67] ebd. S. 3

# 5 Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

## 5.1 Ziele des SGB IX und die Umsetzung durch die Rehabilitationsträger

Die Ziele aller Leistungen zur Teilhabe sind in §1 und in §4 SGB IX (vgl. 3.2) vorgegeben, nämlich Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe. Die Ergebnisqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist also daran zu messen, ob die „Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft“ gesichert wird. In ihrer gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“ definieren die Rehabilitationsträger Qualität wie folgt: „Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung.“ (§ 2). Ergebnisqualität wird wie folgt beschrieben: „Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden. “ (§4 Abs. 5)

Die Aufgabe der gemeinsamen Empfehlungen, zu denen die Rehabilitationsträger in §20 SGB IX verpflichtet wurden, ist die Sicherung und Weiterentwicklung von Leistungen sowie die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen. Sie dienen insofern der Umsetzung der Zielsetzungen des Gesetzgebers. Dessen vorgegebene Zielsetzung ist jedoch nicht „das Ausmaß“, mit dem angestrebte Ziele erreicht werden, sondern die gleichberechtigte Teilhabe und die dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben selbst.

Fuchs kritisiert mit großer Schärfe die lediglich deklamatorische Bedeutung der Ziele und den laxen Umgang der Leistungsträger mit den zielorientierten Vorschriften des IX. Sozialgesetzbuches:

„Nach dem Grundsatz, dass man mit geeigneten Verfahren die Qualität einer Leistung nur dann wirksam sichern kann, wenn die mit den Leistungen anzustrebenden Ziele, die darauf ausgerichteten Merkmale der Leistungen und der daran anknüpfenden Qualitätsmerkmale als Maßstäbe und Grundlage der Qualitätssicherung definiert sind, hat die gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung in wesentlichen Bereichen lediglich deklamatorische Bedeutung. Sie knüpft weder an den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rehabilitationszielen (§§ 1, 4 Abs 1) an, noch legt sie zu Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistungen Qualitätsmaßstäbe fest. (…) Letztlich hat der Gesetzgeber mit der Bindung der Rehabilitationsleistungen an die Erreichbarkeit von individuellen Rehabilitationszielen (§ 4 Abs 2 Satz 1 iVm §§ 1, 4 Abs 1) klare Maßstäbe für die Beurteilung der Ergebnisqualität vorgegeben, die von der gemeinsamen Empfehlung nach § 20 weder aufgegriffen, noch zum Maßstab für die Beurteilung der Ergebnisqualität gemacht werden. Die gemeinsame Empfehlung entspricht insoweit nicht den Vorgaben des Gesetzgebers.“ (Fuchs 2006, RN 9 § 20)

In der Leistungspraxis weitgehend ignoriert wird die am Krankheitsfolgemodell der WHO (ICF) orientierte Leistungserbringung. Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation gibt es bisher keine Ansätze, wie das Konzept der ICF bei Auswahl und Bewilligung sowie bei der Bewertung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umgesetzt werden soll. Auf die Klassifikationen wurde bereits an anderer Stelle ausführlich hingewiesen.

© 2007 IQPR Köln 

Es herrscht bei Leistungsträgern, Leistungserbringern, Politikern und Verbänden der Betroffenen große Einigkeit darüber, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Kontrolle der Ergebnisqualität unterzogen werden sollten.

Wie soll jedoch die Empfehlung der Leistungsträger „Im Zentrum der Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität" umgesetzt werden, wenn die Ziele nicht explizit und gesetzeskonform beschrieben sind? Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind die Verfahren, gestützt auf Einschätzung der Beteiligten, hauptsächlich der Leistungsberechtigten, sowie Erhebungen, „die Veränderungen im Rehabilitationsstatus und der Lebensqualität der Leistungsberechtigten zu unterschiedlichen Messzeitpunkten aufzeigen"[68] sollen, weder entwickelt noch veröffentlicht.

## 5.2 Der Beitrag von Verbleibstatistiken zur Beurteilung von Ergebnisqualität

Seit dem Ausbau von berufsfördernden Maßnahmen für Menschen mit Behinderungen in den siebziger Jahren wird diskutiert, ob die Ergebnisqualität durch die Vermittlung in Beschäftigung bestimmt werden kann. Auf Mikroebene ist dies sicherlich eine akademische Frage für die Rehabilitanden, die dank einer Ausbildung oder Weiterbildung in Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken oder sonstigen Leistungserbringern eine dauerhafte Beschäftigung gefunden haben. Für diese Menschen stimmt die „persönliche Ergebnisqualität".

Andere Maßstäbe müssen jedoch angelegt werden, wenn man die Wirksamkeit unter dem Druck budgetärer Einschränkungen allein an Verbleibstatistiken messen will. Die Berufsbildungswerke führen seit über 30 Jahren eine Verbleibstatistik. Ein Jahr nach der Maßnahme werden die Absolventen nach ihrem Beschäftigungsstatus befragt. Die response rate ist mit einem Wert zwischen 70 und 75% relativ hoch.[69]

[68] Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung" v. 27.03.2003 nach § 20 Abs. 1 SGB S. 7

[69] Z. B. Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (2003). Belegungs- und Anmeldesituation in den Berufsbildungswerken und Teilnehmer-Nachbefragung 2001 und 2002. Potsdam: Eigenverlag


© IQPR Köln

| Beschäftigungsstatus 12 Monate nach Abschluss im Berufsbildungswerk in % | | | |
|---|---|---|---|
| **Jahr** | **unbefristet** | **befristet** | **Summe** |
| 1991 | 64,2 | 13,5 | 77,7 |
| 1992 | 58,8 | 15,6 | 74,4 |
| 1993 | 48,2 | 13,8 | 62,0 |
| 1994 | 43,4 | 13,1 | 56,5 |
| 1995 | 42,2 | 14,3 | 56,5 |
| 1996 | 41,2 | 14,9 | 56,1 |
| 1997 | 36,8 | 15,2 | 52,0 |
| 1998 | 37,8 | 17,3 | 55,1 |
| 1999 | 42,3 | 18,7 | 61,0 |
| 2000 | 45,7 | 18,8 | 64,5 |
| 2001 | 42,4 | 18,9 | 61,3 |
| 2002 | 37,7 | 16,7 | 54,4 |
| Quelle: BAG BBW, ab 1995 inkl. Bundesgebiet Ost | | | |

Tabelle 5: Beschäftigungsstatus BBW ein Jahr nach Entlassung

In der Tabelle sind nur die Werte für unbefristete und befristete Beschäftigung aufgeführt. Im Schnitt stehen darüber hinaus etwa 9% dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung, das sie z. B. Wehr-/Ersatzdienst leisten oder Kinder aufziehen. Seit dem Jahr 1995 wurden die Zahlen inklusive der neuen Bundesländer verwendet. Die Abweichungen liegen nur zwischen 1% und 2% und können vernachlässigt werden. Die folgende Grafik zeigt deutlich, dass sich die Zahlen seit 1991 um ca. 30% vermindert haben.

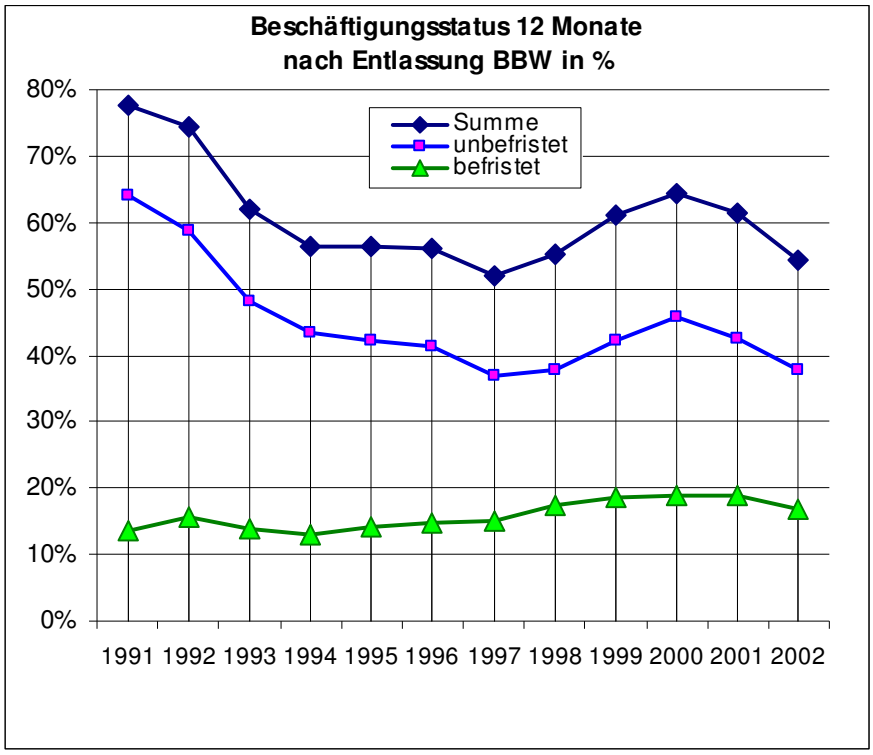


Abbildung 30: Beschäftigungsstatus 12 Monate nach BBW in Prozent

Vergleichbare Zahlen liegen auch für die Berufsförderungswerke (1980–1995 zwischen 87% und 65% vgl. Beiderwieden, 2001[70]) und – noch unveröffentlicht – für die wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen vor.

Leistungen der beruflichen Rehabilitation haben auch die Funktion eines Instrumentes der Arbeitsmarktpolitik. Wie alle diese Instrumente könnten sie beurteilt und evaluiert werden, wenn das methodische Gerüst hierfür bereit stände. In diesem Zusammenhang sei auf viele ungelöste methodische Probleme der Evaluation hingewiesen: Interventionen lassen sich nicht eindeutig bestimmen, die Anzahl der Variablen ist sehr groß, es kann keine identische Vergleichsgruppe gebildet werden, für die Nachhaltigkeit der Eingliederung gibt es keine Vorgaben, und Nachbefragungsstatistiken liegen nur für den Zeitraum von zwölf Monaten vor.

„Verbleibsanalysen geben lediglich Auskunft darüber, was aus den Teilnehmern von Maßnahmen geworden ist bzw. wo und wie sie untergekommen sind. (…) Im Unterschied zum ‚Verbleib in Arbeit' geht es bei der ‚Integration' um die Einbindung von Menschen in die ‚Struktur bestimmter Arbeits- und Sozialsysteme'. In diesem Sinne handelt es sich bei der beruflichen Integration nicht einfach um die Ausübung einer Erwerbs- bzw. Berufstätigkeit schlechthin. Es geht vielmehr um die Eingliederung in berufliche Tätigkeiten in der Weise, dass – auch entsprechend den Vorstellungen des Gesetzgebers (z. B. SGB III, § 97; RehaAnglG, § 1, § 11 Abs. 1) – unter anderem ‚Eignung', speziell in bisherigen Tätigkeiten und Ausbildungen erworbene Fähigkeiten, und ‚Neigung' der betreffenden Personen berücksichtigt werden."[71] (S. 450 f.)

Es spricht vieles dafür, dass vermutlich die lokale Arbeitsmarktsituation[72] den größten Einfluss auf den Eingliederungserfolg hat, denn die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes haben sich im letzten Jahrzehnt verändert. Eine gute berufliche Qualifikation bedeutet im Gegensatz zu den achtziger Jahren nicht unbedingt eine Beschäftigungsgarantie. Gerade für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, die nur geringer bewertete berufliche Qualifikationen erreichen können, haben sich Eingliederungsmöglichkeiten durch den Wegfall von einfachen Arbeitsplätzen für Un- oder Angelernte und die Förderungspraxis der Bundesagentur verschlechtert.[73]

## 5.3 Zufriedenheitsbefragungen

Die Ermittlung der Zufriedenheit des Leistungsempfängers wird nach den gemeinsamen Empfehlungen zu einem der zentralen Kriterien für Ergebnisqualität. „Die wahrgenommene Qualität von Leistungen zur Teilhabe und deren Bewertung aus Sicht der Leistungsberechtigten ist ein wesentliches Merkmal von Qualitätssicherung. Die systematische Befragung der Leistungsberechtigten bildet eine wichtige Grundlage für die Berücksichtigung ihrer Belange." (Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung § 3 Abs. 7).

[70] Beiderwieden, Kay (2001), Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34 (2): 182–206.
[71] Plath, H. E,, Blaschke, D. (2002). Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In G. Kleinhenz (Hrsg.). IAB-Kompendium Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Beiträge zur Arbeitsmarkt und Berufsforschung. BeitrAB 250: S. 447-460
[72] Köster, T., Fehr, M., Slesina, W. (2007), Prädiktoren der Integration in das Erwerbsleben von Teilnehmern der stationären beruflichen Rehabilitation, unveröffentl. Manuskript für das Reha-Kolloquium 2007
[73] Wegfall F2/F3 Lehrgänge, Verkürzung der Höchstförderdauer auf 18 Monate (Anm. d. V.)

 © IQPR Köln

In Punkt 3.1 wurde bereits über Grenzen der Teilnehmerbefragung berichtet. Eser (2004) hat hierzu eine Handreichung mit 33 Items für die Berufsbildungswerke entwickelt und vorgestellt. „Er wird in dieser oder einer ähnlichen Form zusammen mit Kennzahlen der Ergebnisqualität in die ebenso geforderten vergleichenden Qualitätsanalysen (Benchmarking) unserer Rehabilitationsleistungen durch die Leistungsträger Eingang finden." (S. 84)[74]

So wichtig auch die Ermittlung der Teilnehmerzufriedenheit auch im Sinne der Dialogverpflichtung sein mag, so scheint sie doch für die Beurteilung der Ergebnisqualität von berufsfördernden Maßnahmen als zentrales Kriterium zu dürftig. Denn es sind Szenarien denkbar, dass die Teilnehmer sehr zufrieden sind, aber das Maßnahmeziel nicht erreichen, indem sie Prüfungen nicht bestehen. Andererseits wie wird die Unzufriedenheit von Teilnehmern bewertet, von denen etwa mehr Leistung für Bewerbungsaktivitäten abgefordert wird? Auch hier ist der Vorwurf des deklamatorischen Charakters der gemeinsamen Empfehlungen von Fuchs nachzuvollziehen.

## 5.4 Der Teilhabeplan als Dokumentation der Ergebnisqualität

Es wurde bereits ausgeführt, dass es für die gesamte Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben noch kein einheitliches Dokumentationssystem gibt, das den Gesamtprozess von Beginn bis Abschluss, im Sinne dieses Konzeptes von Kernprozess I bis VI, trägerübergreifend aufzeichnet. (vgl. auch Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan). Analog gibt es deshalb auch für die Beurteilung von Ergebnisqualität kein trägerübergreifendes Verfahren, das den individuellen Fortschritt der Rehabilitanden/innen in Richtung des Hauptziels, nämlich Teilhabe am Arbeitsleben, misst.

Während in der Regel die Überprüfbarkeit der vermittelten beruflichen Inhalte durch Prüfungen, Curricula und Ausbilder/innen gegeben ist, werden die persönlichen Schlüsselqualifikationen Beschäftigungsfähigkeit und Vermittelbarkeit nicht systematisch und periodisch erfasst.

Der IFP, Integrations- und Förderplan, der von den Berufsförderungswerken für diese Aufgabe entwickelt wurde, kann dies offensichtlich nicht leisten. (vgl. Lay, W. 2005, Spijkers, W. 2004). Erfolgversprechender scheinen Förderpläne mit Zielvereinbarungen zu sein, die in das QM-System eingebunden sind. Einige wohnortnahe Träger haben diese nach Empfehlungen der Projektgruppe „Förderplan in der Benachteiligtenförderung" entwickelt und in ihren Einrichtungen umgesetzt. (vgl. HIBA Band 10/59, 2001) Insgesamt ist die Messung und Dokumentation des Fortschritts während einer Maßnahme noch nicht befriedigend geregelt und von einem Rehabilitationsfortschrittindex (RFI) weit entfernt.

Prozessorientiert betrachtet, ist das Ziel des Gesamtprozesses der Kernprozess VI, Teilhabe am Arbeitsleben. An dem Grad der Zielerreichung lässt sich letztlich die Ergebnisqualität des Gesamtprozesses ableiten. Die Ergebnisqualität bei relativ kurzen und einfachen Leistungen wie Kfz-Hilfe oder Anpassung eines Arbeitsplatzes lässt sich verhältnismäßig einfach anhand des Beschäftigungsstatus feststellen.

[74] Eser, K. H. (2004). Qualitätssicherunng durch Teilnehmerbefragung – Entwicklung und Monitoring eines Musterfragebogens. Berufliche Rehabilitation 18 (1/2): 73–85.

Bei umfangreicheren Leistungen wie Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung bedarf es zusätzlich einer Überprüfung der Ergebnisqualität der Teilprozesse (z. B. Vorbereitungslehrgang erfolgreich beendet) sowie einer Beurteilung im Rahmen des Gesamtprozesses. So könnte beispielsweise die Frage gestellt werden: Hat der Teilprozess IV, Ausbildung, die Wahrscheinlichkeit der Teilhabe am Arbeitsleben erhöht? Die folgende Grafik gibt einen Überblick über ein mögliches Untersuchungsdesign.

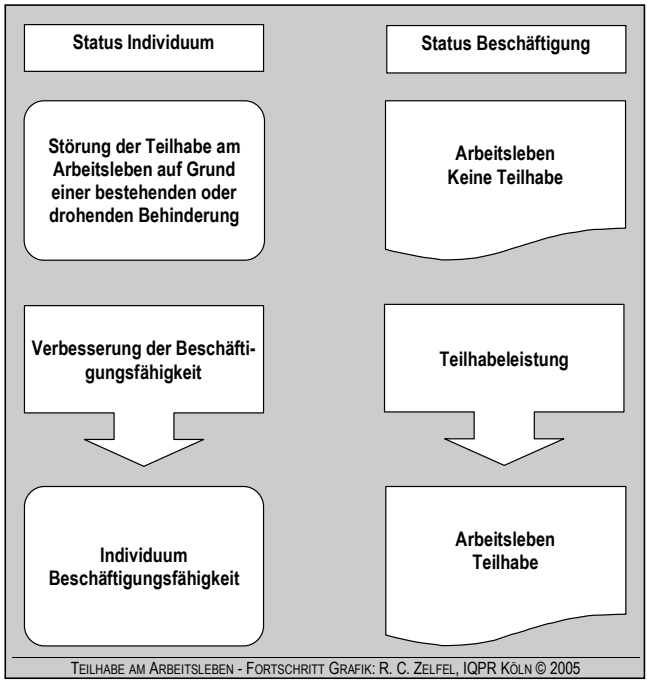


Abbildung 31: Design zur Ermittlung individueller Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eine Fortschrittsmessung[75] während des Gesamtprozesses auf individueller Ebene ist mit folgenden Daten möglich:

- Objektiv messbare Leistungstests wie Noten, Produkte, Prüfungen im Rahmen des Bildungsplans
- Beurteilung der Beschäftigungsfähigkeit, insbesondere personaler Kompetenzen, durch Selbst- und Fremdeinschätzung

Das Konstrukt der Beschäftigungsfähigkeit, insbesondere die personale Kompetenz, kann zur Beurteilung der Zielerreichung herangezogen werden. Grundlage können die von der TBS NRW vorgelegten Checklisten[76] sein, die empirisch geprüft und wahrscheinlich komprimiert werden müssen.

## 5.5 Ergebnisqualität in den Kernprozessen des IQPR Modells

Bei der prozessorientierten Betrachtung des gesamten Rehabilitationsprozesses können für jeden einzelnen Prozess Ziele formuliert und kann die Ergebnisqualität des Prozesses überprüft werden. So lässt sich beispielsweise feststellen, ob eine berufsvorbereitende Maßnah-

[75] Vgl.: In der Psychotherapieforschung wurden GAS, Goal Attainment Scales entwickelt.
[76] TBS NRW, SelbstCheck Beschäftigungsfähigkeit. Eigene Potenziale einschätzen und Ziele entwickeln. Oberhausen 2005

me erfolgreich auf eine anschließende Eingliederung oder Qualifizierungsmaßnahme vorbereitet hat. Einer ganz besonderen Überprüfung bedarf jedoch der Kernprozess II, Auswahl und Bewilligung der Leistung. Ist die Bewilligung der Leistung unter Berücksichtigung von Assessment, Dialogorientierung erfolgt und trägt sie zur dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben bei.

© 2007 IQPR Köln 

# 6 Zusammenfassung

Das System der beruflichen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland hat weltweit hohes Ansehen und gehört wohl zu einem der führenden in allen Industriestaaten. Die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen verfügen über einen hohen Standard und leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass durch Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben, die behinderungsbedingten Einschränkungen für die Betroffenen an Bedeutung verlieren; in der heutigen Diktion kann man dies als Abbau von Barrieren zur Partizipation bezeichnen.

Mit dem SGB IX steht eine moderne Gesetzgebung zur Verfügung, die nicht mehr von einem defekten Menschenbild ausgeht, sondern an der emanzipatorischen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen orientiert ist. Die Zielsetzung Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe an allen Lebensbereichen ist Grundlage und Auftrag aller Leistungen, die zur Teilhabe erbracht werden. Der Mensch mit einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung steht im Mittelpunkt des rehabilitativen Bemühens.

Die verschiedenen Instanzen des Sozialsystem bringen jährlich etwa 4,5 Millarden Euro auf, um Menschen mit Behinderungen dauerhaft in das Arbeitsleben zu integrieren oder Arbeitsplätze anzupassen und zu erhalten. So wie das SGB IX und die ICF der WHO einen Paradigmenwechsel für die Definition von Behinderung eingeleitet haben, die sich nicht mehr allein an Defekten und Schädigungen, sondern an der Teilhabe in allen Lebensbereichen orientiert, so ist auch ein Paradigmenwechsel für die Träger und Erbringer von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich. Von Zuteilungs- und Erbringungsinstanzen mit hoheitlichen Charakter müssen sich diese zu Dienstleistern für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen entwickeln.

Leistungserbringung muss heute neben fundiertem Assessment am Dialog mit den Leistungsempfängern und an betrieblicher Eingliederung orientiert sein. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben lassen sich in sechs Kernprozesse gliedern:

I. Störung der Teilhabe aufgrund einer bestehenden oder drohenden Behinderung
II. Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
III. Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
IV. Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben durch Umschulung, Weiterbildung, Ausbildung
V. Leistungen zum Übergang in die Teilhabe am Arbeitsleben
VI. Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zum Übergang ins Arbeitsleben im Kernprozess V. erlangen immer größere Bedeutung und sind seit den siebziger Jahren immer wieder Gegenstand besonderer staatlicher Förderprogramme.

Im gegliederten System der beruflichen Rehabilitation mit einer Vielzahl von Leistungsträgern, –erbringern sowie –konzepten gibt es allerdings noch keine übergreifende für alle Träger verbindliche Prozessbeschreibung. Zwar verpflichten sich die Träger in einer gemeinsamen Empfehlung zu Transparenz und Dialog, der Prozess der Bewilligung einer Leistung,


© IQPR Köln

insbesondere Auswahl, Umfang sowie Ort der Erbringung, sind nicht transparent und keiner demokratischen Kontrolle unterworfen.

Derzeit wird keine einheitliche Statistik geführt, die trägerübergreifend Leistungsbewilligung, Durchführung und Erfolg wiedergibt. Für die Differenzierung zwischen wohnortnahen und stationären Maßnahmen fehlt ausreichendes Datenmaterial, was letztlich Rückschlüsse auf die Entscheidungsqualität zulässt. Ähnliches gilt für die Abgrenzung zwischen allgemeinen und besonderen Leistungen sowie den Umgang mit der zahlenmäßig großen Gruppe der Hartz IV–Empfänger (SGB II) mit Behinderungen.

In der sekundäranalytischen Auswertung von veröffentlichten Daten und Zeitreihen der Träger lassen sich heute drei Trends ableiten:

- Die Aufwendungen für Leistungen steigen stetig.
- Immer mehr Leistungen finden in der Werkstatt für behinderte Menschen statt.
- Leistungen in Betrieben und Verwaltungen haben nur noch marginale Bedeutung.

Im Gegensatz zur allgemeinen Integrations- und Inklusionsdiskussion findet berufliche Qualifizierung für Menschen mit Behinderungen nahezu ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen oder bei Bildungsträgern statt. Während nichtbehinderte Auszubildende zu 90% in Betrieben ausgebildet werden, ist dies bei Behinderten eine Rarität.

Zur Beurteilung von Qualität gehört auch die Dokumentation von Leistungen. Trotz ihrer gemeinsamen Empfehlung im Jahre 2004 haben die Träger noch keinen einheitlichen Standard entwickelt, der Leistungsziel, Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen, Leistungsablauf, Fortschritte sowie Erfolge verbindlich, vergleichbar und nachvollziehbar dokumentiert. Die Anwendung der Klassifikation ICF der WHO aus dem Jahr 2001 wird in der beruflichen Rehabilitation erst in Ansätzen und kleinen Kreisen diskutiert.

Die Ergebnisqualität sowie die Wirksamkeit von Leistungen zur Teilhabe zu beurteilen, ist ein schwieriges Unterfangen, für das derzeit eine wissenschaftliche und methodische Grundlage fehlt. Selbstverständlich steht die Vermittlung in Arbeit im Vordergrund aller Leistungen. Sie kann aber nicht allein der Maßstab von Erfolg sein, denn dann wären alle Leistungen aller Leistungserbringer in den achtziger Jahren erfolgreicher als die heutigen gewesen. Die Entwicklung des allgemeinen und lokalen Arbeitsmarktes beeinflusst offensichtlich die Vermittlungschancen entscheidend, wobei jedoch noch keine empirisch fundierten Verfahren zur Verfügung stehen, diesen Einfluss von der Wirksamkeit anderer Faktoren abzugrenzen. Es erscheint deshalb sinnvoll, Ergebnisqualität auch an der Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit zu messen. Hierfür stehen Konstrukte bereit, empirisch abgesicherte Instrumente sind noch zu entwickeln.

Qualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ihre Gestaltung und Wirkung werden deshalb auch in Zukunft Gegenstand wissenschaftlicher und sozialpolitischer Diskussion bleiben. Durch das SGB IX und die ICF der WHO sind die grundsätzlichen Zielsetzungen deutlich und verbindlich vorgegeben.

© 2007 IQPR Köln 

# 7 Literatur

Alt, H. (2005). Redemanuskript. 11. Heidelberger Fachtagung Berufliche Rehabilitation – Quo Vadis? 24.01.2005 Heidelberger Gespräche, unveröffentlicht

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungwerke (o. J.). RehaAssessment – was ist das? Zugriff 06-12-10 unter http://www.rehaassessment.de/e2_definition.html

BAG WBR/BAG JAW (2003). Merkmale zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation

BAR Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation v. 22.01.2004

Beiderwieden, Kay (2001). Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 34 (2): 182–206.

Blancke, S.; Roth, Ch., Schmid, J. (2000). Employability („Beschäftigungsfähigkeit") als Herausforderung für den Arbeitsmarkt: auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft. Eine Konzept- und Literaturstudie. Zugriff 05-10-22 unter http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1716/

Bundesagentur für Arbeit (2005). Arbeitshilfe-Reha für die Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit (AA) mit Arbeitsgemeinschaften (ARGE) und zugelassenen kommunalen Trägern (zkT) bei der beruflichen Eingliederung von erwerbstätigen behinderten Hilfeempfängern. Stand Juli 2006. Zugriff 06-12-03 unter http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A04-Vermittlung/A042-Vermittlung/Publikation/pdf/Arbeitshilfe-Reha-Zusammenarbeit-Argen-u-AA.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (2003). Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke. Teilnehmernachbefragung 2001 und 2002. Offenburg: BAG BBW

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. ICF Praxisleitfaden. Zugriff 06-12-08 unter www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-druck_1445.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2004). Gemeinsame Empfehlung nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist(Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“) vom 16. Dezember 2004. Zugriff am 06-11-16 unter http://www.barfrankfurt.de/upload/Teilhabeplan_935.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2003). Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherungnach § 20 Abs. 1 SGB IXvom 27. März 2003. Zugriff am 06-11-15 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/GemeinsameEmpfehlung_27.März2003_855.pdf

Bundesregierung (o. J., vermutlich 1981, Anm. d. V.). Aktionsprogramm Rehabilitation in den 80er Jahren. Broschüre, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung

DIHKT. http://www.nordschwarzwald.ihk24.de/produktmarken/aus_und_weiterbildung/ausbildung/aktuelles-in-der-ausbildung/Einstiegsqualifikation.jsp, Zugriff 2006-11-22

Eser, K. H. (2004). Qualitätssicherunng durch Teilnehmerbefragung – Entwicklung und Monitoring eines Musterfragebogens. Berufliche Rehabilitation 18 (1/2): 73–85.

Eser, K.-H. (2005). Evaluationsforschung in der Erstrehabilitation. Referat auf der IQPR Tagung „Berufliche Reha forscht“. Köln 8./9.11.2005. Zugriff 06-11-29 unter http://www.iqpr.de/iqpr/download/veranstaltungen/Dokumentation_iqpr_BAR_Fachtagung_Nov2006.pdf

Eser, K. H., Gleixner, F. & Magin, Ph. Th. (2002). Zur Ermittlung der Leistungsakzeptanz durch Befragungen von Teilnehmern, Eltern und Berufsberatern – eine empirische Untersuchung aus dem Berufsbildungswerk Dürrlauingen. Berufliche Rehabilitation, 5, 229-252.

Ewert T, Geyh S, Grill E, Cieza A, Zaisserer S, Stucki G: Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF-Modelblattes und der ICF Core Sets. Neurologie und Rehabilitation (2005). 4: 179–188

Faßmann, H., Lechner, B., Steger, R., & Zimmermann, R. (2003). REGIonale NEtzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Forschungsbericht. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie. (download www.bmas.bund.de Publikationen Anm. d. V.)

Fuchs, H. (Bearbeiter) (2006) In D. Bihr, H. Fuchs, D. Krauskopf & H. G. Ritz (Hrsg.). SGB IX Kommentar und Praxishandbuch. St. Augustin: Asgard, RN 6 § 4

Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ nach § 20 Abs. 1. SGB IX v. 27.03.2003 Zugriff 06-09-06 http://www.bar-frankfurt.de/upload/GemeinsameEmpfehlung_27.März2003_855.pdf [PDF]

Gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ v. 27.03.2003 nach § 20 Abs. 1 SGB S. 7

Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ v. 16.12.2004 nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX. http://www.bar-frankfurt.de/ upload/Teilhabeplan_935.pdf

Gewerkschaft ver.di (2006). Alle fördern – niemand zurücklassen. Berufliche Rehabilitation – ein unverzichtbarer Beitrag zur Realisierung des Benachteiligungsverbotes. Positionspapier zur beruflichen Rehabilitation. Juni 2006, Zugriff 06-08-14 unter http://biwifo.verdi.de/arbeitsgruppen/weiterbildung/alle_foerdern_-_niemand_zuruecklassen_positionspapier/data/position_berufliche_reha.pdf

Grünke, M., Castello, A. (2003). Jobcoaching. Eine empirisch fundierte Förderung für Jugendliche aus Schulen für Lernbehinderte beim Übergang in Arbeit und Beruf. Berufliche Rehabilitation, 17 (3): S. 154–159

Haack, H. J. (11.04.2003). Vom bürokratischen Sozialstaat zum sozialen Bürgerstaat. Eine notwendige Provokation, Rede SEEHEIM Frühjahrstagung. Zugriff am 06-11-12 unter http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/338

hamet 2. Handlungsorientierte Module zur Erfassung und Förderung beruflicher Kompetenzen. Zugriff 06-12-08 unter http://129.143.232.206/hamet/hamet2/index.htm

IAB Ergebnisse aus dem Betriebspanel (2004). Übernahme von Leiharbeitern in die Stammbelegschaft: Wie groß ist der Klebeeffekt? http://doku.iab.de/betriebspanel/ergebnisse/2005_01_01_04_uebernahme_von_leiharbeitern.pdf, Zugriff 2006-11-22

Jenschke, M. L. (2003). Das Zentrum für Berufliches Reha-Assessment (ZEBRA). Ein neues Angebot des Berufsbildungswerkes im Oberlinhaus Potsdam. Berufliche Rehabilitation, 17 (2): 92–102.

Kipp, M. (Hrsg.) (2004). Produktionsschulen: Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven. 13. Hochschultage Berufliche Bildung 2004. Bielefeld: Bertelsmann

Köster, T., Fehr, M., Slesina, W. (2007). Prädiktoren der Integration in das Erwerbsleben von Teilnehmern der stationären beruflichen Rehabilitation, unveröffentl. Manuskript für das Reha-Kolloquium 2007

Masendorf, F., Tullius, S. (2000). Modellversuch zur beruflichen Eingliederung von Jugendlichen durch gezielte Fördermaßnahmen an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf. Sonderpädagogik, 30 (4): S. 236–242

Plath, H. E, Blaschke, D. (2002). Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In G. Kleinhenz (Hrsg.). IAB-Kompendium Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Beiträge zur Arbeitsmarkt und Berufsforschung. BeitrAB 250: S. 447-460

Rabenstein, E. (o. J., vermutlich 2003, Anm. d. Verf.) Diskussionsbeitrag zu § 20 – Qualitätssicherung. Zugriff 06-11-29 http://www.sgb-ix-umsetzen.de/pdfmaker/index.php?URL=http%3A%2F%2Fwww.sgb-ix-umsetzen.de/pdf.php?aid=526&FORMAT=.pdf

Schäfer, D. (1999a). Berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderung – individueller Förderbedarf und gezielte Maßnahmeauswahl. In: Berufliche Rehabilitation 13, S.166–173

Schäfer, D. (1999b). Erwartungen eines Rehaträgers: Steuerung von Maßnahmen durch Operationalisierung des individuellen Hilfebedarfs. In: W. Seyd, A. Nentwig & W. Blumenthal (Hrsg.). Zukunft der beruflichen Rehabilitation und Integration in das Arbeitsleben (S.241-243). Ulm: Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter.

Schoch, H., Boomers, M., Rumpler, F. (1990). Gemeinsamer Vorschlag zur Verbesserung der der beruflichen Eingliederung von lernbehinderten Jugendlichen. Köln: LERNEN FÖRDERN-Bundesverband

Schopf, P., Huber, G. & Reisinger, P. (1999). Projekt DIMA: Weiterentwicklung von Instrumenten zur Verbesserung der individuellen Förderung und der Steuerung von Maßnahmen für lernbehinderte junge Menschen. In Behindertenrecht 39 (2): S. 49–53

Schuntermann, M. F. (2005). Einführung in die ICF. Landsberg/Lech: ecomed Medizin

Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (2003). Belegungs- und Anmeldesituation in den Berufsbildungswerken und Teilnehmer-Nachbefragung 2001 und 2002. Potsdam: Eigenverlag

TBS NRW (2005). SelbstCheck Beschäftigungsfähigkeit. Eigene Potenziale einschätzen und Ziele entwickeln. UnternehmensCheck Beschäftigungsfähigkeit. Betriebliche Potenziale erheben und einschätzen, Oberhausen. Zugriff 05-10-22 unter http://www.bib-nrw.de/bib-nrw/selbstcheck/download_selbst_check.shtml

Ueberle, M., Zelfel, R. C. & Schian, H. M. (2005) Teilhabeplanung mit der ICF. In DRV Schriften Bd. 64, S. 180-182

Vogedes, M. (2004). Teilnehmerbefragung - ein Mittel zur Qualitätsverbesserung in der beruflichen Rehabilitation. Berufliche Rehabilitation, 5, 231-235.

Weinkopf, C. (2004). Personal-Service-Agenturen – Was ist vom sogenannten Klebeeffekt zu halten? Folien zum Redemanuskript 28.10.2004, http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2004/weinkopf09.pdf, Zugriff 2006-11-22

Weizsäcker, R. v. (1993). Ansprache von Bundespräsident a.D. Richard von Weizsäcker bei der Eröffnungsveranstaltung der Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, 1. Juli 1993. Zugriff am 06-12-02 unter http://www.imew.de/imew.php/cat/126/aid/94/title/Es_ist_normal,_verschieden_zu_sein

Zelfel, R. C. (2002). Der Umgang mit dem Begriff „lernbehindert“ im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, des ICIDH-2 der WHO und des SGB. Berufliche Rehabilitation (2002); 16 (2): 52 - 69

Zelfel, R. C. (1999). Steuerzahler oder Sozialhilfe? 12 Thesen zu Veränderungen der gesetzlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Paradigmen in der beruflichen Rehabilitation Lernbehinderter. In: Berufliche Rehabilitation 13 (3): 193–214

© 2007 IQPR Köln 

# 8 Abbildungsverzeichnis

Seite

Abbildung 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2004 aller drei Träger ....6
Abbildung 2: Entwicklung der LTA-Bewilligungen in der Rentenversicherung ....7
Abbildung 3: Kostenentwicklung für LTA in der Rentenversicherung ....8
Abbildung 4: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben RV 1990–2003 ....9
Abbildung 5: Zeitreihe Eintritte in berufliche Rehabilitation BA 1991–2005 ....10
Abbildung 6: Prozentanteile Zugänge Erstrehabilitation BA an Schulabgängern....11
Abbildung 7: Haushaltszahlen LTA der BA 1998–2007....12
Abbildung 8: Zeitreihe Eintritte berufsfördernde Maßnahmen Reha BA 1994–2005....14
Abbildung 9: Zeitreihe berufsfördernde Maßnahmen Reha BA in Prozent 1994-2005....15
Abbildung 10: Ziele Leistungen zur Teilhabe ....19
Abbildung 11: Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan....22
Abbildung 12: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, IQPR-Konzept....24
Abbildung 13: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen der BA am Lernort Betrieb ....29
Abbildung 14: Anteil des Lernortes Betrieb in Prozent an berufsfördernden Leistungen der BA 1991–2005....29
Abbildung 15: Berufsfördernde Maßnahmen in der WfbM BA Zeitreihe 1991–2005....32
Abbildung 16: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen WfbM im Vergleich 1998 und 2004....33
Abbildung 17: Anteile in % Betrieb/WfbM an Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen der BA....34
Abbildung 18: Matrix zur Lernortauswahl Ausbildung in der Ersteingliederung ....35
Abbildung 19: Entscheidungsprozeduren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben....37
Abbildung 20: Kernprozesse bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ....40
Abbildung 21: Zuordnung von Leistungen § 33 SGB IX zu den Kernprozessen....41
Abbildung 22: Kernprozess I Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung....42
Abbildung 23: Kernprozess II Bewilligung Teilhabeleistung ....43
Abbildung 24: Kernprozesse IIIa und IIIb „Berufsvorbereitende Maßnahmen“ ....46
Abbildung 25: Kernprozess IV Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung ....47
Abbildung 26: Kernprozess V Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben ....48
Abbildung 27: Kernprozess VI Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben....49
Abbildung 28: Vorschlag für Fallstrukturierung für „Lernbehinderung“....52
Abbildung 29: QS-Modell IQPR Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ....66
Abbildung 30: Beschäftigungsstatus 12 Monate nach BBW in Prozent....69
Abbildung 31: Design zur Ermittlung individueller Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben....72


© IQPR Köln

# 9 Tabellenverzeichnis

Seite

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Jahr 2004 der Träger Bundesagentur, Rentenversicherung (abgeschlossen Leistungen), Unfallversicherung (Datenzusammenstellung IQPR)....5
Tabelle 2: Schulabgänger/Reha-Zugänge Zeitreihe....11
Tabelle 3: Art und Anzahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen BA 1994–2005....13
Tabelle 4: Vergleich Einmündung in berufsfördernde Leistungen in der WfbM BA 1998 und 2004....32
Tabelle 5: Beschäftigungsstatus BBW ein Jahr nach Entlassung....69