



PRVE

Prävention und **R**ehabilitation zur **V**erhinderung von **E**rwerbsminderung

Kurzfassung

Köln, Juli 2004

Impressum

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

Projektleitung PRVE:

Dr. Hans-Martin Schian (IQPR)

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

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

Ulrich Laschet (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)

Autorenteam:

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung und Zusammenfassung	1
1.1 Zielsetzung und Akteure	1
1.2 Ausgangslage und Ansätze für eine verbesserte Praxis	3
1.3 Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis.....	6
1.4 Praxisebene Unternehmen – das Betriebliche Gesundheitsmanagement	10
1.5 Die Praxisebene Sozialversicherungen und Dienstleister - das Vermeiden von Rentenverfahren bei Erwerbsminderung	11
1.6 Die Gliederung - Kurze Kapitelübersicht.....	13
Anhang	15

Anmerkung zur Kurzfassung

Diese Kurzfassung beinhaltet die Einleitung und Zusammenfassung aus dem Gesamtwerk „PRVE – Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung“.

Kurzfassung

1 Einleitung und Zusammenfassung

1.1 Zielsetzung und Akteure

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

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

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

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

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

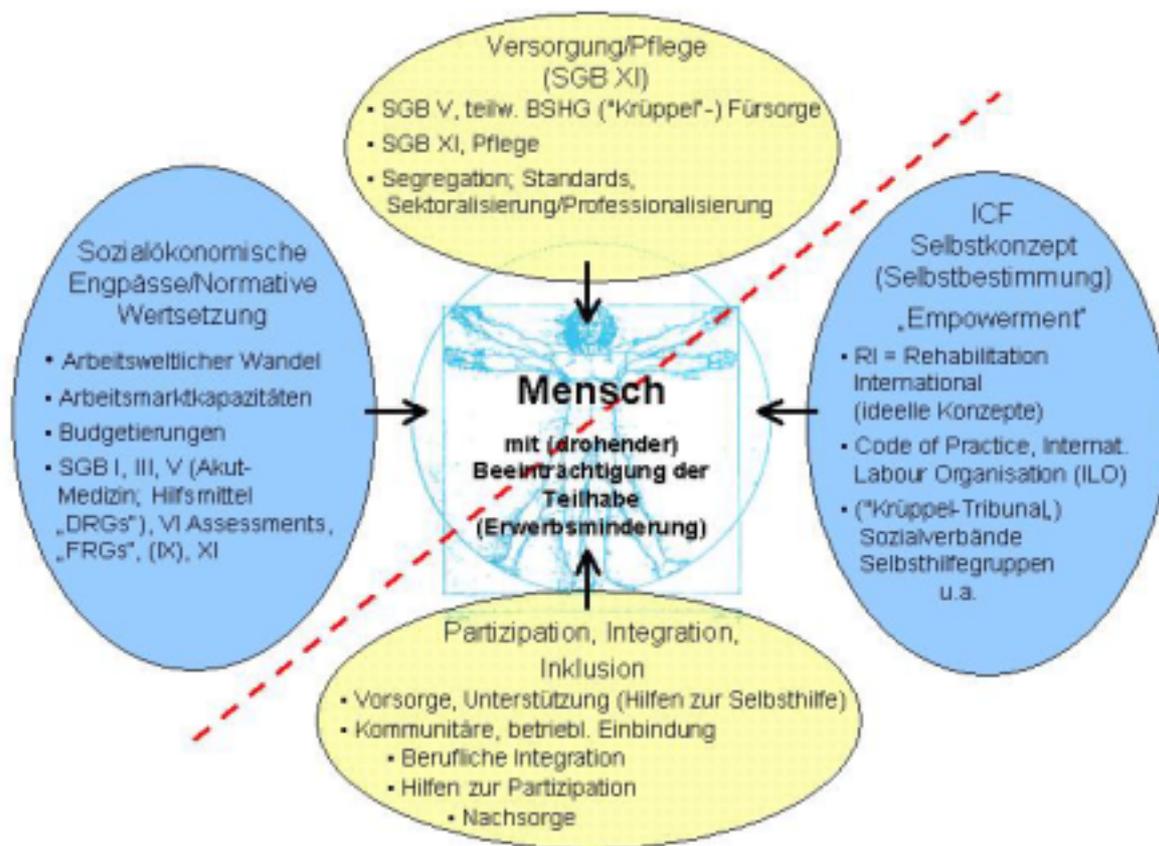


Abb. 1.1-1: Spannungsfelder des Sozialsystems/Hilfen zur Partizipation

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

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

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

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

1.2 Ausgangslage und Ansätze für eine verbesserte Praxis

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

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

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

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

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

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

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

Erwerbsminderung verhindern heißt zu allererst:

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

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

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

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

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

Instrumente und Handlungsmöglichkeiten dafür werden beschrieben.

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

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

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

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

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

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

1.3 Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis

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

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

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

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

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

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

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

Das grundlegende Prinzip ist auf jeder Ebene des Verfahrens der Dialog der „Profis“ des gesellschaftlichen Sozialsystems mit dem Menschen mit Behinderung oder dem, der von

Behinderung bedroht ist. Dazu muss der Bearbeiter bzw. der Gutachter auch Föhlung mit dem Arbeitgeber und dem Betriebsarzt, aber neuerlich vor allem auch mit dem Hausarzt Kontakt aufnehmen, weil auch dieser den Reha-Zugang mitgestalten wird (s. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Kraft getreten am 01.04.2004)). Der Betroffene seinerseits bringt seine Erfahrungen aus dem letzten Arbeitsplatz und seinen vorherigen Interventionserfahrungen mit ein. Nur so kann eine Dialogorientierung erfüllt werden.

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

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

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

Die Instrumente und Optionen

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

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

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

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

Auf der Makro-Ebene der Träger und Leistungserbringer fordert das SGB IX eine trägerübergreifende Kooperation bezüglich der Leistungen sowie eine Kooperation und Vernetzung der Akteure und Leistungen untereinander. Hier geht es darum, dass die partizipationsfördernde Vernetzung der Sparten Gesundheit/Reha – berufliche Bildung – Arbeitsmarkt im Auge behalten werden muss.

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

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

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

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

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

Bei der Begutachtung muss an die Stelle der bislang zu oft einseitigen leistungs- und defizitorientierten Beschreibung **eine positive Krankheits- und Gesundheitsdiagnostik** treten, bei der das Einschätzen von Chancen und Risiken im Vordergrund steht. Diese Begutachtung sollte in eine umfassende Gesundheitsakte bzw. in einen „Reha-

Gesamtplan“ münden, in die vor allem die möglichen Förderaspekte und die positiven Seiten des Partizipationspotenzials eingehen sollten.

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

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

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

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

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

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

Bei Hilfen zur Teilhabe geht es nicht mehr nur um medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Erleichterung im Arbeitsleben, sondern auch um unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zur **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft**. Leistungen zur Teilhabe am Gemeinschaftsleben werden oft nicht mit in die Prüfung einbezogen, obwohl

die Eingliederung in die Gesellschaft und soziale Hilfen zu den Allgemeinen Vorschriften gehört (SGB I, § 1,1).

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

1.4 Praxisebene Unternehmen – das Betriebliche Gesundheitsmanagement

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

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

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

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

Das **Spektrum des Betrieblichen Gesundheitsmanagements** reicht von der Prävention bis zur Reha, vom Gesundheitsmonitoring bis zu arbeitsplatz – bzw. personenbezogenen Maßnahmen, vom Leitbild der Unternehmensführung bis zu überprüfbaren, dokumentierten Verfahren auf der Arbeitsebene. Entsprechend müssen Frühwarnsysteme (FWS) ausgelegt sein. Die betrieblichen Instrumente sind: Allgemeines Gesundheitsmanagement, Disability Management, Integrationskonzepte, Eingliederungsmanagement.

Das Eingliederungsmanagement umfasst 5 Phasen:

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

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

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

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

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

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

Die **Prüfung**, ob anstelle der Rentengewährung **Maßnahmen zur Teilhabe** möglich sind, ist **obligatorisch** und erfolgt **trägerübergreifend**. Der zuständige Träger muss unter Einbeziehung anderer Träger (insbesondere Arbeitsämter) und der Akteure (insbesondere Ärzte, Reha-Kliniken, Berufshelfer) eine kontinuierliche Steuerung des Prozesses mit Rückmeldungen sicherstellen, die eine Verzahnung und Konzentration garantieren. Eine trägerübergreifende Fallsteuerung ist erst in Ansätzen (Modell) sichtbar. Sogar die ges. Unfallversicherung sucht nach neuen Wegen, ihr Prinzip „alles aus einer Hand“ über den „Disability-Management-Ansatz“ zu verbessern.

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Gutachter: Bislang waren die Gutachten im Erwerbsminderungs-Rentenverfahren auf quantitatives Leistungsvermögen (Stunden) ausgerichtet. Neu sind die Anforderungen, die personengebundenen Kontext-, Umwelt- und Umfeldbedingungen als Unterstützungsfaktoren einzubeziehen. Beim Auftrag für das Reha-Gutachten darf die Frage der verminderten Leistungsfähigkeit nach dem Erwerbsminderungs-Recht erst die zweite Frage

sein. Durch die Verschiebung auf die neue Hauptfrage nach Unterstützung der Leistungsfähigkeit zur Teilhabe am Arbeitsleben wird der Blick stärker auf das erforderliche positive Leistungsprofil gerichtet, weil die Leistungsfähigkeit ja auch von der jeweiligen Anforderung abhängt. Es geht um das Partizipationspotenzial. Dennoch, die anhängigen Anforderungs- und Fähigkeitsprofile stellen den Gutachter in einen Dialog mit dem Betroffenen. Dabei klärt er auch ab, wieweit das „Selbstbild“, das der Betroffene von sich hat und das „Fremdbild“, das der Gutachter von ihm gewinnt, auseinanderdriften und wie diese Einschätzungen angeglichen werden können. Der Versicherte hat Anspruch darauf, drei Sachverständige zur Auswahl benannt zu bekommen.

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

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

1.6 Die Gliederung - Kurze Kapitelübersicht

Die Gliederung des PRVE-Buchs enthält fünf große Themenblöcke:

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

Kapitel 3 widmet sich der zentralen Aufgabe in der gesamten präventiven, rehabilitativen sowie verwaltungstechnischen Prozessgestaltung, nämlich: Teilhabechancen einschätzen, erkennen und fördern. Eine zentrale These ist: Der Prozess der Prävention und Rehabilitation für die Teilhabe am Arbeitsleben kann im Sinne des SGB IX nur dann positiv beeinflusst werden, wenn – vor dem Hintergrund der ICF – die allgemeinen Reha-Prinzipien eingehalten werden, nämlich Frühzeitigkeit, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit, Personenorientierung, Ganzheitlichkeit, (weitgehende) Selbstbestimmung, Dialog- und Ressourcenorientierung. Dafür müssen entsprechende Instrumente verfügbar sein. Hier werden auch die Instrumente der Prozessgestaltung wie Management, Beratung, Assessment, Vernetzung und Qualitätssicherung im Überblick vorgestellt.

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

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

Kapitel 6 widmet sich dem Verfahren bei Anträgen auf Erwerbsminderung. Es werden Vorschläge zum dialogorientierten Verfahrensablauf und zur person- und ressourcenorientierten Begutachtung vorgestellt.

Anhang

Inhaltsverzeichnis des Gesamtwerkes

- 1 Einleitung und Zusammenfassung**
 - 1.1 Zielsetzung und Akteure
 - 1.2 Ausgangslage und Ansätze für eine verbesserte Praxis
 - 1.3 Prinzipien und Instrumente für eine veränderte Praxis
 - 1.4 Praxisebene Unternehmen – das Betriebliche Gesundheitsmanagement
 - 1.5 Die Praxisebene Sozialversicherungen und Dienstleister - das Vermeiden von Rentenverfahren bei Erwerbsminderung
 - 1.6 Die Gliederung - Kurze Kapitelübersicht
- 2 Erwerbsminderung**
 - 2.1 Erwerbsminderung – Ursachen und Prozesse
 - 2.1.1 Begriffe der Arbeits-, Beschäftigungs- und Erwerbsfähigkeit
 - 2.1.2 Erwerbsminderung als Phänomen
 - 2.1.3 Prozesse der Erwerbsminderung
 - 2.1.4 Ausblick auf Strategien zur Verhinderung von Erwerbsminderung
 - 2.2 Zahlen und Fakten zur Erwerbsminderung
 - 2.2.1 Antragszugänge, Finanzvolumen, Bezugsdauer von Erwerbsminderungsrenten
 - 2.2.2 Diagnosehauptgruppen bei Erwerbsminderungsrenten
 - 2.2.3 Umsetzung des Grundsatzes ‚Reha vor Rente‘
- 3 Prinzipien und Instrumente der Prozessgestaltung**
 - 3.1 Prinzipien
 - 3.1.1 Frühzeitigkeit
 - 3.1.2 Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit
 - 3.1.3 Personenorientierung und Ganzheitlichkeit
 - 3.1.4 Selbstbestimmung und Dialogorientierung
 - 3.1.5 Ressourcenorientierung
 - 3.2 Instrumente
 - 3.2.1 Managementkonzepte in Prävention und Rehabilitation
 - 3.2.2 Beratung
 - 3.2.3 Assessment
 - 3.2.4 Vernetzung
 - 3.2.5 Qualitätssicherung
- 4 Prävention und Rehabilitation**
 - 4.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement**
 - 4.1.1 Betriebliches Eingliederungsmanagement
 - 4.1.2 Disability Management
 - 4.1.3 Resümee - „Betriebliches Gesundheitsmanagement“
 - 4.2 Frühwarnsystem**
 - 4.2.1 Begriffsbestimmung und Begriffsabgrenzung im Kontext präventiver Interventionsentscheidungen
 - 4.2.2 Entwicklung eines Frühwarnsystem-Designs unter Berücksichtigung institutioneller variabler und grundsätzlicher Rahmenbedingungen

- 4.2.3 Wirkungskettenmodell und Prognosemodell als theoretisch-konzeptionelle Basis von Frühwarnsystemen
- 4.2.4 Charakteristische Mechanismen und Merkmale eines Frühwarnsystems
- 4.2.5 Resümee – „Frühwarnsystem“

4.3 Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation

- 4.3.1 Beratung und Unterstützung durch Gemeinsame Servicestellen
- 4.3.2 Arbeitgeberberatung in Fragen des betrieblichen Gesundheits-managements
- 4.3.3 Beratungspflichten der Ärzte
- 4.3.4 Resümee – „Beratungsansätze in Prävention und Rehabilitation“

4.4 Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben

- 4.4.1 Anforderungen an die Begutachtung
- 4.4.2 Konzepte der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit
- 4.4.3 Krankheitsdiagnostik und Leistungsdiagnostik in der Begutachtung
- 4.4.4 Einschätzung von Chancen und Risiken der Teilhabe am Arbeitsleben des Betroffenen in der Begutachtung
- 4.4.5 Besonderheiten der sozialmedizinischen Begutachtung bei der beruflichen Rehabilitation
- 4.4.6 Diskussionen spezifischer Aspekte der Begutachtung
- 4.4.7 Resümee – „Begutachtung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

4.5 Assessmentinstrumente

- 4.5.1 Online-Datenbank Assessmentinstrumente
- 4.5.2 Design Check und FWS Design Check
- 4.5.3 Ergonomisches Frühwarnsystem (Ergo-FWS)
- 4.5.4 Screening der Teilhabechancen am Arbeitsleben
- 4.5.5 Interviewleitfaden zur Erfassung des Selbstkonzeptes der Erwerbsfähigkeit
- 4.5.6 FCE-Verfahren und ihre Anwendungsmöglichkeiten
- 4.5.7 IMBA-Verfahren und Reflexion der Anwendung
- 4.5.8 Resümee – „Assessmentinstrumente“

4.6 Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- 4.6.1 Einzelne QS-Ansätze im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- 4.6.2 Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Ansätze zur Qualitätssicherung
- 4.6.3 Allgemeine Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- 4.6.4 Resümee – „Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

5 Rechtliche Aspekte der Erwerbsminderung

- 5.1 Zu den Begriffen
 - 5.1.1 Behinderung im Rentenrecht (Das Verhältnis von § 43 SGB VI zu § 2 SGB IX)
 - 5.1.2 Erwerbsminderung im Rentenrecht
 - 5.1.3 Erhebliche Gefährdungen oder Minderungen der Erwerbsfähigkeit
- 5.2 Erwerbsminderung im Kontext des SGB IX
 - 5.2.1 Der Begriff der Erwerbsminderung
 - 5.2.2 Erwerbsminderung als Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben
 - 5.2.3 Das Leistungskonzept
 - 5.2.4 Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten durch besonders eingerichtete Arbeitsplätze
 - 5.2.5 Grad der Behinderung
- 5.3 Berücksichtigung des sozialrechtlichen Hintergrundes

6 Erwerbsminderung im Rentenverfahren

- 6.1 Diskussionsgrundlage zur Gestaltung des Verfahrensablaufs in Rentenverfahren unter den Vorgaben des SGB IX (Vermeidung von Erwerbsminderungsrenten)
 - 6.1.1 Zusammenfassung
 - 6.1.2 Auftrag des SGB IX
 - 6.1.3 Akteure und Aufgaben
 - 6.1.4 Ablauf des Verfahrens
 - 6.1.5 Entwurf eines Ablaufplans in Zusammenarbeit mit Vertretern verschiedener Rentenversicherungsträger
- 6.2 Leitgedanken für die Begutachtung im Rahmen der EM-Renten-Antragsstellung unter Einbeziehung von Aspekten der Teilhabe