

**Berufliche Rehabilitation
im Wandel von
Arbeitswelt und Gesellschaft**

Inaugural-Dissertation
in der Fakultät
Humanwissenschaften
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg

vorgelegt von
Rudolf C. Zelfel
aus
Papenburg

Bamberg, 13. Dez. 2007

Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.2007

Dekan: Universitätsprofessor
 Dr. Heinrich Bedford-Strohm

Erstgutachter: Universitätsprofessor
 Dr. mult. Georg Hörmann

Zweitgutachter: Universitätsprofessor
 Dr. Reinhard Lelgemann

Hinweis

Es ist ein besonderes Anliegen des Sozialgesetzbuches IX, dass „den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder“ Rechnung getragen wird (§ 1). Ich habe mich durchgängig im Text bemüht, männliche und weibliche Flexionen zu verwenden. Aus Gründen der Lesbarkeit konnte dies in einigen Wortkombinationen nicht durchgängig angewendet werden. So würden sich Wortkombinationen wie Rehabilitanden-/Rehabilitandinnenzahlen oder Vorbereitungslehrgangsteilnehmer und Vorbereitungslehrgangsteilnehmerinnen ergeben. Solche Ausdrücke werden deshalb geschlechtsneutral benutzt. Dies stellt keine Wertung dar. In der genannten gesetzlichen Formulierung kommt zum Ausdruck, dass sich die berufliche Rehabilitation traditionell eher an männlichen Rehabilitanden ausgerichtet hat. Insofern versuche ich durch entsprechende Flexionen dem Anliegen des Sozialgesetzbuches gerecht zu werden.

Danksagung

Ich bedanke mich bei allen, die mich dabei unterstützt haben, diese Dissertation zu schreiben.

Herzlichen Dank meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. mult. Georg Hörmann und Herrn Prof. Dr. Reinhard Lelgemann, der sich freundlicherweise bereit erklärt hat, das Zweitgutachten zu übernehmen.

Dank geht auch an meine beiden Geschäftsführer Matthias Mozdzanowski und Herrn Prof. Dr. Andreas Weber beim IQPR Institut zur Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln. Sie haben es mir ermöglicht, in dem Bereich der Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu forschen. Herr Prof. Dr. Weber hat mich motiviert, eine Dissertation anzufertigen und mich mit vielen fachlichen Anregungen unterstützt.

Meine langjährige Vorsitzende Frau Margarethe Boomers und meine Kollegin Inge Bargmann haben mir in der Zeit meiner Tätigkeit für den Verband LERNEN FÖRDERN immer wieder dabei geholfen, den Zugang zur Lebenswelt von Menschen mit Behinderungen nicht aus den Augen zu verlieren. Dank an Herrn Dr. Hartmut Haines, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, von dem ich gelernt habe, dass Sozialpolitik und Sozialgesetzgebung eine spannende Angelegenheit sein kann. Dank auch an meine Freunde Horst Fuß, Aschaffenburg, und Rubens Link, Giengen, die mir den Zugang zur Sonderpädagogik eröffnet haben.

Meinen Freundinnen und Freunden Angelina Sobotta und Bernd Hein aus Köln danke ich recht herzlich für die große Hilfe bei der Korrektur der Texte.

Nicht zuletzt danke ich meiner Mutter Luise Zelfel, Düsseldorf, die mich unterstützt hat und meinen beiden Töchtern Katharina und Angela, deren Stolz auf einen promovierten Vater mich vielfach motiviert hat, nach Feierabend und an Wochenenden an der Dissertation zu arbeiten.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	5
1. Einleitung	11
2. Begriffe und Definitionen	14
2.1. Leistungen zur Teilhabe.....	14
2.2. Formen von Leistungen zur Teilhabe	14
2.3. Behinderung, Behinderte, Menschen mit Behinderungen	15
2.4. Rehabilitation.....	16
2.5. Träger der Rehabilitation	17
2.6. Ersteingliederung, Wiedereingliederung	17
2.7. Integrationsämter	17
2.8. Integrationsfachdienste	18
2.9. Besonderer Arbeitsmarkt: Integrationsprojekte, Werkstatt für behinderte Menschen	18
2.10. Persönliches Budget.....	18
3. Teilhabe am Arbeitsleben als Ziel der Sozialpolitik für Menschen mit Behinderungen	20
3.1. Das Hilfsschulwesen im 19. Jahrhundert und sein Beitrag zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen	20
3.1.1. Die Entwicklung des Hilfsschulwesens im deutschen Reich bis 1913	22
3.1.2. Berufliche Eingliederung als ein Ziel der Hilfsschulpädagogik	25
3.1.3. Verbleibstudien in der Hilfsschule	27
3.2. Erwerbsbefähigung als neues Ziel zu Beginn des 20. Jahrhunderts	30
3.2.1. Konrad Biesalski und die Krüppelfürsorge	30
3.2.2. Erwerbsbefähigung in der preußischen Gesetzgebung	32
3.2.3. Berufliche Rehabilitation in der Nazizeit	33
3.3. Veränderungen in Konzepten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Geschichte der Bundesrepublik.....	34
3.3.1. Phase der „Fürsorge“ bis etwa 1996	34
3.3.2. Phase der „Rehabedarfsermittlung“ etwa 1996–2001	36
3.3.3. Phase „Zielsetzung der Teilhabe und Integrationsorientierung“ ab 2001	38

3.4. Diskussion: Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland	39
4. Entwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	42
4.1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX	42
4.2. Exkurs: Die Datenlage bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	43
4.3. Trägerübergreifende Daten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	45
4.3.1. Auswertung und Analyse der Daten der Rentenversicherung	53
4.3.2. Auswertung und Analyse der Daten der Bundesagentur für Arbeit	59
4.3.2.1. Auswertung der Rückgänge in der Ersteingliederung	60
4.3.2.2. Auswertung der Rückgänge in der Wiedereingliederung	62
4.3.2.3. Kostenentwicklung in der Bundesagentur	62
4.3.2.4. Veränderungen in der Leistungsauswahl der Bundesagentur	63
4.4. Diskussion: Entwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	67
5. Ziele und Qualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	70
5.1. Der Qualitätsbegriff aus der Sicht der Betroffenen	70
5.1.1. Wünsche von Betroffenen in der Erstrehabilitation	71
5.1.2. Wünsche von Betroffenen in der Wiedereingliederung	73
5.2. Qualitätsanforderungen im SGB IX	73
5.3. Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger	79
5.3.1. Träger von Leistungen der Rehabilitation	79
5.3.2. Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung	82
5.3.3. Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan	85
5.4. Diskussion: Ziele und Qualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	88
6. Das IQPR-Konzept der Qualitätssicherung bei LTA	90
6.1. Das Konzept der ICF als Grundlage der Rehabilitation in der Bundesrepublik	94
6.1.1. Das Konzept der ICF	95
6.1.2. Die Anwendung der ICF in Deutschland	96
6.1.3. Die gemeinsame Sprache der ICF	98

6.2. Das Qualitätsmerkmal Assessment.....	98
6.2.1. ICF-basiertes Assessment	99
6.2.2. Probleme der Übertragung von Assessmentverfahren in eine ICF-basierte Rehabilitationspraxis	100
6.2.2.1. Der Umfang der ICF	101
6.2.2.2. Nicht ICF-basierte Assessmentverfahren.....	101
6.2.2.3. Nicht kongruente Konstrukte	101
6.2.2.4. Probleme der Kodierung	102
6.2.2.5. Integrationsmöglichkeiten bestehender Assessmentverfahren in das ICF Konzept	103
6.2.2.6. ICF-basierte Verfahren	105
6.2.2.7. Redundante Verfahren	106
6.2.3. Zusammenfassung: ICF-basiertes Assessment	107
6.3. Das Qualitätsmerkmal Dialogorientierung als Auftrag des Paradigmenwechsels im SGB IX.....	108
6.3.1. Mitwirkung des Menschen mit Behinderung an Leistungen zur Teilhabe im Sozialgesetzbuch IX	109
6.3.2. Institutionalisierte Mitwirkungsmöglichkeiten.....	110
6.3.3. Dialogorientierung in der gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“	111
6.3.4. Empowerment in der Rehabilitation	112
6.3.5. Ermittlung der Leistungsakzeptanz als Merkmal der Dialogorientierung	114
6.3.5.1. Entwicklung eines Musterfragebogens zur Leistungsakzeptanz	115
6.3.5.2. Diskussion von Leistungsakzeptanz als Dialogkultur einer Rehabilitationseinrichtung	117
6.3.5.3. Die Einbeziehung von Angehörigen in den Dialog	119
6.3.6. Dialogorientierung durch Beschwerdemanagement	120
6.3.6.1. Untersuchung über Beschwerdemanagement in der Arbeitsverwaltung und Rentenversicherung	122
6.3.6.2. Beschwerdemanagement bei sozialen Dienstleistern in den Niederlanden	123
6.4. Das Qualitätsmerkmal Teilhabeplan/Dokumentation.....	123
6.5. Das Qualitätsmerkmal Orientierung an betrieblicher Eingliederung	124
6.5.1. Hilfen zum Erhalt oder Anpassung eines Arbeitsplatzes.....	126
6.5.2. Qualifizierung in betrieblicher Form	126

6.5.3.	Der Mythos des Klebeeffektes.....	129
6.5.4.	Steigende Bedeutung der Werkstatt für behinderte Menschen als Ort der Eingliederung.....	131
6.5.5.	Gestufte Rehabilitationskonzepte	133
6.6.	Diskussion: IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung	137
7.	Das IQPRKonzept im Prozess der Leistungserbringung	138
7.1.	Prozessorientierte Beschreibung der Leistungen.....	138
7.2.	Leistungen in den Kernprozessen im Spiegel des § 33 Abs. 3 SGB IX	143
7.3.	Prozessbeschreibung der Kernprozesse	145
7.3.1.	Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	146
7.3.2.	Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	148
7.3.3.	Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	152
7.3.4.	Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung“	155
7.3.5.	Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	157
7.3.6.	Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“	159
7.4.	ICF-Orientierung in den Kernprozessen.....	161
7.4.1.	ICF-Orientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	162
7.4.2.	ICF-Orientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	163
7.4.3.	ICF-Orientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	165
7.4.4.	ICF-Orientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“	165
7.4.5.	ICF-Orientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	166
7.4.6.	ICF-Orientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“	167
7.5.	Assessment in den Kernprozessen.....	167

7.5.1.	Assessment im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	167
7.5.2.	Assessment im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	168
7.5.3.	Assessment im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	169
7.5.4.	Assessment im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“	170
7.5.5.	Assessment im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	171
7.5.6.	Assessment im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“	172
7.6.	Dialogorientierung in den Kernprozessen	172
7.6.1.	Dialogorientierung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	172
7.6.2.	Dialogorientierung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	172
7.6.3.	Dialogorientierung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	173
7.6.4.	Dialogorientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“	173
7.6.5.	Dialogorientierung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	173
7.6.6.	Dialogorientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“	174
7.7.	Teilhabeplan/Dokumentation in den Kernprozessen	174
7.7.1.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	174
7.7.2.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	174
7.7.3.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	175
7.7.4.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“	175

7.7.5.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	176
7.7.6.	Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“	176
7.8.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung	176
7.8.1.	Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit.....	177
7.8.2.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess I „Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung“	179
7.8.3.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess II „Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	180
7.8.4.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	182
7.8.5.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“	184
7.8.6.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess V „Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben“	185
7.8.7.	Orientierung an betrieblicher Eingliederung im Kernprozess VI...	186
7.9.	Diskussion: Prozessqualität.....	187
8.	Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	189
8.1.	Ziele des SGB IX und die Umsetzung durch die Rehabilitationsträger	189
8.2.	Der Beitrag von Verbleibstatistiken zur Beurteilung von Ergebnisqualität	191
8.3.	Zufriedenheitsbefragungen	194
8.4.	Der Teilhabeplan als Dokumentation der Ergebnisqualität	195
8.5.	Ergebnisqualität in den Kernprozessen des IQPR-Konzepts.....	197
9.	Ausblick.....	198
10.	Zusammenfassung	202
	Abkürzungen	206
	Abbildungsverzeichnis.....	208
	Tabellenverzeichnis.....	211
	Literaturverzeichnis.....	212

1. Einleitung

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) beschlossen, 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, in der Rehabilitationswissenschaft und Fachpraxis auch als Paradigmenwechsel bezeichnet, stellen 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 hierbei ist 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 kann sich die erforderlichen Leistungen unter Umständen nach einem ihm zur Verfügung gestellten persönlichen Budget sogar einkaufen. Für die Leistungsträger erfordert dies einen radikalen Wandel, nämlich eine Abkehr von hoheitsstaatlichem oder Behördendenken hin zu einer partnerschaftlichen und serviceorientierten Leistungsbewilligung. Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe ist nunmehr der Leitgedanke aller Leistungen. Dieser emanzipatorische Auftrag ist Bestandteil aller Leistungen und gilt für die Leistungsträger ebenso wie für die von ihnen beauftragten Leistungserbringer.

Die Arbeit möchte eine Lücke füllen, nämlich eine trägerübergreifende Betrachtung des gewachsenen Systems der beruflichen Rehabilitation in Deutschland und eine Beschreibung der Qualitätsanforderung an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben basiert auf den neuen Anforderungen, die sich aus dem Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ergeben.

Hierzu wird zunächst die historische Entwicklung der beruflichen Rehabilitation unter den Aspekten der Rolle des Behindertenmenschen und seiner Erwerbsbefähigung betrachtet. Erstmalig werden trägerübergreifend Daten zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation sekundäranalytisch ausgewertet. Im zweiten Teil wird ein Konzept zur Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt (IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung), das trägerübergreifend die Anforderungen aus dem Paradigmenwechsel in den Prozess der Leistungserbringung integriert.

Berufliche Rehabilitation ist ein Bestandteil der Sozialpolitik in der Bundesrepublik. Sie basiert auf einem Konzept der Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen, das durch das neue Sozialgesetzbuch IX eine emanzipatorische Dimension erhalten hat. Berufliche Rehabilitation ist zugleich ein Instrument der Arbeitsmarktpolitik, dessen Ziel es ist, Menschen mit einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Nach Definition und Darstellung verwendeter Begriffe wird im Folgenden zunächst die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation unter dem Aspekt des imp-

lizierten Menschenbildes seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur Einführung des Sozialgesetzbuches IX im Jahr 2001 dargestellt. Der Begriff Menschenbild wird im anthropologisch-philosophischen Sinne verwendet, um mit ihm den emanzipatorischen Charakter von Leistungen für Menschen mit Behinderungen darzustellen.

Das vierte Kapitel enthält eine statistische Zusammenstellung aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die in dieser Form noch nicht veröffentlicht wurde. Zeitreihen und Grafiken über Aufwendungen, Teilnehmerzahlen sowie Leistungsarten aller Rehabilitationsträger sollen Entwicklungen und Trends darstellen. Daten der beiden großen Leistungsträger Rentenversicherung und Bundesagentur werden separat aufgearbeitet und sekundäranalytisch ausgewertet.

Das fünfte Kapitel widmet sich den neuen Qualitätsanforderungen an Leistungen zur Teilhabe, die sich aus der Sicht der Betroffenen, aus dem Paradigmenwechsel des Sozialgesetzbuches IX, der ICF der WHO und den Qualitätsempfehlungen der Leistungsträger ergeben.

Im sechsten und siebten Kapitel wird das IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, das sich aus den neuen Anforderungen ergibt, dargestellt und in den sechs Kernprozessen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter vier Qualitätsmerkmalen beschrieben. Das Schlusskapitel enthält Überlegungen zur Ergebnisqualität, die sich am IQPR-Konzept orientieren.

2. Begriffe und Definitionen

2.1. Leistungen zur Teilhabe

Unter Leistungen zur Teilhabe werden im Folgenden alle Leistungen verstanden, die der Sozialstaat erbringt, um behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die gesetzlichen Grundlagen für Leistungen ergeben sich aus der Menschenrechtskonvention, der europäischen Sozialcharta und dem Sozialstaatsgebot sowie Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes. Das Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) regelt neben Bestimmungen anderer Sozialgesetzbücher die Leistungen zur Teilhabe.

2.2. Formen von Leistungen zur Teilhabe

In der Bundesrepublik Deutschland werden Leistungen zur Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte¹ Menschen in fünf Bereichen erbracht:

- *Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation:* Medizinische Leistungen: Krankenbehandlung, Frühförderung, Therapie, Hilfsmittel u. a.,
- *Schulische Rehabilitation:*² Sonderpädagogische, heilpädagogische Förderung, sonderpädagogische Frühförderung, schulische Förderung im dualen Berufsbildungssystem,³
- *Berufliche Rehabilitation:* Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: Erlangung oder Erhalt eines Arbeitsplatzes, Qualifizierung, Umschulung, Weiterbildung, Eingliederungshilfen, Arbeitsassistenz,
- *Gesellschaftliche Rehabilitation:* Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft: Eingliederungshilfen, Hilfen zum selbständigen Leben und Wohnen u. a.,

¹ Ein Großteil der Leistungen steht auch für „von Behinderung Bedrohte“ zur Verfügung. Aus Gründen der Lesbarkeit wird dies im Weiteren nicht mehr gesondert berücksichtigt.

² Dieser Begriff wird in der deutschsprachigen 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. d. Verf.)

³ Diese Leistungen werden im Folgenden nur im Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben betrachtet.

- *Unterhalt, ergänzende Leistungen:* Finanzielle Unterhaltsleistungen, Haushalts- / Betriebshilfen, Kinderbetreuung u. a.

Im Zentrum der folgenden Betrachtung stehen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), wobei andere Leistungen, soweit sie betroffen sind, einbezogen werden.

Synonym und traditionell zum relativ jungen Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ werden auch Begriffe wie berufliche Rehabilitationsleistungen oder Leistungen zur beruflichen Rehabilitation verwendet. Die damit bezeichneten Leistungen sind identisch.

2.3. Behinderung, Behinderte, Menschen mit Behinderungen

Für die Definition von „Behinderten“ oder in der korrekteren Form „Menschen mit Behinderungen“ wird der Behinderungsbegriff zu Grunde gelegt, der durch § 2 SGB IX vorgegeben ist und sich am bio-psycho-sozialen Konzept der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert [DIMDI 2005].

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ [SGB IX §2 Abs. 1]

Die Verwendung des Begriffes macht keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die Kurzform „behindert“ wird im Folgenden gelegentlich aus Gründen der Lesbarkeit verwendet und beinhaltet ausdrücklich analog zum SGB IX keine Attribution eines defizitorientierten Menschenbildes.

Unter „Schwerbehinderte“ werden analog zu Teil 2 des SGB IX (Schwerbehindertenrecht) Menschen mit Behinderungen verstanden, bei denen eine Anerkennung des Grades der Behinderung von 50 von Hundert und mehr erfolgt ist. Die Anerkennung gemäß § 2 Abs. 2 SGB IX erfolgt auf Antrag bei den Versorgungsämtern

durch einen Rechtsbescheid. Zum Nachweis für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichsregelungen wird ein Behindertenausweis ausgestellt, der zusätzliche besondere Merkmale je nach Ausmaß der Behinderung wie etwa gehbehindert oder Hilfsperson enthalten kann.

Als Gleichgestellte gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung von in der Regel 30 v. H. und weniger als 50 v. H. gemäß § 2 Abs. 2 SGB IX. Die Anerkennung erfolgt auf Antrag durch die Bundesagentur für Arbeit.

Den Schwerbehinderten gleichgestellt sind auch behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene während der Zeit der Berufsausbildung in Betrieben oder Dienststellen, auch wenn der Grad der Behinderung weniger als 30 v. H. beträgt oder ein Grad der Behinderung nicht festgestellt ist. Hier wird der Nachweis durch die Bundesagentur für Arbeit oder durch einen Bescheid zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht (SGB IX § 68 Abs. 4).

Es ist eine Besonderheit des deutschen Rehabilitationsrechts, dass Leistungsgesetze in der Regel auch für Menschen gelten, die von Behinderung bedroht sind. Dies entspricht dem Präventionsgedanken, der sich im gesamten Rehabilitationsrecht wiederfindet.

2.4. Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation wird bei Leistungen zur Teilhabe in mehreren Bedeutungen verwendet. Zum einen bezeichnet er alle Leistungen des Sozialstaates zur Teilhabe von Behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Vor dem Paradigmenwechsel des SGB IX im Juli 2001 wurde dieser Begriff statt „Leistung zur Teilhabe“ beispielsweise im Vorläufergesetz „Rehabilitationsangleichungsgesetz“ benutzt und ist durchaus noch gebräuchlich. Gleichzeitig bezeichnet der Begriff den Prozess von der Beantragung einer Leistung bis zum Ende ihrer Erbringung. Des Weiteren werden national und international damit Sozialstaatsysteme für Menschen mit Behinderungen bezeichnet. So wird beispielsweise „vocational rehabilitation“ für berufliche Rehabilitation oder in der heutigen Diktion für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verwendet.

Andere Anwendungen des Begriffes Rehabilitation etwa im Strafrecht oder bei zu Unrecht ergangenen Rechtshandlungen werden in dieser Darstellung nicht berührt.

2.5. Träger der Rehabilitation

Als Träger der Rehabilitation oder Leistungsträger werden die sozialen Systeme bezeichnet, die nach den gesetzlichen Vorschriften Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erbringen. Im Bundesrecht des SGB IX sind dies: Krankenversicherung, Arbeitsverwaltung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung bzw. Träger der Kriegsopferfürsorge, öffentliche Jugendhilfe und Träger der Sozialhilfe.

Als Leistungserbringer bezeichnet man alle juristischen oder natürlichen Personen, die im Auftrag eines Rehabilitationsträgers Leistungen erbringen. Hierzu zählen beispielsweise Kliniken, Bildungseinrichtungen, medizinische, soziale, psychologische Berufsgruppen, aber auch Betriebe, die Leistungen erbringen. Rehabilitationsträger können zugleich Leistungserbringer sein, wenn die Leistung in einer Rehabilitationseinrichtung erbracht wird, die in ihrer Trägerschaft unterhalten wird. Mit Bildungsträgern werden häufig die juristischen Personen bezeichnet, die Bildungseinrichtungen unterhalten und durch Vergabe oder Ausschreibung Bildungsleistungen im Auftrag der Rehabilitationsträger erbringen.

2.6. Ersteingliederung, Wiedereingliederung

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterscheiden sich darin, ob der Mensch mit einer Behinderung erstmalig in einen Beruf eingliedert werden soll oder bereits berufstätig war und während seines Berufslebens Leistungen zur Teilhabe erforderlich werden. Analog zum Sprachgebrauch der Bundesagentur für Arbeit werden die Begriffe Ersteingliederung und Wiedereingliederung verwendet.

2.7. Integrationsämter

Integrationsämter (bis 2001 „Hauptfürsorgestellen“) sind mit der Durchführung der besonderen Regelungen zu Teilhabe schwerbehinderter Menschen beauftragt.

Sie erheben die Ausgleichsabgabe, sind Ansprechpartner bei den besonderen Kündigungsregelungen für Schwerbehinderte und können begleitende Hilfen im Arbeitsleben leisten.

2.8. Integrationsfachdienste

Die gesetzliche Grundlage für Integrationsfachdienste wurde erstmals im Jahre 2001 im SGB IX § 109 geregelt. Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die Schwerbehinderte bei der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, auch aus einer Werkstatt für behinderte Menschen, und behinderte Schulabgänger unterstützen können. Integrationsfachdienste können auch für behinderte Menschen tätig werden, die nicht als schwerbehindert anerkannt sind, d. h. einen Grad der Behinderung von weniger als 50 v. H. haben.

2.9. Besonderer Arbeitsmarkt: Integrationsprojekte, Werkstatt für behinderte Menschen

Bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen unterscheidet man zwischen allgemeinem und besonderem Arbeitsmarkt. Zu letzterem werden Integrationsprojekte und Werkstätten für behinderte Menschen gezählt. Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen, die schwerbehinderte Menschen beschäftigen, deren Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt auf Grund der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt (SGB IX § 132). Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen für behinderte Menschen zur beruflichen Eingliederung. Sie sind für Menschen mit Behinderung vorgesehen, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden können (SGB IX § 136).

2.10. Persönliches Budget

Das persönliche Budget ist ein neues Instrument im SGB IX. Im Sinne des Autonomiegedankens eines Menschen mit Behinderungen können Leistungen durch ein persönliches Budget erbracht werden, das den Leistungsberechtigten ein mög-

lichst selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung ermöglicht. Bis Ende 2007 befindet sich diese Regelung in einer Erprobungsphase (SGB IX § 17).

3. Teilhabe am Arbeitsleben als Ziel der Sozialpolitik für Menschen mit Behinderungen

Das sozialpolitische Ziel der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Leben in der Gesellschaft wurde nicht erst in der Bundesrepublik Teil der Sozialpolitik. Bereits im vorletzten Jahrhundert haben sich insbesondere durch die Entwicklung der Hilfsschulpädagogik vielerorts im deutschen Reich Initiativen entwickelt, Teilhabe durch Förderung von Erwerbsbefähigung zu ermöglichen.

3.1. Das Hilfsschulwesen im 19. Jahrhundert und sein Beitrag zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen

Der geschichtliche Beitrag der Hilfsschulpädagogik zur Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland ist bisher nicht ausreichend gewürdigt worden. Denn hier wurden wesentliche Elemente entwickelt, die bis heute Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestimmen. Zum einen gingen die neuen Hilfsschulpädagogen davon aus, dass eine gesellschaftliche Teilhabe im wesentlichen durch eine Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt ist. Ihre Motive sind dem Zeitgeist Mitte des 19. Jahrhunderts entsprechend sicherlich noch nicht emanzipatorisch geleitet. Durch Erwerbsbefähigung, wie es in der unten zitierten Dokumentation [*Wehrhahn 1913*] an einigen Stellen erwähnt wird, kann die Hilfsschule davor bewahren, dass die „Zöglinge“ der Fürsorge zu Last fallen oder in die Delinquenz abgleiten.

Ein zweiter Aspekt ist, dass die Hilfsschulpädagogik des 19. Jahrhunderts die grundsätzliche Bildungsfähigkeit dieser Personengruppe herausstellt, die mit unterschiedlichen Begriffen wie schwachsinnig, schwach begabt, blödsinnig bezeichnet wird und sie von den sogenannten Idioten oder „Vollidioten“, für die die „Idiotenanstalten“ zuständig waren, abgrenzt. In heutigen Begriffen würde man diese Behinderungen etwa mit Lernbehinderungen umschreiben, aber auch Hör- und Sprachbehinderte gehörten in einigen Hilfsschulen der Schülerschaft an.

In vielen Beschreibungen der Schülerinnen und Schüler wird auch auf die häufig sozial randständig geprägte Elternschaft hingewiesen. Diese Problematik wird bis heute in der Sonderpädagogik diskutiert [vgl. Begemann 1970].

Recht pragmatisch beschrieb man die Hilfsschulbedürftigkeit mit einem etwa zweijährigen Lernrückstand gegenüber der nicht behinderten Altersgruppe, ein Vorgehen, das lange Zeit auch in der Bundesrepublik bei der Feststellung von sonderpädagogischem Förderbedarf Bedeutung hatte.

Es mutet geradezu modern an, wenn die Hilfsschullehrer – nur in Ausnahmefällen waren in der Hauswirtschaft weibliche Lehrkräfte tätig – die Ganzheitlichkeit der Förderung betonten. Neben der sittlichen, staatsbürgerlichen, religiösen und ethischen Erziehung fühlten sich die Pädagogen für die Prozesse des Übergangs von der Schule in die Arbeitswelt zuständig. Sie warben für Lehr- und Arbeitsstellen bei Betrieben und im Handwerk, und sie standen auch nachgehend als Ansprechpartner für Betriebe und Handwerk zur Verfügung⁴. Auch die vielfältigen Hilfen für Gesundheit, medizinische Hilfen, gesunde Schulspeisungen unterstützen diesen ganzheitlichen Förderaspekt.

Schon in dieser frühen Phase in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts haben die Hilfsschulen einen Ansatz verfolgt, den man heute als „Qualitätssicherung“ bezeichnen würde. Viele Hilfsschulen haben nämlich den Übergang der Schüler in das Arbeitsleben statistisch erfasst und z. T. auch längerfristige Verbleibstudien erstellt. Nach Ansicht des Verfassers ist dies die ersten Veröffentlichungen von Ergebnisqualität in der beruflichen Rehabilitation. Es wurden Übergangszahlen in das Arbeitsleben von über 80% erreicht. Auch zur Struktur- und Prozessqualität gibt es in der bereits genannten Dokumentation ausführliche Hinweise.

Es ist zu vermuten, dass die Hilfsschullehrer – in der Regel Pädagogen die den Ausbau von Hilfsschulen initiiert haben – Argumente für Ressourcenzuweisungen benötigten.

⁴ In der weiter unten vorgestellten Prozessbeschreibung würde dies die Prozesse V und VI betreffen.

Offensichtlich ging man zum Ende des 19. Jahrhunderts davon aus, dass die Förderung und Eingliederung Schwachbegabter eine staatliche Aufgabe ist. Es hat zwar Hilfsschulen mit konfessioneller Ausrichtung gegeben, in der Mitgliedschaft des Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands waren jedoch fast ausschließlich Schulen in staatlicher, meist kommunaler Trägerschaft, oft unterstützt durch Fürsorge- oder Wohlfahrtsvereine. Die Zuständigkeit des Staates erscheint etwa drei- bis vier Jahre nach den Bismarckschen Sozialgesetzgebung als selbstverständlich.

3.1.1. Die Entwicklung des Hilfsschulwesens im deutschen Reich bis 1913

Die Entwicklung des Hilfsschulwesens im 19. Jahrhundert ist gut dokumentiert, da der am 13. April 1898 gegründete „Verband der Hilfsschulen Deutschlands“ zum IX. Verbandstag 1913 in Bonn eine umfangreiche Dokumentation vorlegte, in der sich Hilfsschulklassen oder Hilfsschulen aus 84 Städten des ganzen Reiches darstellen. Der größte Teil der Präsentationen stammt aus den 12 Provinzen der Königreiche Preußen, aber auch Hansestädte und andere Königreiche und Herzogtümer wie Bayern, Baden, Sachsen sind vertreten. Selbst aus dem damaligen Reichsland Elsaß-Lothringen ist ein Beitrag vorhanden.⁵ [Werhahn 1913, a. a. O.]

Über den Beginn der schulischen Förderung von „blödsinnigen, schwachsinnigen, schwachbefähigten Kindern“, so die unterschiedlichen Bezeichnungen, war man sich wohl schon 1913 nicht einig. Erste Einrichtungen gab es in den Jahren 1820-40 in Hallein, Salzburg, Württemberg und Interlaken. „Die eigentliche Hilfsschulbewegung setzte in Deutschland zu Anfang der 60er Jahre (1860 Anm. d. Verf.) des vorigen Jahrhunderts ein und knüpfte sich an die Namen Kern und Stötzner. Sie waren die ersten, die das Interesse weiterer Kreise zur Errichtung von Hilfsschulen anregten, indem sie auf die Bedeutung solcher Schulen hinwiesen und in Wort und Schrift für ihre Errichtung eintraten.“ [Basedow 1913, S. XII]

Schon zu Beginn hatte die Hilfsschulbewegung mit einer Gegnerschaft aus zwei Bereichen zu kämpfen. So kritisierte die Lehrerschaft der „Normalschule“, dass

⁵ Die Originalfassung des Marhold Verlages, damals Halle, von 1913 liegt dem Verfasser vor.

die Hilfsschulkinder „gebrandmarkt und in den Augen der Öffentlichkeit herabgesetzt würden“ und behauptete, „auch die Normalschule würde diese Kinder fördern können, wenn hier die Klassenfrequenzen herabgesetzt und die Lehrpläne von allen unnötigen Stoffen befreit werden.“ [ebd. S. XIV] Andererseits meldeten anfangs auch die Leiter der Idiotenanstalten Bedenken an, weil sie es für richtiger hielten, die Schwachbefähigten in Anstalten unterzubringen [ebd.]. Es galt auch die gegenüber der „neuen“ Hilfsschule kritische Elternschaft zu überzeugen.

Zum Ende des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgte ein schneller und, wie Basedow bemerkt [ebd. S. XV], gesunder Aufbau der Hilfsschulklassen. In Preußen stieg die Zahl zwischen 1893 und 1912, also in knapp zehn Jahren, von 64 Klassen in 21 Orten mit 1.300 Kindern auf 1.106 Klassen in 204 Orten mit 24.300 Kindern. Für das deutsche Reich ermittelte der Verband der Hilfsschulen Deutschlands eine ähnliche Entwicklung von 110 Klassen an 37 Standorten mit 2.300 Kindern auf 1.670 Klassen an 305 Standorten mit 34.300 Kindern. Die folgenden Grafiken geben einen Eindruck über die rasante Entwicklung:

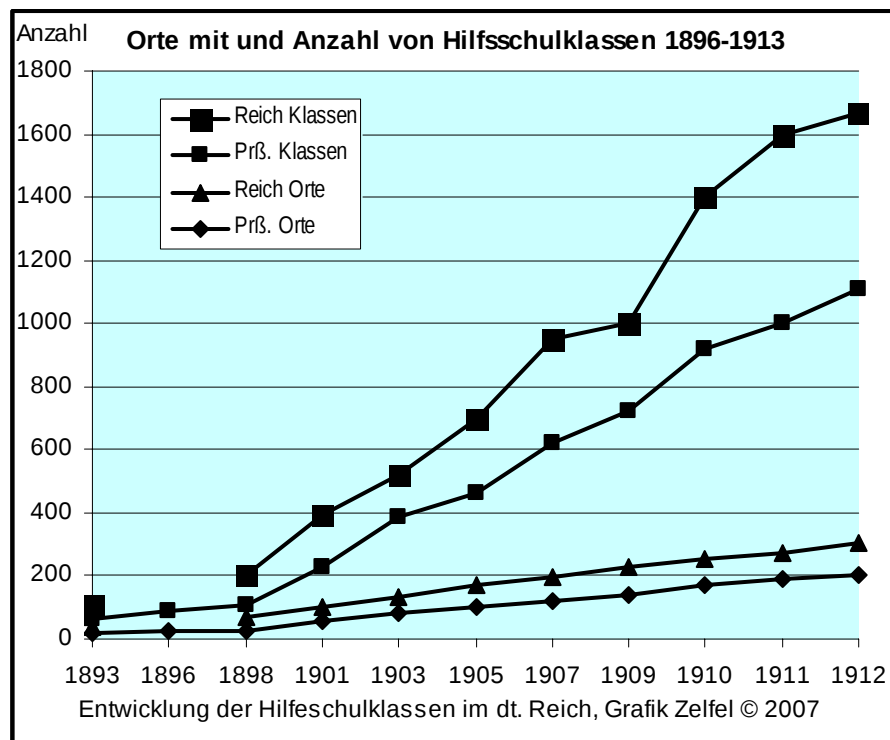


Abbildung 1: Entwicklung der Standorte und Anzahl von Hilfsschulklassen in den Jahren 1893–1912 [Basedow 1913, S. XV]

Die Steigerungsraten der Schülerzahlen innerhalb von zehn Jahren waren enorm, in Preußen fast 1.500 % und im deutschen Reich 1.870 %.

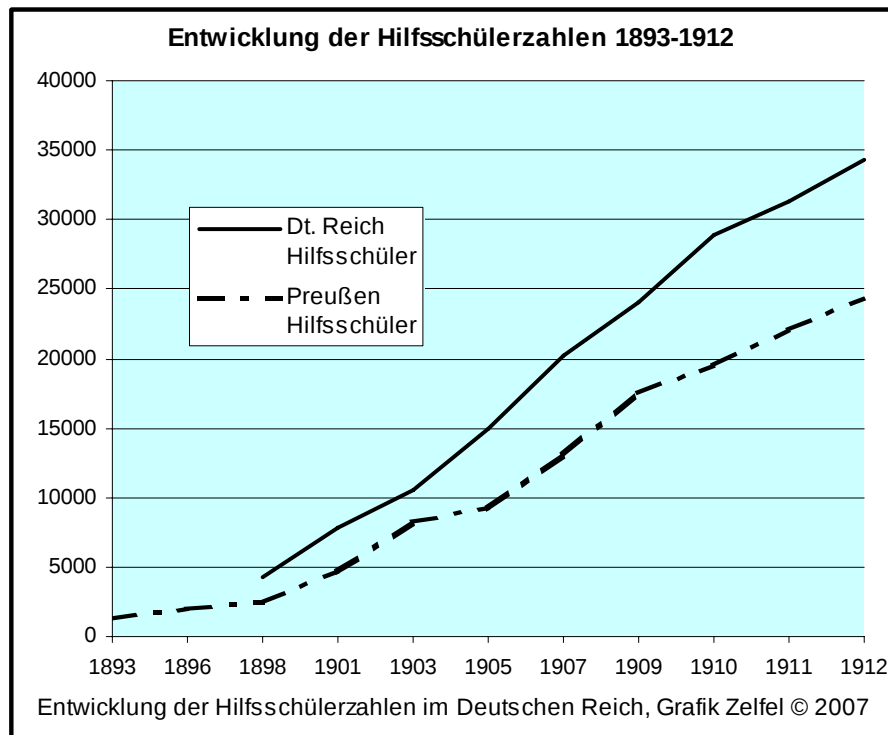


Abbildung 2: Entwicklung der Hilfsschülerzahlen 1893-1912 [Basedow 1913, S. XV]

Die Legitimation für den Ausbau der Hilfsschulklassen ergibt sich für Basedow aus dem Bildungsanspruch, den er auch dieser Bevölkerungsgruppe zuspricht. Durch einen angepassten elementaren Unterricht und eine von Liebe, Beharrlichkeit und Geduld getragene Erziehung möchte er sie zu einigermaßen brauchbaren Gliedern der menschlichen Gesellschaft machen [ebd. S. X]. Weder die Normal- schule noch die Idiotenanstalten könnten diesen Auftrag erfüllen. Insbesondere könne das durch Misserfolgserlebnisse geprägte Selbstvertrauen gefördert werden.

Diese Feststellung von Basedow ist für die Zeit (1913) geradezu revolutionär, wenn man bedenkt, dass sich die wissenschaftliche Psychologie sich gerade erst entwickelte. Schon in dieser Zeit wird die bis heute aktuelle Grundfrage der Sonderpädagogik diskutiert, nämlich, ob homogene Lerngruppen bessere Lernerfolge aufweisen, oder in heterogenen Lerngruppen die sogenannten Lernlokomotiven Schwächere mitziehen können. Aktuell lebt dieser Gedanke bei schulpolitischen

Überlegungen zur Einheitsschule und der Förderung von Schüler und Schülerinnen mit Migrationshintergrund oder aus bildungsfernen Bevölkerungsschichten wieder auf. In der beruflichen Rehabilitation wird, wie später gezeigt wird, weitgehend nach dem Konzept der homogenen Lerngruppe unterrichtet, wobei das Merkmal „behindert“ oder „von Behinderung bedroht“ sowie das erreichbare Qualifizierungsziel die Gruppenzugehörigkeit bestimmt.

Basedow weist darauf hin, dass die volkswirtschaftliche und soziale Bedeutung der Hilfsschule noch nicht allgemein gewürdigt werde. „Und doch liegt hier der entscheidende Gradmesser für die Beurteilung der Bedeutung dieser Schule; denn nur aus ihrer volkswirtschaftlichen und sozialen Bedeutung kann die Hilfsschule eine Daseinsberechtigung um ihrer selbst herleiten. Die Erfolge, die die Hilfsschule in der Rettung und Bewahrung schwachbefähigter Kinder erzielt hat, haben alle Erwartungen übertroffen. Durch statistische Erhebungen ist nachgewiesen, daß von den aus der Hilfsschule entlassenen Kindern 72% völlig, 20% teilweise und nur 8% nicht erwerbsfähig waren. (...) Es unterliegt keinem Zweifel, daß ein großer Teil der Kinder, die durch die Hilfsschule zur Erwerbsfähigkeit geführt sind, ohne diese Schule sehr bald der Armenverwaltung zur Last gefallen oder auf die Bahn des Lasters und des Verbrechens geraten wären.“ [ebd. S. XI]

3.1.2. Berufliche Eingliederung als ein Ziel der Hilfsschulpädagogik

In fast allen der dokumentierten Hilfsschulen war Erwerbsbefähigung ein wichtiges Lehrfach, das man heute mit Arbeitslehre, Werkunterricht oder Technikunterricht bezeichnen würde. Neben Sprachunterricht/Deutsch und Rechnen steht dieser Unterricht mit vier bis sechs Wochenstunden an dritter Stelle in der Bedeutung und Stundenzumessung. Stellvertretend für andere sei hier J. Schneikert für die Hilfsschule Ludwigshafen zitiert: „Seit der Gründung der Hilfsschule zu Ludwigshafen a. Rh. im Jahre 1898 ist der Handfertigungsunterricht in derselben obligatorisches Unterrichtsfach. Ist die manuelle Beschäftigung doch imstande, die Bildungsfähigkeit der geistig Schwachen zu erhöhen, deren Selbständigkeit und Selbstvertrauen zu heben, sie erwerbstüchtig zu machen und somit zu brauchbaren Gliedern der menschlichen Gesellschaft heranzubilden! (...) Die Mannigfaltigkeit

der Arbeitsweisen und die Bevorzugung der im späteren Leben besonders verwendbaren erwies sich als notwendig auf Grund der Beobachtung, daß freudige Ausdauer bei der Arbeit sich nur dann einstellte, wenn es sich um praktische Dinge handelte, die man auch ‚mit nach Hause‘ nehmen konnte. Will auch jeglichem Banausentum in der Erziehung begegnet werden, so ist doch der Gedanke nicht abzuweisen, daß gerade diese Ärmsten einer möglichst früh beginnenden Einführung in jene Beschäftigungsweise unterzogen werden müssen, die später ihren Lebensunterhalt gewährleisten soll.“ [Schneikert 1913, S. 15f.]

Die folgenden, fast hundert Jahre alten Bilder geben einen Eindruck über den Werkunterricht, mit dem Hilfsschülern und Hilfsschülerinnen eine Erwerbsbefähigung vermittelt werden soll.



Abbildung 3: Unterricht in der Schülerwerkstatt Hilfsschule Berlin Lankwitz, 1913 [Wehrhahn 1913, S. 109]



Abbildung 4: *Hilfsschülerinnen in der Haushaltungsschule, Städtische Hilfsschule in Elbing, 1913 [Wehrhahn 1913, S.319]*

3.1.3. Verbleibstudien in der Hilfsschule

Sozialleistungen, insbesondere Leistungen für Menschen mit Behinderungen, stehen unter einem Rechtfertigungsdruck. Mildtätigkeit allein, als Ausdruck eines von christlicher Nächstenliebe oder humanitär, altruistisch geprägten Menschenbildes, scheint hierzu nicht auszureichen. Die Hilfsschullehrer des 19. Jahrhunderts haben offensichtlich einen gewissen Druck verspürt, die Wirksamkeit ihrer pädagogischen Arbeit nachzuweisen. Wie auch heute noch lag es nahe, Verbleibstudien anzustellen, um eine in heutigen Begriffen Ergebnisqualität darzustellen. Verbleibstudien, also die gelungene Eingliederung in die Erwerbstätigkeit, sind immer dann beliebt, wenn sie hohe Quoten des Übergangs in das Beschäftigungssystem ergeben. Auf die Problematik dieser „Erfolgsmessung“ wird an anderer Stelle noch eingegangen.

Es wurden aus den 12 sechsstufigen Hilfsschulen Hamburgs vom 31. März 1907 bis zum 31. März 1912 entlassen:							
729 Knaben.							
Davon gingen ab aus Klasse:							
Erwählter Beruf:	I	II	III	IV	V	VI	zus.
Handwerker	143	65	25	9	3	—	245
Landarbeiter	53	32	16	14	3	1	119
Seemann	28	19	8	2	—	—	57
Gelegenheitsarbeiter	99	53	20	10	—	—	182
Fabrikarbeiter	18	13	2	1	—	—	34
Milchhändler	1	—	1	—	—	—	2
Diener	1	—	—	—	—	—	1
Kellner	1	—	—	—	—	—	1
Unbekannt bzw. unbestimmt . .	36	25	11	9	3	4	88
	380	207	83	45	9	5	729
546 Mädchen.							
Davon gingen ab aus Klasse:							
Erwählter Beruf:	I	II	III	IV	V	VI	zus.
Dienstmädchen	167	89	44	16	3	—	319
Plätterin	4	1	1	—	—	—	6
Fabrikarbeiterin	6	5	5	—	1	—	17
Putzmacherin	4	2	—	—	—	—	6
Hausstand	8	—	1	—	—	—	9
Stütze der Mutter	38	22	12	11	2	—	85
Schneiderin	3	1	1	—	—	—	5
Unbekannt bzw. unbestimmt . .	44	32	15	2	3	3	99
	274	152	79	29	9	3	546

Abbildung 5: Verbleibstatistik Hamburger Hilfsschulen 1907-1912
[Meyer 1913, S. 79]

In den Berichten werden Erfolgsquoten bei der Erwerbsfähigkeit von etwa 80% genannt, wobei diese für Mädchen mit etwa 65% deutlich niedriger liegen. Allerdings wird oftmals die Qualität der Anstellungsverhältnisse nicht ersichtlich. Neben Berufen als Handwerker und Fabrikarbeiter werden auch Berufe wie Laufbur-schen, Diener oder Hilfskräfte genannt. Über die Hälfte der jungen Frauen mündet in den Beruf des Dienstmädchens ein. Viele der Mädchen verbleiben auch im elterlichen Haushalt als „Stütze der Mutter“.

Eine Zusammenstellung einiger Verbleibstatistiken ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

	Hamburg 1907-1912		Essen 1903-1912		Steglitz 1900-1912		Frankfurt/M. 1907-1909	
Knaben								
erwerbstätig bzw. in Ausbildung	641	87,9 %	115	96,6 %	35	70,0 %	66	79,5 %
unbekannt bzw. unbestimmt	88	12,1 %			4	8,0 %		
erwerbsunfähig					9	18,0 %	9	10,8 %
Delinquenz Fürsorgeerziehung			4	3,4 %	2	4,0 %	8	9,6 %
Summe	729	100,0 %	119	100,0 %	50	100,0 %	83	100,0 %
Mädchen								
erwerbstätig bzw. in Ausbildung	353	64,7 %	36	75,0 %	27	69,2 %	43	58,1 %
Hausstand/ Heirat	9	1,6 %	2	4,2 %				
Verbleib im Haushalt	85	15,6 %	8	16,7 %				
unbekannt bzw. unbestimmt	99	18,1 %			3	7,7 %		
erwerbsunfähig					7	17,9 %	15	20,3 %
sittlich verkommen Fürsorgeerziehung			2	4,2 %	2	5,1 %	16	21,6 %
Summe	546	100,0 %	48	100,0 %	39	100,0 %	74	100,0 %
Ausgewählte Verbleibsquoten aus Hilfsschulen im Deutschen Reich Tabelle nach Wehrhahn (1913), Zelfel, 2007								

Tabelle 1: Ausgewählte Verbleibsquoten aus Hilfsschulen in Deutschem Reich [Wehrhahn 1913]

Der nicht namentlich genannte Autor in der Darstellung der Hilfsschule in Frankfurt am Main bemerkt: „Angaben in der einschlägigen Literatur, daß 80 und mehr Prozent der Hilfsschüler völlig erwerbstätig geworden seien, können sich nur darauf beziehen, daß die Kinder in solcher Zahl bei der Entlassung das für eine selbständige Lebensführung erforderliche Mindestmaß an Kenntnissen und Fertigkeiten besaßen, womit jedoch noch keineswegs die berufliche Bewährung im späteren Leben in allen Fällen gewährleistet ist.“ [Wehrhahn 1913, S. 173]

3.2. Erwerbsbefähigung als neues Ziel zu Beginn des 20. Jahrhunderts

3.2.1. Konrad Biesalski und die Krüppelfürsorge

Ähnlich wie die Hilfsschulbewegung zum Ende des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts übte die „Krüppelfürsorge“, vor allem verbunden mit dem Namen Konrad Biesalski, einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bis zum heutigen Tag aus. Konrad Biesalski (1868-1930) hatte Medizin, Pädiatrie und Orthopädie studiert und war in orthopädischen Kliniken und als Schularzt tätig. Biesalski legte für die Rehabilitation Körperbehinderter erstmalig einen sozial-biologischen Ansatz zu Grunde, der sich teilweise in der späteren Klassifikation von Behinderung der WHO wiederfindet. Ausgehend von seiner statistischen Erhebung über das Krüppellelend [Biesalski 1909], mit der die Behörden veranlasst werden sollten, für Behandlung und Rehabilitation von Krüppeln zu sorgen, verfolgte er den Leitspruch „vom Almosenempfänger zum Steuerzahler“.

„Der Krüppel soll erwerbsfähig, kurz gesagt, aus einem Almosenempfänger ein Steuerzahler, aus einem parasitischen ein produktives, aus einem unsozialen ein soziales Mitglied der menschlichen Gesellschaft werden. Gelingt das durch ausreichende Fürsorgeeinrichtungen, so werden jährlich viele Millionen, die dem Unterhalt erwerbsunfähiger Krüppel dienen, für andere Zwecke frei, und ebenso viele Millionen (...) werden durch Arbeit der erwerbsfähig gemachten Krüppel neu verdient.“ [ebd.]

In seiner Festschrift zum neunzigjährigen Bestehen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation bemerkt Lotze: „Allmählich entstand ein Verständnis dafür, daß ‚Krüppel‘ ein Anrecht auf Heilbehandlung und Berufsausbildung haben. Mit dem Ziel, bereichsübergreifend alle dahin gerichteten Bestrebungen in einem Verband zusammenzufassen, wurde am 14. April 1909 die heutige DVfR⁶, als ‚Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge‘ im Oskar-Helene-Heim in Berlin-Dahlem ge-

⁶ Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V., Heidelberg

gründet. Biesalski hielt ein Grundsatzreferat über das Thema: „Elemente der Krüppelfürsorge“. Er sagte u. a.: „Der Krüppel darf nicht nur als ein Kranker betrachtet werden. Das Heilen ist nur einer von vielen Faktoren. Das Endziel ist, den Krüppel erwerbstätig zu machen. Dazu dienen der Arzt, der Lehrer, der Handwerksmeister. Das organisierte und verständnisvolle Ineinanderarbeiten von Klinik, Schule und Handwerkslehre möglichst unter einem Dach ist das Wesen und ein Grundstein moderner Krüppelfürsorge.“ [zit. n. Lotze 1999]

Konrad Biesalski wurde durch zwei Motive bestimmt, die man heute mit medizinischer Rehabilitation und beruflicher Rehabilitation umschreiben würde. Es ging ihm darum, Körperbehinderte (Krüppel) aus den Verwahranstalten für sozial Gestrandete (Trinker, Sieche, Idioten, Schwachsinnige u. a.) einer zeitgemäßen orthopädischen Behandlung zuzuführen und, soweit wie möglich, einen eigenen Lebensunterhalt zu ermöglichen. Für ihn ist der Krüppel noch Objekt einer Behandlung oder Fürsorge.

Es ist für die Zeit bezeichnend, dass der deutsche Kaiser Wilhelm II. selbst am Arm „verkrüppelt“ war, dies aber kaschiert und in der Öffentlichkeit verschwiegen wurde.

Emanzipatorische Elemente wie etwa „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe“ (SGB IX § 1) gehörten zeitgemäß noch nicht zu seinem Gedankengut, was ihm auch von Kritikern aus der damals entstehenden Betroffenenbewegung (Perl-Bund) vorgeworfen wurde. „Otto Perl tritt also dafür ein, den körperbehinderten Menschen nicht nur als, ‚Mittel zum Zweck‘ sondern als ‚Sinn und Zweck an sich‘ zu behandeln, da jeder Mensch Meister seiner Selbst, einzigartig und unersetzbar ist. Die Einstellung Perls ist also zu der der professionellen Krüppelpädagogen und Krüppelpsychologen konträr ausgerichtet. Wo Biesalski beispielsweise den Krüppel „vom Almosenempfänger zum Steuerzahler“ machen will, ihn also nur als Objekt seiner Arbeit, jedoch keinesfalls als Subjekt sieht, spricht Perl von freier Persönlichkeitsentfaltung, ohne auf ein bestimmtes zu erreichendes Ziel hinzuweisen.“ [o. N. Wikipedia]

Dennoch ist der Einsatz von Konrad Biesalski hoch zu bewerten, da er maßgeblich den Ausbau orthopädischer Behandlungsmöglichkeiten und beruflicher Bildung für Körperbehinderte bis zu seinem Tod 1930 beeinflusst hat. Bis heute wird von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. zweijährig ein Konrad-Biesalski-Preis verliehen.

Während man die zentralen Elemente der Hilfsschulbewegung mit den Begriffen „Bildungsfähigkeit und Erwerbsbefähigung“ kann, sind die zentralen Elemente der Krüppelfürsorge „Behandlung und Erwerbsbefähigung“ und die Zusammenführung von Orthopädie und Pädagogik.

3.2.2. Erwerbsbefähigung in der preußischen Gesetzgebung

Am 6. Mai 1920 verabschiedete der Preußische Landtag ein Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge: „§ 1. (...) Die Landesarmenverbände sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen, Blinden und Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter 18 Jahren umfasst die Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel (...) § 8. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern.“ [*Preußisches Gesetz, betr. Die öffentliche Krüppelfürsorge vom 6. Mai 1920*].

Mit diesem Gesetz wurde erstmalig ein Anspruch auf berufliche Rehabilitation in einem deutschen Gesetz verankert. „Zentrale Aussagen dieser Norm orientierten sich an den Vorgaben Konrad Biesalskis; so wurde die Einrichtung von ‚Krüppelfürsorgestellen‘ verfügt, eine Meldepflicht für Körperbehinderte bis zum Alter von 18 Jahren eingeführt, und als juristische Definition des Begriffs ‚Krüppel‘ wurde nahezu wörtlich eine Formulierung Biesalskis aus dem Jahr 1909 gewählt, in welcher die Unfähigkeit, sich mit Hilfe eines eigenen Berufs zu ernähren, zum zentralen Kriterium der Hilfsbedürftigkeit erhoben wurde.

‚Sozialbiologie‘ lautete das Wort, das nach Ansicht Konrad Biesalskis sein Konzept der ‚modernen Krüppelfürsorge‘ am treffendsten charakterisierte. Er verstand

darunter die medizinische Behandlung und körperliche Schulung von behinderten Menschen mit dem Ziel, ihren ‚Nutzen‘ für die Gesellschaft zu erhöhen, dies war die zentrale Aussage des populären Slogans ‚Almosenempfänger zu Steuerzahlern‘. Heute hat der Begriff Sozialbiologie eine eindeutige, in der NS-Zeit geprägte Definition, er beschreibt die Selektion von Menschen in ‚wertvoll‘ und ‚minderwertig‘.“ [Osten 2004, S. 387 f.]

Der erste Weltkrieg hatte zudem die Einstellung zu Behinderten völlig verändert. Eine immense Zahl von Kriegsinvaliden musste integriert werden. Die Ursache von Körperbehinderung, Blindheit, Ertaubung und psychischer Erkrankung war nun nicht mehr schicksalsbedingt, sondern durch das Kriegsgeschehen nachvollziehbar geworden.

Viele Hilfen für Menschen mit Behinderungen haben ihren Ursprung aus der Zeit nach dem 1. Weltkrieg. Einige Begriffe wie „Hauptfürsorgestelle“ sind bis heute in der Kriegsopferversorgung präsent.

3.2.3. Berufliche Rehabilitation in der Nazizeit

Nach der gängigen Nazi-Ideologie waren Menschen mit Behinderungen minderwertige Menschen. Ermordungen, Zwangssterilisationen und Zerschlagung der Behinderteneinrichtungen zum Erhalt der „Volksgesundheit“ sind, wenn auch erst viele Jahre später, aufgearbeitet und dokumentiert wurden. Auch viele Menschen, die mit Behinderten arbeiteten, konnten sich der Rassenideologie nicht verschließen und wurden zu Handlangern des menschenverachtenden Systems. Behinderteneinrichtungen wurden zum großen Teil aufgelöst.

Bildung und Erwerbsbefähigung für Menschen mit Behinderungen konnte es folglich unter einer solchen Ideologie nicht mehr geben. Die Stellung von Menschen mit Behinderungen wurde in dieser Zeit durch völlige Rechtlosigkeit bestimmt, sogar das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit wurde aufgehoben.

Für Kriegsversehrte hingegen muss es Programme gegeben haben. Trotz intensiver Suche ist es dem Autor dieser Arbeit nicht gelungen, Konzepte der berufli-

chen Rehabilitation für Kriegsversehrte während des zweiten Weltkrieges aufzufinden.

3.3. Veränderungen in Konzepten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Geschichte der Bundesrepublik

Während die Kriegsopferversorgung bereits in den frühen 50er Jahren gesetzlich verankert wurde, hat die schulische und berufliche Rehabilitation erst zu Beginn der 60er wieder Beachtung erfahren. Als Beleg für den großen Bruch in der Entwicklung der Rehabilitation zwischen dem Ende der Weimarer Republik und der Bundesrepublik sei hier als Beispiel die Schulpflicht für Kinder und Jugendliche mit geistigen oder bestimmten Körperbehinderungen genannt. Sie wurde in den meisten Bundesländern in Westdeutschland erst zu Beginn der 60er Jahre eingeführt.

Berufliche Rehabilitation ist in der Bundesrepublik erst Ende der sechziger Jahre wieder als sozialpolitische Aufgabe angesehen worden. Für die Planung und Bewilligung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation wurden Förderkonzepte entwickelt, die durch arbeitsmarkt- und behinderungspolitische Vorgaben bestimmt wurden. Diese haben in Deutschland in der Regel eine gesetzliche Grundlage, die oft durch Verwaltungs- oder Durchführungsvorschriften ergänzt werden.

Im Hinblick auf die Teilhabeplanung bzw. die jeweilige Förderkonzeption lassen sich in der bundesdeutschen Geschichte drei grundsätzliche Entwicklungen anhand folgender Merkmale beobachten:

- Stellung des Rehabilitanden im Prozess
- Kriterien für die Bewilligung der Leistungen
- Bildungskonzept des Leistungserbringers
- Hilfen am Übergang in die Berufstätigkeit

3.3.1. Phase der „Fürsorge“ bis etwa 1996

In dieser Phase werden berufsfördernde Leistungen nach dem Prinzip „Integration durch bestmögliche Qualifikation“ gewährt. Nach der „Netzplanung“ aus den

siebziger Jahren werden Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, Werkstätten für Menschen mit Behinderungen⁷ und Einrichtungen zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation errichtet bzw. neu gebaut. So wurden in der Dekade 1970 – 1980 fast 500 Millionen DM in den Ausbau von Modell- und überregionalen Einrichtungen zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation investiert, während es in der Zeit von 1962 bis 1969 nur 51,4 Millionen DM waren [*Bulletin der Bundesregierung 1980*]. Im Aktionsprogramm „Rehabilitation in den 80er Jahren“ wurde der Ausbau insbesondere der Berufsbildungswerke fortgeführt [*Aktionsprogramm Rehabilitation in den 80er Jahren*]. Viele Gebäude der heutigen Einrichtungen stammen aus dieser Zeit. In den neuen Bundesländern wurde der Ausbau von Rehabilitationseinrichtungen in den neunziger Jahren nach einer ähnlichen Netzplanung nachgeholt.

Behinderte sollen „möglichst auf Dauer“ (§ 56 AFG⁸) eingegliedert werden. Dies entspricht dem allgemeinen Ziel des Gesetzes: „(...) daß ein hoher Beschäftigungsstand erzielt und aufrechterhalten, die Beschäftigungsstruktur ständig verbessert und damit das Wachstum der Wirtschaft gefördert wird.“ [*§ 1 AFG*]

Im Bereich der Ersteingliederung wird die Vollausbildung i. S. des Berufsbildungsgesetzes favorisiert. Als optimal gestaltete Lernorte gelten die Einrichtungen der Rehabilitation bzw. der „sonstigen Reha-Träger“, das sind in der Regel wohnortnahe berufliche Rehabilitationseinrichtungen, die nicht in der Netzplanung aufgeführt sind, jedoch mit beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen beauftragt wurden, um den wachsenden Bedarf zu decken. Fachwerkstätten sind nach den modernsten Kriterien ausgerüstet, und Fachleute, Ausbilder, Lehrer vermitteln dem Rehabilitanden berufliche Qualifikationen, die in der Regel zu einem qualifizierten Abschluss im Rahmen des dualen Bildungssystems führen.

⁷ Damals noch „beschützende Werkstatt“ genannt, eine Bezeichnung, die auch im englisch- und französischsprachigen Raum „sheltered workshop“, „atelier protégé“ verwandt wurde bzw. wird und den Status des Menschen mit Behinderung als „Objekt der Fürsorge“ widerspiegelt.

⁸ Arbeitsförderungsgesetz (AFG) gültig v. 1.7.1969–31.12.1996.

Der Arbeitsmarkt, so die Hoffnung und auch Erfahrung aus den siebziger Jahren, werde die „beruflich Rehabilitierten“ dann schon aufnehmen. Das Bildungskonzept ist geprägt durch die Vermittlung von Lernstoffen. Übergangshilfen in die Berufstätigkeit gab es nur ansatzweise in der beruflichen Erstrehabilitation. Vom Rehabilitanden selbst wird Fleiß, Mitarbeit und ein Sich-Einfügen in das Bildungskonzept erwartet.

Teilhabeplanung in dieser Phase bedeutet die Vermittlung von höchstmöglichen Qualifikationen bei Berücksichtigung behinderungsbedingter Einschränkungen. Der Mensch mit einer Behinderung oder drohenden Behinderung gilt als Objekt „staatlicher Fürsorge“.

3.3.2. Phase der „Rehabedarfsermittlung“ etwa 1996–2001

Diese Phase beginnt im Jahre 1996 mit der Verabschiedung des Arbeitsförderungsreformgesetzes (AFRG), das in das ab 1.1.1998 gültigen Sozialgesetzbuch III führt. Hier wird festgelegt, dass nicht jeder Mensch mit Behinderung quasi automatisch eine berufliche Reha-Leistung erhält. Stattdessen ist abzuwägen, ob nicht „allgemeine Leistungen“ der Arbeitsverwaltung ausreichen, um eine berufliche Eingliederung zu erreichen.

Ende des Jahres 1996 wird vom Bundestag das Arbeitsförderungsreformgesetz beschlossen, das ab 1.1.1998 als drittes Buch in das Sozialgesetzbuch eingeht. Mit diesem Gesetz wird die Zielsetzung des AFG neu definiert. Statt des Erhalts eines hohen Beschäftigungsstandes (§ 1 AFG) dienen Leistungen nunmehr dem Ausgleich auf dem Arbeitsmarkt. Es werden allgemeine Leistungen an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Einrichtungen gewährt. Besondere Leistungen stehen z. T. mit Rechtsanspruch für Behinderte dort zur Verfügung, wo die allgemeinen Leistungen nicht ausreichen [AFRG]

In den ersten drei Monaten der Gültigkeit dieses Gesetzes, 1.1.1997–31.3.1997 ist der Rechtsanspruch auf besondere Leistungen sogar an die Anerkennung als Schwerbehinderter i. S. des Schwerbehindertengesetzes [SchwbG] gebunden. Diese Regelung wird aber nach massiven Protesten der Fach- und Behindertenver-

bände, insbesondere des Verbandes LERNEN FÖRDERN-Bundesverband zur Förderung Lernbehinderter e. V., bereits nach drei Monaten wieder aufgehoben.

Die neue gesetzliche Regelung hat konsequenterweise einen Einfluss auf die Auswahl des Lernortes und der Maßnahme. Die Bewilligung von Leistungen ist durch den individuellen beruflichen Rehabilitationsbedarf des Menschen mit Behinderung bestimmt. Das Förderkonzept zielt auf den Ausgleich eines Reha-Bedarfs, der im Wesentlichen defizitorientiert bestimmt wird [Schäfer 1999].

Vom Rehabilitanden wird Einwilligung und seine Mitwirkung am Rehabilitationsprozess erwartet. Das Förderkonzept bekommt zunehmend einen „ganzheitlichen“ Anspruch nach dem Motto: Berufliche Rehabilitation kann nur erfolgreich sein, wenn sie die Lebenswelt des Rehabilitanden und seine psychosoziale Bedingungen einbezieht. In ihren Positionspapieren betonen die Arbeitsgemeinschaften der Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke den „ganzheitlichen Förderauftrag“ [ARGE BFW und BAG BBW o. J. 2000, S. 2].

Berufsbildungswerke, aber auch andere Einrichtungen der Rehabilitation beginnen nun intensiver den Übergang an der „zweiten Schwelle“, dem Übergang von der Maßnahme in die Berufstätigkeit zu unterstützen. Denn die Situation auf dem Arbeitsmarkt macht es zunehmend schwieriger, die Absolventen in den allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern. Zum Teil wurden gesetzliche Grundlagen geschaffen, Übergangshilfen finanziell aus SGB III Mitteln (§ 246 SGB III) oder der Ausgleichsabgabe abzusichern.

Teilhabeplanung in dieser Phase beinhaltet die Ermittlung eines individuellen Rehabilitationsbedarfs, der, wenn möglich, mit allen Hilfen zu kompensieren ist [Schopf et al. 1999]. Das Bild des Rehabilitanden ist an der Defizitbeschreibung und den Kompensationsmöglichkeiten, gelegentlich an der Berücksichtigung seiner Ressourcen, orientiert [Schopf 1998].

3.3.3. Phase „Zielsetzung der Teilhabe und Integrationsorientierung“ ab 2001

Der derzeitige Umbruch in den Förderkonzepten ist eine Folge der Umsetzung des neunten Sozialgesetzbuches. Dieses bestimmt den Menschen mit Behinderung zum „Herrn des Rehabilitationsgeschehens“. Vom Grundgedanken des SGB IX können Leistungen zur Teilhabe als finanzielle Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets bewilligt werden, die sich der behinderte Mensch auf einem „Markt“ einkauft. „Selbstbestimmte Teilhabe“ bedeutet andererseits, dass der/die Rehabilitand/in aktiv in die Rehabilitation unter Beachtung der Zielsetzung der Teilhabe einbezogen wird. Berufliche Reha-Leistungen, oder in der neuen Diktion, „Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben“ fordern nicht nur seine Mitwirkung, sondern seinen „aktiven“ Einsatz für das Teilhabeziel. In den berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen der Arbeitsverwaltung ist beispielsweise ausdrücklich eine Aktivierungsphase vorgesehen.

Bildungskonzepte der Leistungserbringer verändern sich im Sinne der stärkeren Einbindung und Verantwortlichkeit für das Integrationsziel. Selbstlernen, Selbstorganisation, Übernahme von Eigenverantwortung für den Erfolg der Teilhabeleistung stehen nun im Vordergrund. Stärker als bisher wird der Erfolg von Maßnahmen an der dauerhaften Eingliederung ins Arbeitsleben gemessen. Dem langjährigen Grundsatz in der beruflichen Rehabilitation in Deutschland, nämlich „Integration durch möglichst gute Qualifikation“ wird von Leistungsträgern ein Konzept von Maßnahmen mit schneller Arbeitsmarkteingliederung entgegen gestellt. „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]

Teilhabeplanung bekommt die Funktion der Steuerung eines offenen Prozesses, der die Rehabilitanden aktiv einbindet und die Maßnahme nach dem voraussichtlichen Erfolg bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt bewertet. Das Assessment zu Beginn einer Maßnahme wird eine Eingliederungsprognose erbringen

müssen, die maßgeblich für die weitere Bewilligung von Leistungen sein wird. „Diesem Paradigmenwandel müssen sich Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zunehmend stellen.“ [Baumgartner & Schopf 2005, S. 304]

3.4. Diskussion: Entwicklung der beruflichen Rehabilitation in Deutschland

Berufliche Rehabilitation ist nicht erst als Instrument bundesdeutscher Sozialpolitik für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen entstanden. Bereits im deutschen Reich wurden erste Ansätze entwickelt. Diese wurden dadurch möglich, dass Veränderungen des gesellschaftlich attribuierten Menschenbildes von Menschen mit Behinderungen stattfanden.

Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts war das Bild von Behinderten geprägt durch das Gebot christlicher Nächstenliebe gegenüber Schwachen und Krüppeln. Behinderte unterlagen der Fürsorge der meist kirchlichen Institutionen. Gleichzeitig wurden sie aus dem Alltag entfernt und in eigenständigen „Fürsorgeeinrichtungen“ oder Armen- und Siechenhäusern „versorgt“.

Die Hilfsschulbewegung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hat die grundsätzliche Bildungsfähigkeit von bestimmten Teilgruppen unter den Menschen mit Behinderungen bewiesen und bewirkt, dass die Hilfsschulen im ganzen deutschen Reich relativ großzügig ausgebaut wurden. Der Teilgruppe gehörten im wesentlichen „Blöd- und Schwachsinnige“ an, eine Gruppe, die in der bundesdeutschen Sonderpädagogik bis in die neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts mit lernbehindert beschrieben wurde, sowie Menschen mit leichten Körperbehinderungen oder Sinnesschädigungen. Bildungsziele waren neben der Vermittlung von Kulturtechniken die Vermittlung einer Erwerbsbefähigung. Mit Erfolg konnte ein Großteil der Hilfschüler/innen in den Arbeitsmarkt integriert werden. Neben idealistischen und humanistischen Zielen wurde das Motiv verfolgt, durch Erwerbsfähigkeit die Abhängigkeit von dauerhaften staatlichen Subsidien zu verhindern und vor Delinquenz oder „sittlichem Verfall“ zu bewahren.

Der Ausbau der „Krüppelhilfe“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts berief sich erstmals auf einen „sozialbiologischen“ [Biesalski 1909] Ansatz in der Definition von Behinderung. Die Fortschritte der orthopädischen Medizin, neue Operationsmethoden und Prothetik schufen Kompensationsmöglichkeiten für körperliche Einschränkungen. Die Vermittlung von beruflichen Qualifikationen veränderte die Rolle des „Krüppels“, der durch die medizinische und berufliche Rehabilitation vom Almosenempfänger zum „Steuerzahler“ werden sollte. Im Jahr 1920 gab es in Preußen die erste Gesetzgebung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, nämlich das Recht auf Vermittlung von „Erwerbsbefähigung“. [*Preußisches Gesetz Krüppelfürsorge 1920*].

Das Menschenbild des Nationalsozialismus beurteilte Menschen mit Behinderungen als „lebensunwertes“ Leben und führte zu tausendfacher Tötung und Zwangssterilisierung im Dienste der „Rassenhygiene“. Berufliche oder gesellschaftliche Rehabilitation ist unter diesen Voraussetzungen nicht vorgesehen.

Die berufliche und gesellschaftliche Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen in der bundesdeutschen Geschichte kann in drei Phasen betrachtet werden. Bis in die achtziger Jahre war sie im wesentlichen durch den Fürsorgegedanken bestimmt. Behinderte Menschen sind Objekt staatlicher oder privater Fürsorge. Erst zu Beginn der siebziger Jahre wurden mit umfangreichen Mitteln die Rehabilitationseinrichtungen ausgebaut. Berufliche Rehabilitation wurde in den Leistungsgesetzen der Träger verankert. Die zweite Phase ist bestimmt durch den Kompensationsgedanken. Durch Leistungen der beruflichen Rehabilitation sollen behinderungsbedingte Nachteile ausgeglichen werden, um eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen.

Die dritte und aktuelle Phase beginnt mit dem Sozialgesetzbuch IX im Jahre 2001. Zugrunde gelegt wird das bio-psycho-soziale Menschenbild der Weltgesundheitsorganisation. Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen und eine dauerhafte Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten wird zum Ziel der Leistungen bestimmt.

Traditionell werden in Deutschland berufliche Rehabilitationsleistungen, die eine berufliche Qualifikation vermitteln, fast ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen der Netzwerkplanung, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke, in Werkstätten für behinderte Menschen und in sonstigen wohnortnahen Rehabilitationseinrichtungen, in geringerem Maß auch bei allgemeinen Bildungsträgern, erbracht. Während in der schulischen Rehabilitation inzwischen über 10% der Schüler und Schülerinnen mit Behinderungen nicht mehr in Sonder- oder Förderschulen, sondern gemeinsam mit nichtbehinderten unterrichtet werden (Inklusion), haben inklusive Formen in der beruflichen Rehabilitation nur marginale Bedeutung.

Wenn man die Geschichte der Rehabilitation als Prozess der gesellschaftlichen Emanzipation von Menschen mit Behinderungen betrachtet, so hat erst das Sozialgesetzbuch IX im Jahre 2001 mit dem Postulat der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe die volle Emanzipation von Menschen mit Behinderungen festgeschrieben. Wichtige Elemente auf diesem langen Weg waren Bildung, berufliche Eingliederung und gesetzliche Regelungen, insbesondere das Sozialstaatsgebot und das Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes.

4. Entwicklung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

4.1. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im SGB IX

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 behindertengerechten Arbeitsplatzes in einem anderen Betrieb, Bewerbe-, Reise- Umzugskosten, Arbeitsausrüstung, 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, Verdienstausschlag, Arbeitsassistent, Hilfsmittel, Wohnung, Lehrgangskosten, Unterkunft -siehe oben-)

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 des Integrationsfachdienstes.

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 analog zum IX. Sozialgesetzbuch geregelt.

4.2. Exkurs: Die Datenlage bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

An dieser Stelle sei auf die großen Schwierigkeiten hingewiesen, Daten der Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten oder diese sekundäranalytisch aufzubereiten. Die einzelnen Träger veröffentlichen zwar Statistiken über die Haushaltsansätze, Eintritte, Bestände, Austritte aus Maßnahmen sowie die bewilligten Maßnahmen. Keiner der Träger veröffentlicht die Daten jedoch so, dass sie mit den Daten anderer Träger strukturkongruent vergleichbar wären. So liegen aus dem Bereich der Rentenversicherung und Unfallversicherung keine

veröffentlichten Statistiken vor, welche Lernorte für Leistungen ausgewählt wurden. In der Bundesagentur, die der zahlenmäßig größte Träger ist, werden trotz aller Fortschritte in der Datenverarbeitung die veröffentlichten Daten immer redundanter. In den neunziger Jahren ließ sich mit Erfahrung und geschickten Kombinationen der Verbleib einer Teilgruppe in etwa nachvollziehen. Dies ist heute nicht mehr möglich [vgl. Zelfel 1999, Faßmann 2003].

Ein weiteres Problem stellt die Zugänglichkeit bei erfassten, aber nicht veröffentlichten Zahlen dar. Sowohl in der Rentenversicherung als auch in der Unfallversicherung werden intern die Lernorte, an denen eine Qualifizierungsmaßnahme stattfindet, erfasst. Diese Daten werden aber nicht veröffentlicht und wurden auf Anfrage weder für das IQPR Forschungsprojekt Teilhabe am Arbeitsleben⁹ noch für die Analyse im Rahmen dieser Arbeit zur Verfügung gestellt.

Für jede Forschung, die sekundäranalytisch sozialpolitische Veränderungen anhand statistischer Daten überprüfen will, ist das statistische Bundesamt in der Regel eine Quelle für Daten, die anders nicht zu erhalten sind. Die dort veröffentlichten Daten sind allerdings zu undifferenziert, um sie im Rahmen dieser Untersuchungen verwenden zu können.

Nach Ansicht des Verfassers lassen sich an den statistischen Daten, vor allem an Zeitreihen, Änderungen in der Bewilligungspraxis ablesen. Statistische Daten sind derzeit jedoch der einzige Zugang, um die Bewilligungspraxis der Träger zu evaluieren, da Auswahl- und Entscheidungsprozesse bei den Trägern nicht öffentlich zugänglich sind. Dies sei an drei Beispielen verdeutlicht:

Seit der Einführung des SGB III im Jahre 1997 gibt es für berufliche Rehabilitationsmaßnahmen einen Vorrang allgemeiner, d. h. auch für Nichtbehinderte vorgesehener Maßnahmen, vor besonderen Maßnahmen, die ausschließlich für Menschen mit Behinderungen geleistet werden (§ 97 SGB III). Kritiker verdächtigen den Leistungsträger Bundesagentur für Arbeit, die Zahl besonderer Leistungen

⁹ IQPR-Forschungsprojekt Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (Teilhabeprojekt), Laufzeit 01.06.2004–31.12.2006. Der Verf. war Mitarbeiter in diesem Projekt und für den Bereich Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verantwortlich.

möglichst klein zu halten. Umgekehrt könnte die Zunahme allgemeiner zu Lasten besonderer Leistungen wohlwollend als die Umsetzung des Normalitätsprinzips „so normal wie möglich, so besonders wie nötig“ angesehen werden. Aus den veröffentlichten Zahlen lässt sich jedoch keine Bewilligungspraxis evaluieren.

Ein anderes Beispiel betrifft die Auswahl des Lernortes für Qualifizierungsmaßnahmen bei den beiden großen Trägern von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Während die Bundesagentur für Arbeit die Leistungserbringer benennt, beispielsweise Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke, sonstige Rehaträger usw., unterscheidet die Rentenversicherung zwischen Maßnahmen ohne, mit partiellen oder umfassenden rehabilitativen Hilfen, ohne dass Letztere näher definiert werden. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die statistischen Erhebungen in den vormals 26 Landesversicherungsanstalten (LVA) unterschiedlich gehandhabt wurden und deshalb die an den vormaligen Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) gelieferten Daten nur in den veröffentlichten Grunddaten vergleichbar sind.

Als letztes Beispiel sei die Erfassung der Maßnahmeart „Berufsfindung“ bei der gewerblichen Unfallversicherung dargestellt. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) erfasst diese erst seit dem Jahr 2004 in getrennter Form, obwohl diese Maßnahme seit Beginn der beruflichen Rehabilitation in der Bundesrepublik durchgeführt wird.

Die unzureichende Datenlage erscheint angesichts eines Gesamtvolumens von ca. 4,4 Mrd. Euro (2005) für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und heutiger Möglichkeiten der Datenverarbeitung unbefriedigend.

4.3. Trägerübergreifende Daten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Obwohl sich der Hauptaugenmerk in der beruflichen Rehabilitation 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.

Abs. 3 Nr.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2004 §33 SGB IX	AV	RV	UV	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 2: Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der drei großen Träger der Rehabilitation im Jahr 2004 [BA 2005, VDR 2005, HVBG 2005]

Die Daten wurden vom Verfasser aus den verschiedenen Quellen mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Mangels Zugang konnten die vermutlich relativ geringen Zahlen der öffentlichen Unfallversicherung und der Kriegsopferversorgung sowie Leistungen von privaten Versicherern im Rahmen von Schadensersatz nicht berücksichtigt werden. Zur Verifizierung und Plausibilitätsprüfung wurde z. T. ohne Erfolg eine umfangreiche Literaturrecherche unternommen. So wurden u. a. die

verschiedenen Berichte der Bundesregierungen zur Lage der Behinderten seit 1970 ausgewertet. Der Verfasser wagt hier die These, dass es offensichtlich unzureichend bekannt ist, wie viele Leistungen zu einem gesetzten Zeitpunkt t_x erbracht werden und wie hoch die Zahl der Rehabilitanden/innen insgesamt ist. Wegen der unterschiedlichen Laufzeiten der Maßnahmen lassen sie sich auch nicht aus den obigen Zahlen ableiten.

Die folgende Grafik gibt eine Übersicht über die Leistungen im Jahre 2004 in kumulierter Form unterschieden nach den bedeutendsten Trägern Arbeitsverwaltung (AV), Rentenversicherung (RV), Unfallversicherung (UV):

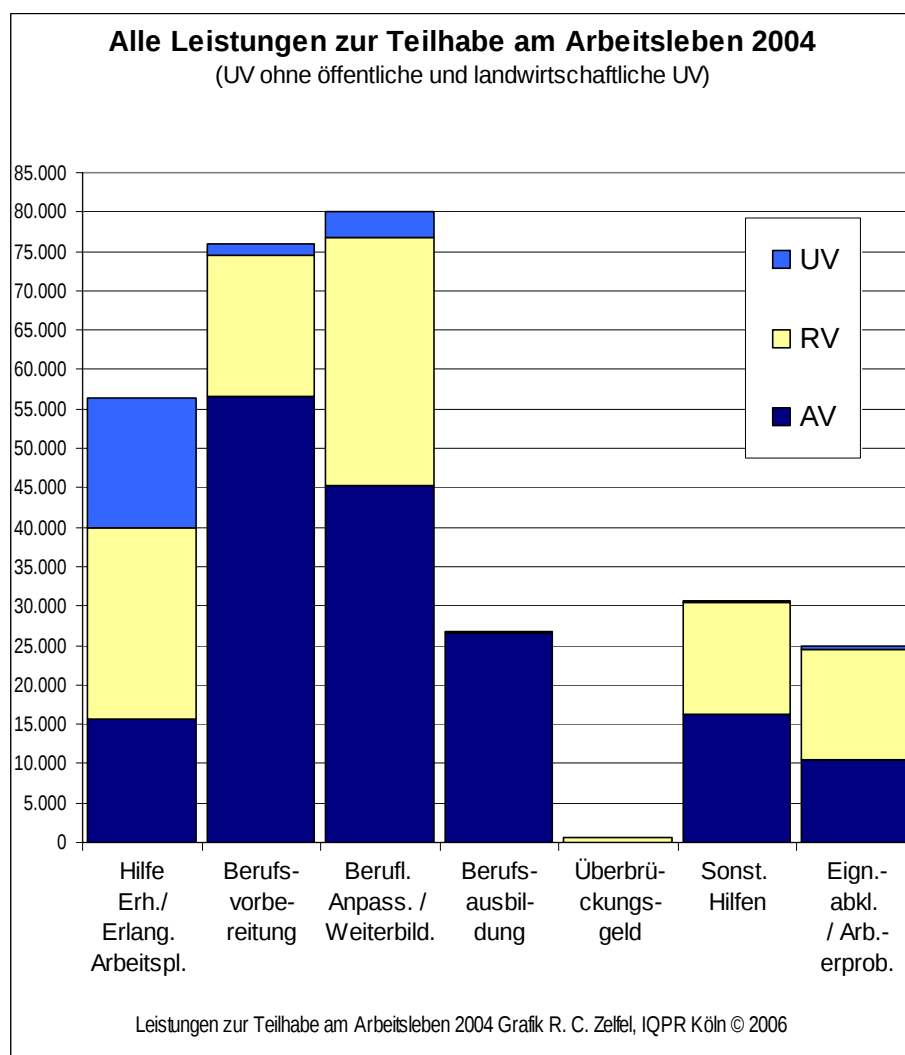


Abbildung 6: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der drei größten Träger der Rehabilitation im Jahr 2004 [a.a.O.]

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 Ersteingliederung¹⁰ gibt es Ausbildungsgänge, die bis zu dreieinhalb Jahren dauern können.

Der hohe Anteil berufsvorbereitender Maßnahmen ist auf die Ersteingliederung zurückzuführen. Jedoch zeigt sich in den Zahlen der Rentenversicherung, die 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.

Die Gesamtaufwendungen für Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben lagen im Jahr 2005 bei etwa 4,4 Milliarden Euro.

Träger	Mrd. €
Bundesagentur (SGB III)	2,5
Rentenversicherung	1,3
Unfallversicherung	0,2
Ausgleichsabgabe	0,4 *)
Summe	4,4
*) aus Statistik geschätzt (d. Verf.)	

Tabelle 3: Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2005 aller Träger [a. a. O., Berechnung d. V.]

¹⁰ 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.

Die aufgewandten Mittel entsprechen in etwa 0,2% des Bruttoinlandsproduktes. Um den Umfang abschätzen zu können, seien hier einige Vergleichszahlen aus dem Jahr 2004 genannt:

- Budget des Bundesministers für Familie, Senioren, Frauen und Jugend etwa gleiche Höhe
- 2,5-fache Haushaltssumme der Großstadt Köln
- etwa die Hälfte der Haushaltssumme der Stadt Hamburg

Bis zum Jahre 1999 wurden keine trägerübergreifenden Statistiken darüber veröffentlicht, in welchem Umfang die Leistungsträger Mittel für die Rehabilitation einsetzen. Es gibt jedoch seit 1999 eine, allerdings eher unscheinbare Quelle. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) veröffentlicht trägerübergreifende Zahlen als Anlage zu ihrem Geschäftsbericht und schreibt hierzu: „Im Vorfeld der Beratungen zu einem SGB IX ist an die BAR wiederholt die Bitte herangetragen worden, aufzulisten, wie hoch die Ausgaben für medizinische, berufliche und soziale Rehabilitationsleistungen der einzelnen Sozialleistungsträger in den letzten drei Jahren waren und diese in einer vergleichenden Darstellung zusammenzustellen. Eine ähnliche Darstellung gibt es bislang nicht. Von daher wird die BAR auch in Zukunft entsprechend aktuelle Statistiken der Ausgaben für Rehabilitationsleistungen erstellen.“ [BAR Geschäftsbericht 1999, S. 24]

Die folgende Tabelle ist aus den Geschäftsberichten der BAR zusammengestellt:

Aufwendungen für Rehabilitation in Mio €	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
			DM/€=	1,95583						
Krankenversicherung	12.123	11.213	8.711	9.101	2.656	2.674	2.608	2.541	2.430	2.437
Rentenversicherung	5.455	4.167	4.088	4.115	4.553	4.782	5.019	5.091	4.933	4.782
Altersicherung der Landwirte	n. b.	n. b.	n. b.	n. b.	27	25	23	23	20	19
Unfallversicherung	2.413	2.459	3.291	3.344	3.368	3.375	3.487	3.460	3.430	3.394
Bundesagentur	2.347	2.311	2.004	2.301	2.468	2.640	2.786	2.965	2.940	2.641
Integrationsämter Hauptfürsorgestellen	201	200	352	341	313	331	342	370	397	461
Sozialhilfe (Eingliederungshilfe)	7.061	7.536	7.949	8.522	9.113	9.764	10.185	10.930	11.487	11.292
Summe	29.601	27.886	26.395	27.723	22.498	23.591	24.450	25.380	25.637	25.026

Aufwendungen Rehabilitation, Tabelle R. C. Zelfel, 2007, Quelle: BAR Geschäftsberichte 1999-2005

Tabelle 4: BAR Ermittlung der Gesamtaufwendungen für Rehabilitation

Die Zahlenreihen wurden aus den seit 1999 in den Geschäftsberichten der BAR veröffentlichten Daten zusammengestellt [1998-2006]. Ihre Qualität ist aber erst ab dem Jahr 2000 befriedigend, denn vor allem die Krankenkassenzahlen sind nach Ansicht des Verfassers für die Jahre 1996 bis 1999 in ihrer Höhe nicht plausibel. Zwar hat es in den Jahren Änderungen im Gesundheitswesen gegeben. So sind beispielsweise die Regelungen für „Kuren“ geändert worden. Insgesamt ist der Verlauf bis zum Jahre 1999 jedoch nicht schlüssig. Darüber hinaus gibt es bei den veröffentlichten Zahlen auch innerhalb der Publikationen unterschiedliche Werte.

Betrachtet man die Zahlen ab dem Jahr 2000, so hat sich eine Steigerung von 2,5 Milliarden Euro ergeben, die erstmals im Jahr 2005 rückläufig war.

Probleme der Datengüte ergeben sich auch bei der Auswertung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. Zum Teil sind diese Daten vor dem Jahr 2000 nicht differenziert ausgewiesen. Die folgende Tabelle weist deshalb Lücken auf:

Aufwendungen für berufliche Rehabilitation <i>in Mio €</i>	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
			DM/€= 1,9558							
Rentenversicherung	910	915	829	777	836	954	1.113	1.240	1.288	1.233
Altersicherung der Landwirte 1), 2)	n. b.	n. b.	n. b.	n. b.	27	25	23	23	20	19
Unfallversicherung	n. b.	n. b.	311	289	278	273	299	317	297	254
Bundesagentur	2.347	2.311	2.004	2.301	2.468	2.640	2.786	2.965	2.940	2.641
Integrationsämter Hauptfürsorgestellen	n. b.	n. b.	244	239	225	251	274	292	321	347
Sozialhilfe (berufl. Leistungen)	n. b.	n. b.	6.254	6.765						
Hilfen zu Berufsausb.					112	132	182	205	214	240
Besch. in WfbM					3.946	4.275	4.677	5.042	5.080	4.734
Summe			9.642	10.371	7.892	8.550	9.354	10.084	10.160	9.468

Aufwendungen berufl. Rehabilitation Tabelle R. C. Zelfel, 2007, Quelle: BAR Geschäftsb. 1999-2005

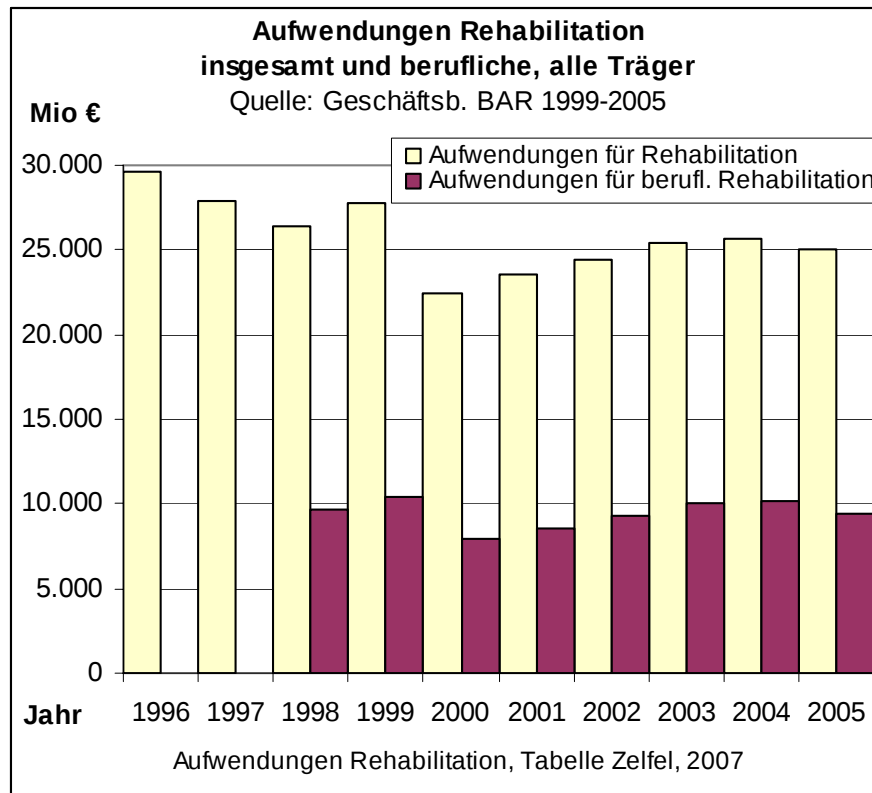
1) n. b. = nicht bekannt

2) Gesamtleistung Rehabilitation

Tabelle 5: BAR Ermittlung Gesamtaufwendungen für berufliche Rehabilitation

Legt man die Zahlen aus dem Jahr 2000 zugrunde, so ergibt sich im Zeitraum bis 2005 eine Steigerung um fast 20%, etwa 1,5 Milliarden Euro. Da sich die gesamten Ausgaben der Rehabilitation im gleichen Zeitraum nur um 11%, absolut ca. 2,5 Milliarden Euro, erhöht haben, hat eine Verschiebung der eingesetzten Mittel

zugunsten der beruflichen Rehabilitationsleistungen stattgefunden. Die grafische Darstellung zeigt die Veränderungen:



*Abbildung 7: Zeitreihe der Aufwendungen für Rehabilitation
[BAR Geschäftsberichte 1998-2005]*

Die Aufwendungen für berufliche Rehabilitation aller Träger liegen in den letzten vier Jahren zwischen neun und zehn Milliarden Euro per annum.

Allerdings ist der in absoluten Zahlen der Betrag enthalten, den die überörtlichen Sozialhilfeträger dauerhaft für den Betrieb der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) aufwenden. Er beträgt jährlich etwa vier bis fünf Milliarden Euro. Diese Leistung unterscheidet sich aber deutlich von anderen beruflichen Rehabilitationsleistungen, die bis auf geringe Ausnahmen einer zeitlichen Befristung unterliegen.

Berücksichtigt man die genannten Leistungen für die WfbM nicht, so ergeben sich im Sieben-Jahreszeitraum Steigerungen von etwa 40%, wobei die Bundesagentur eine geringere Steigerungsrate von 32% aufweist, während die Rentenversiche-

rung fast 49% erreicht. Die Leistungen der Unfallversicherung in diesem Bereich sind rückläufig.

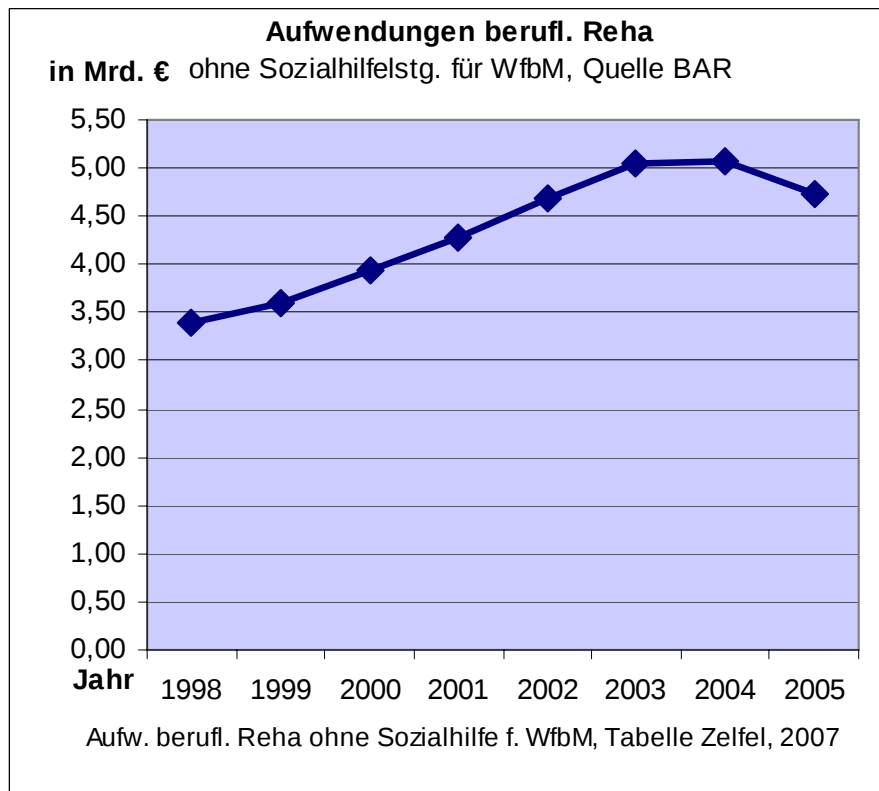


Abbildung 8: Zeitreihe Aufwendungen für berufliche Rehabilitation ohne Leistungen der Sozialhilfeträger für den Betrieb von WfbM [BAR Geschäftsberichte 1998-2005]

Insgesamt haben sich die Aufwendungen auf etwa 4,5 Milliarden Euro eingependelt. Aus den Schwankungen der Aufwendungen lässt sich nicht ermitteln, ob diesen eine veränderte Bewilligungspraxis zu Grunde liegt. Hierzu bedürfte es einer begleitenden qualifizierten Darstellung der Teilnehmerzahlen und der Nachweis der Zuordnung von Maßnahmen.

Für die Interpretation bieten sich verschiedene Hypothesen an:

- Da der allgemeine Arbeitsmarkt keine Qualifizierungschancen für Menschen mit Behinderungen bietet, müssen relativ teure Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen ausgewählt werden.

- Die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wird gegenüber einer Verrentung bevorzugt. Es werden mehr Mittel für die Wiederherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben eingesetzt.
- Maßnahmen zum Erhalt oder zur Anpassung eines Arbeitsplatzes an behinderungsbedingte Einschränkungen greifen auf einem Arbeitsmarkt mit über vier Millionen Arbeitslosen nicht ausreichend, oder sie sind aufwändiger geworden.
- Rehabilitanden nehmen stärker als bisher Chancen einer neuen beruflichen Qualifikation wahr.

Es kann derzeit nur spekuliert werden, was letztendlich die Schwankungen und Steigerungen beeinflusst. Seitens der Rehabilitationsträger liegen keine Erläuterungen vor.

Im Folgenden sollen nun Daten der beiden großen Leistungsträger untersucht werden.

4.3.1. Auswertung und Analyse der Daten der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung ist neben der Bundesagentur der größte Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese werden nach dem Grundprinzip des deutschen Rehabilitationsrechtes „Rehabilitation vor Rente“ erbracht.

Die Rentenversicherung wurde zum 1.10.2005 neu organisiert. Aus den vormaligen Landesversicherungsanstalten (LVA) und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte sowie der Bundesknappschaft, Bahnversicherung und Seekasse entstand die Deutsche Rentenversicherung mit zwei Bundesträgern und 16 Regionalträgern. Die frühere Unterscheidung zwischen Angestellten und Arbeitern wurde aufgehoben.

Für die Datenanalyse wurden zugrunde gelegt: Bewilligte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Aufwendungen der Rentenversicherung, Rehabilitandenzahlen, Rehabilitationsdiagnose, Leistungsarten. Die Daten werden im Internetportal der Deutschen Rentenversicherung bzw. im Vorgängerportal des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) bereitgestellt.

Die Anzahl der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Bereich der Rentenversicherung ist erst seit 2005 wieder sinkend. Im Zehnjahreszeitraum (1996–2005) ist sie um 67%, davon West 61% und Ost 84%, angewachsen. Im 15-Jahreszeitraum beträgt die Steigerung 280%, wobei davon nur 40% durch den Neuaufbau in den neuen Bundesländern zu erklären sind [Deutsche Rentenversicherung 2006a].

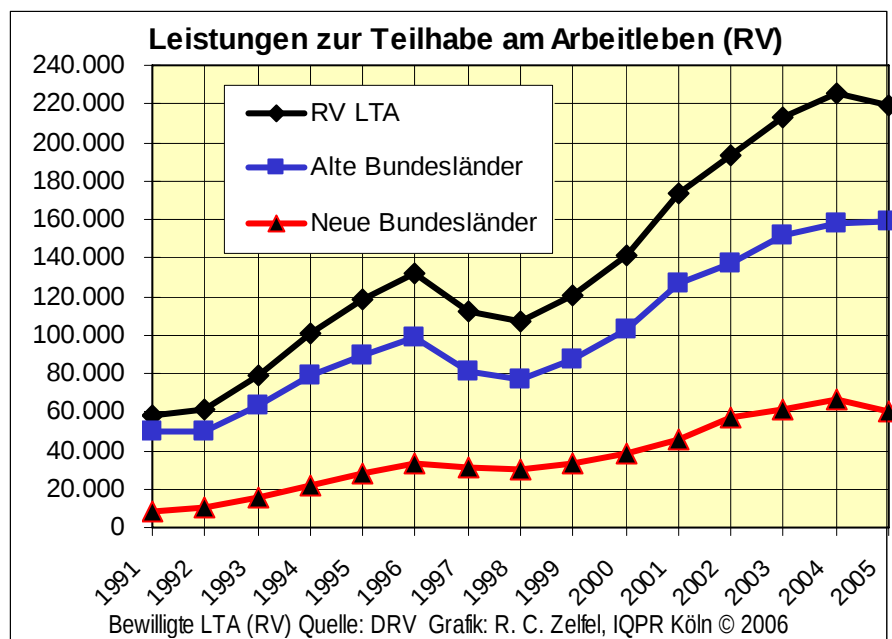


Abbildung 9: Entwicklung der LTA Bewilligungen in der Rentenversicherung

Die Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben sich ebenfalls stark erhöht. Für den letzten dokumentierten Zeitraum bis 2004 sind sie im Fünfjahreszeitraum um 150%, im Zehnjahreszeitraum um 350% gewachsen. Die Kosten für die medizinische Rehabilitation hingegen weisen zwar im Fünf-Jahres-Zeitraum eine Steigerung um 15% auf, im Zehn-Jahres-Zeitraum sind sie in etwa gleich geblieben. Die absoluten Zahlen für das Jahr 2003 liegen auf dem Niveau des Jahres 1992. [Deutsche Rentenversicherung 2006b]

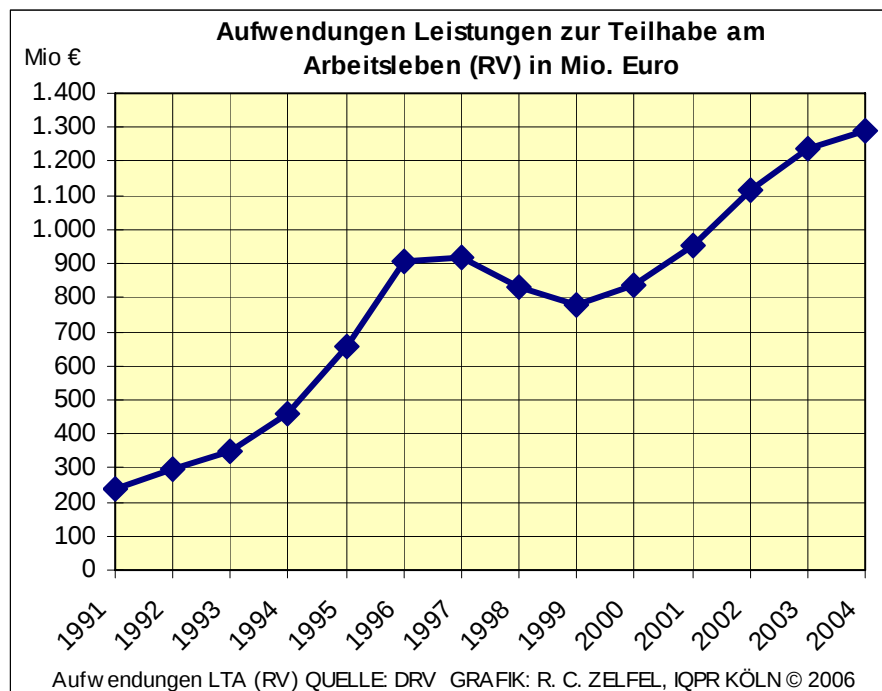


Abbildung 10: Kostenentwicklung für LTA in der Rentenversicherung

Ein ähnlicher Steigerungsverlauf wie bei den Kosten ist bei der Entwicklung der Rehabilitandenzahlen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beobachten. Wesentliche Gründe, dass sich die Zahlen in den letzten 20 Jahren nahezu verdreifacht haben, finden sich in den jeweiligen gesetzlichen Änderungen der Sozialpolitik.

Zum einen ist hier der Grundsatz des deutschen Rehabilitationsrechts „Reha vor Rente“ zu nennen, der konsequent von den Sozialpolitikern der unterschiedlichen Bundesregierungen weiterentwickelt wurde (SGB IX § 8).

Zum anderen haben verschiedene Reformen der Rentenversicherung neue Versicherungsträgergruppen und Aufgaben in der beruflichen Rehabilitation zugeführt.

Mit Beginn des Jahres 2001 wurde die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente durch die „Rente wegen Erwerbsminderung“ ersetzt (§ 44 SGB IV). Für nach dem 1.1.1961 Geborene wurde die soziale Absicherung bei Berufsunfähigkeit erheblich eingeschränkt, so dass Erhalt und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit eine noch größere Bedeutung erhalten haben [IQPR PRVE 2004].

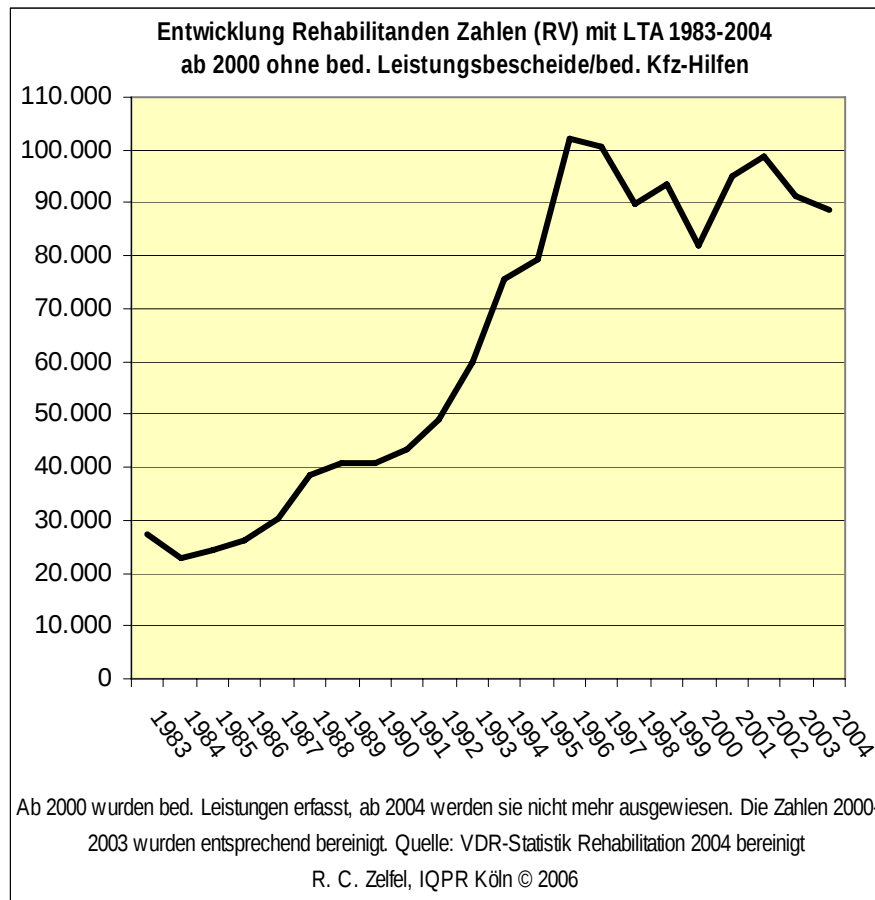


Abbildung 11: Entwicklung Rehabilitanden/innenzahlen in der Rentenversicherung

Aktuell sind die Zahlen der Rehabilitanden/innen leicht rückläufig [*Deutsche Rentenversicherung 2006c*]. Es ist, so wird von den Rehabilitationseinrichtungen berichtet, ein steigender Anteil an Menschen mit psychischen Krankheiten zu beobachten. Während andere Zielgruppen der Rehabilitation sich verringern, weist die Diagnosegruppe „psychische Krankheiten“ steigende Zahlen auf. Er-sichtlich wird dies in der folgenden Grafik, die aus der Statistik von drei großen Krankenkassen erstellt wurde [*DAK 2000-2006, Badura 2005, S. 275f., BKK 2004-2006*].

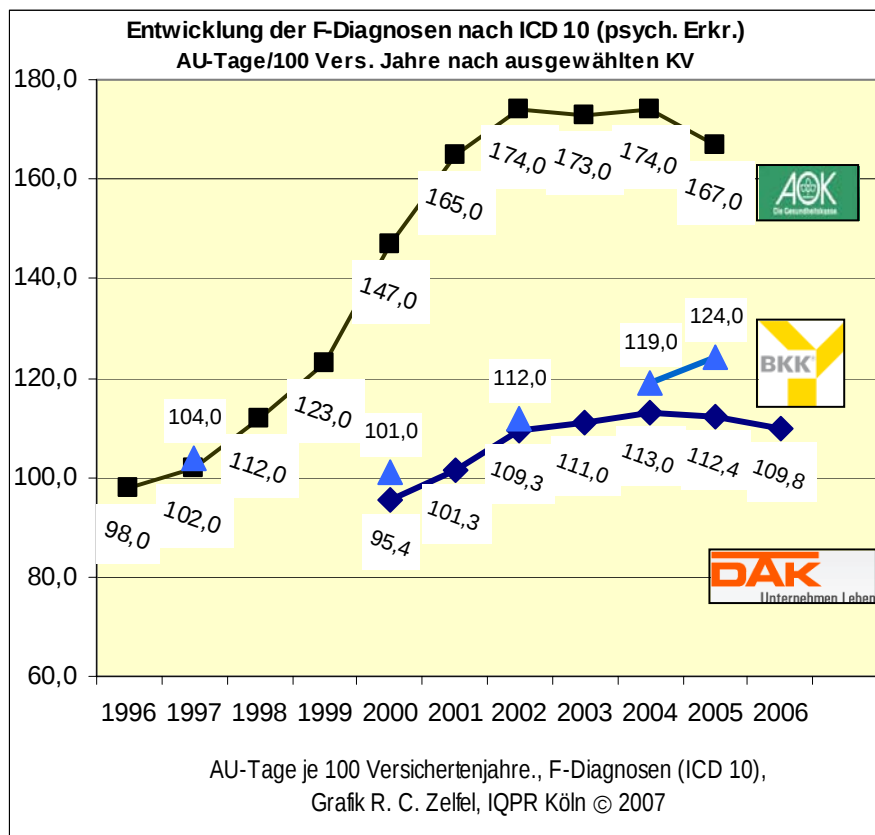


Abbildung 12: Entwicklung der psychischen Erkrankungen nach ausgewählten Krankenkassen

Gemessen werden Arbeitsunfähigkeitstage (AU) je 100 Versichertenjahre. Die Diagnosen erfolgen nach der International Classification of Diseases in der 10. Version (ICD-10), wobei mit „F-Diagnosen“ die Diagnosegruppe psychische Erkrankungen bezeichnet wird [DIMDI 2003].

Diese These kann mit aktuell veröffentlichten Zeitreihen der Deutschen Rentenversicherung gestützt werden.

Von 1993 bis zum Jahre 2005 haben sich die Anträge auf Rente wegen Erwerbsminderung um rund 40% von 269.178 auf 163.794 verringert. Die Anträge von Menschen aus der Diagnosegruppe psychische Krankheiten haben sich dagegen um 28% von 41.409 auf 52.977 gesteigert [Deutsche Rentenversicherung 2006d].

Noch deutlicher zeigt sich diese Entwicklung, wenn nur die Daten der alten Bundesländer für einen um zehn Jahre längeren Zeitraum von 1983 bis 2005 zugrunde gelegt werden. Die Rentenanträge wegen Erwerbsminderung haben um etwa 60%

abgenommen, die der Menschen mit psychischen Krankheiten um etwa 57% zugenommen. Jeder dritte Antrag wird heute in den alten Bundesländern mit einer psychischen Krankheit begründet, vor zweiundzwanzig Jahren war dies nur jeder elfte Antrag [*Deutsche Rentenversicherung 2006d*]. Obwohl die Rentenversicherung noch keine vergleichbaren Zeitreihen über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben veröffentlicht hat, ist anzunehmen, dass sich diese Gruppe zu einer der größeren Zielgruppen in der beruflichen Rehabilitation entwickelt.

Abgeschlossene LTA 2005	abs.	in %
insgesamt	110.329	100,0%
davon Muskeln, Bindegewebe	55.459	50,3%
davon psychische Erkrankung	13.093	11,9%
Quelle: DRV 2006		

*Tabelle 6: Abgeschlossene LTA RV nach ausgewählten Zielgruppen
[Deutsche Rentenversicherung 2005]*

Zum Abschluss dieses Kapitels soll die Art der Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben betrachtet werden. Einen Überblick über die Leistungsauswahl in der Rentenversicherung im Zeitablauf 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 könnten sich bei der Einzelanalyse der vormaligen Landesversicherungsanstalten, der Bundesversicherung für Angestellte und der Knappschaft andere Trends ergeben. Dennoch lässt sich ein steigender Trend bei den Instrumenten Weiterbildung/Ausbildung, Leistungen an Arbeitgeber und Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen erkennen [*Deutsche Rentenversicherung 2006e*].

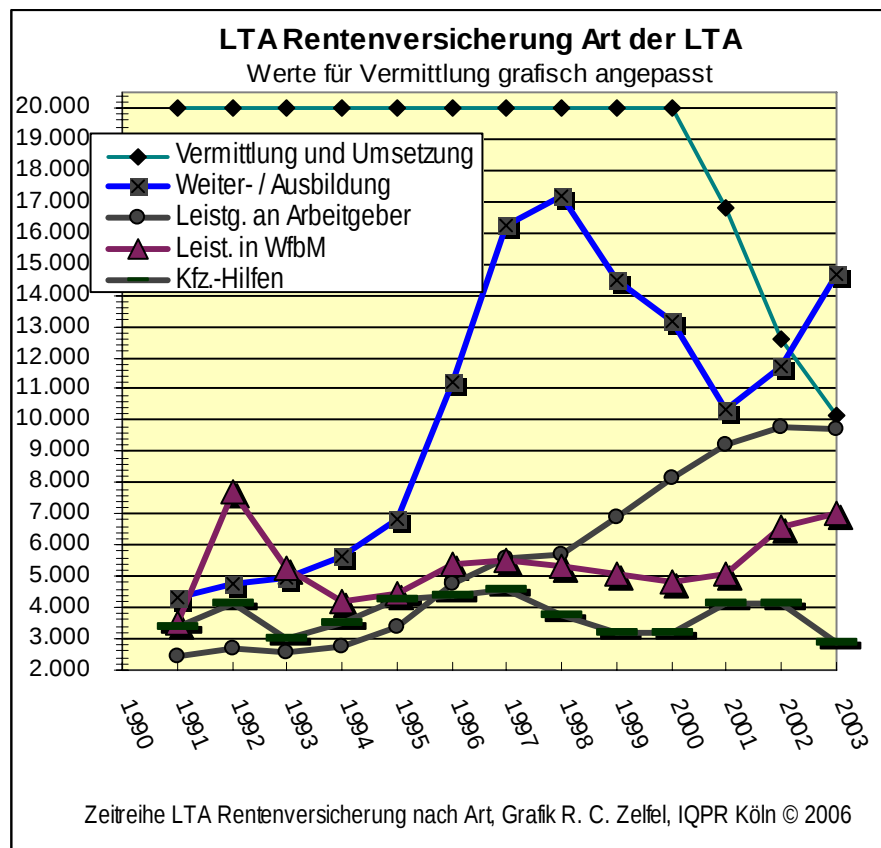


Abbildung 13: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben RV in den Jahren 1990-2003 [Deutsche Rentenversicherung 2006d]

4.3.2. Auswertung und Analyse der Daten der Bundesagentur für Arbeit

Im Bereich der Bundesagentur für Arbeit sind die Eintrittszahlen in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 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. Im Gegensatz zur Renten- und Unfallversicherung sind Rehabilitationsleistungen der Bundesagentur ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Die Zahlen der Eintritte in Leistungen bei der Bundesagentur sind in den letzten vier Jahren gesunken. Gegenüber dem Höchststand aus dem Jahr 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*. [Bundesagentur 2006a].

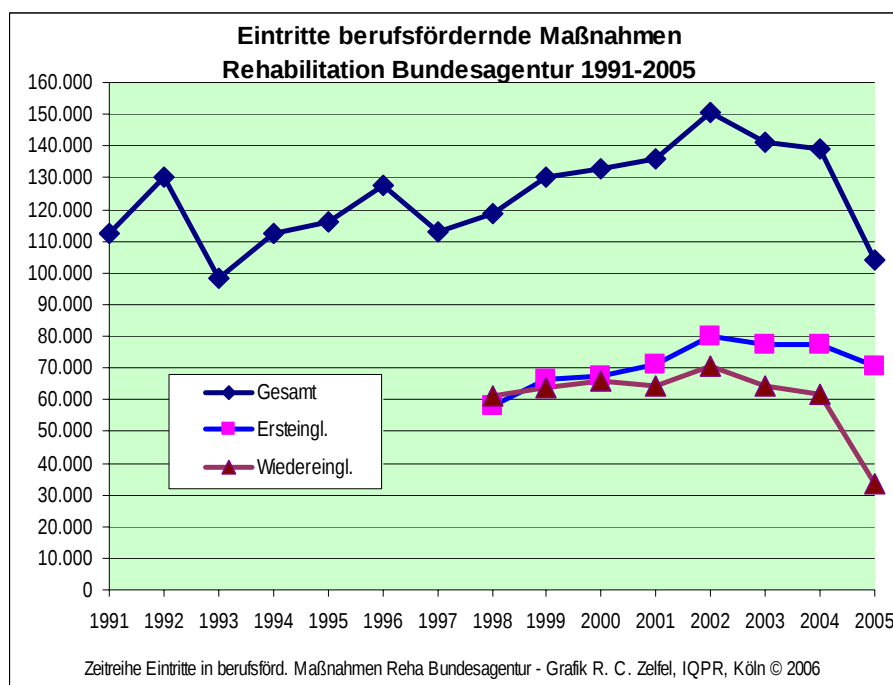


Abbildung 14: Zeitreihe Eintritte in berufliche Rehabilitation BA in den Jahren 1991–2005 [Bundesagentur 1996-2007]

4.3.2.1. Auswertung der Rückgänge in der Ersteingliederung

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 als behindert gilt und Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigt. Die Zahl der Förderschüler ohne Hauptschulabschluss hat sich beispielsweise in den letzten vier Jahren nur um etwa 1.500 verringert [KMK 2005]. 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“¹¹, erstellt von der Bundesagentur als inter-

¹¹ Nicht gleichzusetzen mit Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen! Anm. d. V.

nes Papier für die Erstrehabilitation im Jahr 2003 und mit aktuellen Zahlen vom Verfasser fortgeführt:

Jahr	Absolventen allgemeinbildender Schulen	Reha-Zugänge Ersteingl. Absolut	Anteil an Absolventen 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 7: Absolventenzahlen allgemeinbildender Schulen, Zugänge Rehabilitation BA

Unter den Absolventen allgemeinbildender Schulen werden von der Konferenz der Kultusminister (KMK) unter anderem die Abgänger von Förder-(Sonder-)schulen ebenso erfasst wie Schülerinnen und Schüler, die an allgemeinen Schulen sonderpädagogisch gefördert werden [KMK 2007]. Die Verknüpfung zweier unterschiedlicher Datenquellen wurde Ende der neunziger Jahre von der Berufsberatung für Behinderte in der Bundesanstalt entwickelt, um den Bedarf in der Ersteingliederung abschätzen zu können.

Bei den Zugängen sind drei große Gruppen von Schulabgängern zu verzeichnen: Junge Menschen mit geistigen Behinderungen, mit psychischen Behinderungen und mit Lernbehinderungen, wobei deren Anteil seit Jahren etwa 60 Prozent beträgt. Die übrigen Jugendlichen beispielsweise mit Körper- oder Sinnesbehinderungen sind in absoluten Zahlen gering. Maßgeblich für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist aber nicht der Besuch einer Förder-/Sonderschule, sondern die Notwendigkeit besonderer Hilfen nach § 19 SGB III [Bundesagentur DA 19.01, 2006a].

In den letzten zehn Jahren hat sich der prozentuale Anteil von Zugängen in der Rehabilitation an den Absolventenzahlen allgemeinbildender Schulen bei der Bundesagentur um etwa ein Drittel von 7,4% auf 4,9% im Jahr 2005 verringert [Bundesagentur 2006a]. Die folgende Grafik zeigt die Entwicklung:

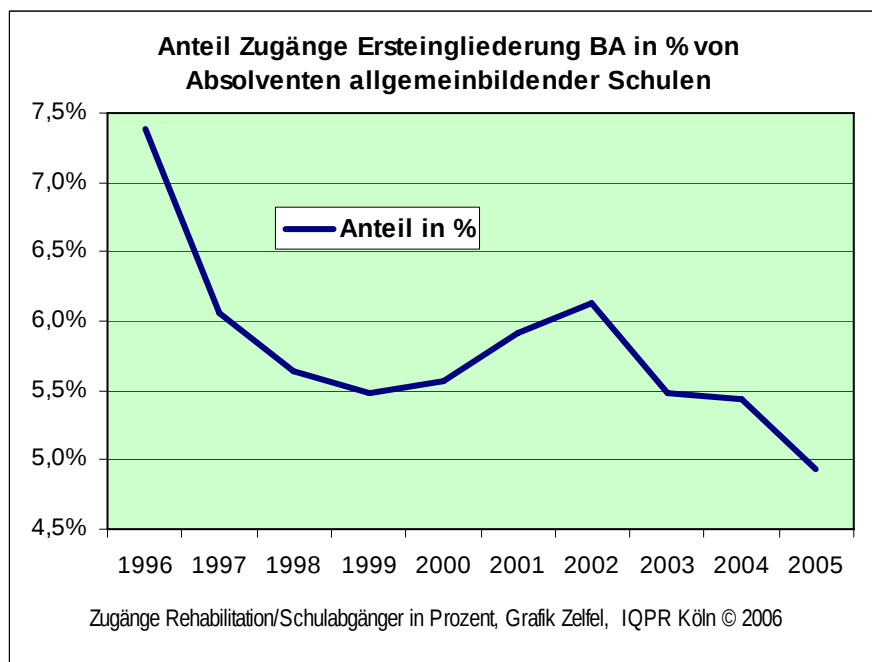


Abbildung 15: Prozentualer Anteil von Zugängen in der Rehabilitation an den Absolventenzahlen allgemeinbildender Schulen [Bundesagentur 2006a, KMK 2007]

4.3.2.2. Auswertung der Rückgänge in der Wiedereingliederung

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. Hierauf wird an anderer Stelle eingegangen.

4.3.2.3. Kostenentwicklung in der Bundesagentur

Bei den Ausgaben ergeben sich nicht so extreme 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 vermin-

dert. 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 [Bundesanstalt/Bundesagentur für Arbeit Haushalte 1998-2007]:

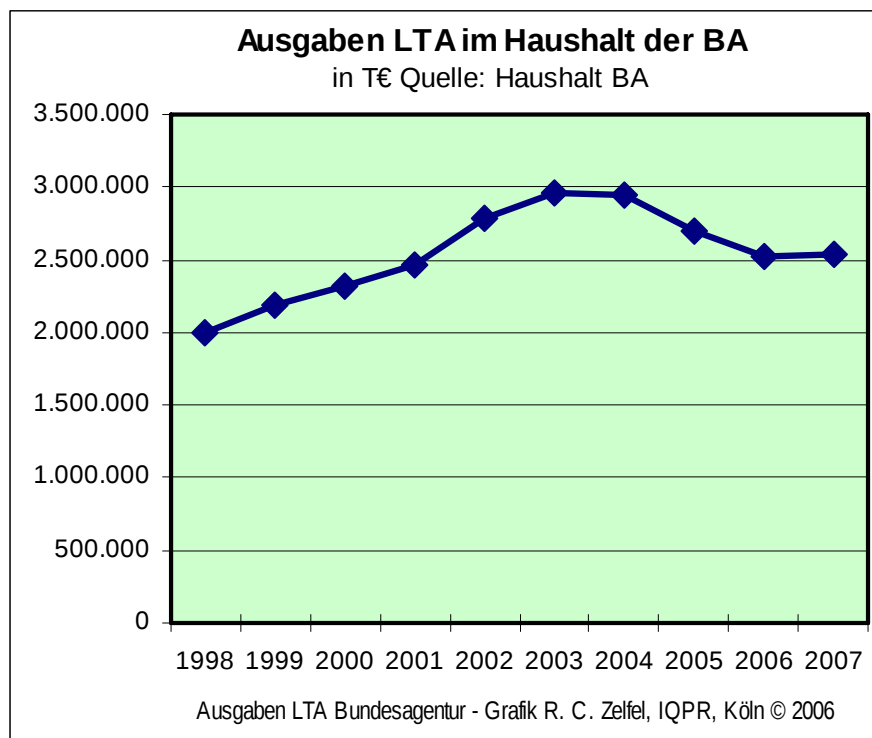


Abbildung 16: Entwicklung der Haushaltszahlen für LTA der BA in den Jahren 1998 - 2007 [BA Haushalte 1998-2007]

4.3.2.4. Veränderungen in der Leistungsauswahl der Bundesagentur

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 [Bundesagentur 2006b]. 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 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 8: Art und Anzahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen BA in den Jahren 1994–2005 [Datenquelle: BA ANBA 1994-2005]

Die Veränderungen in der Struktur 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 :

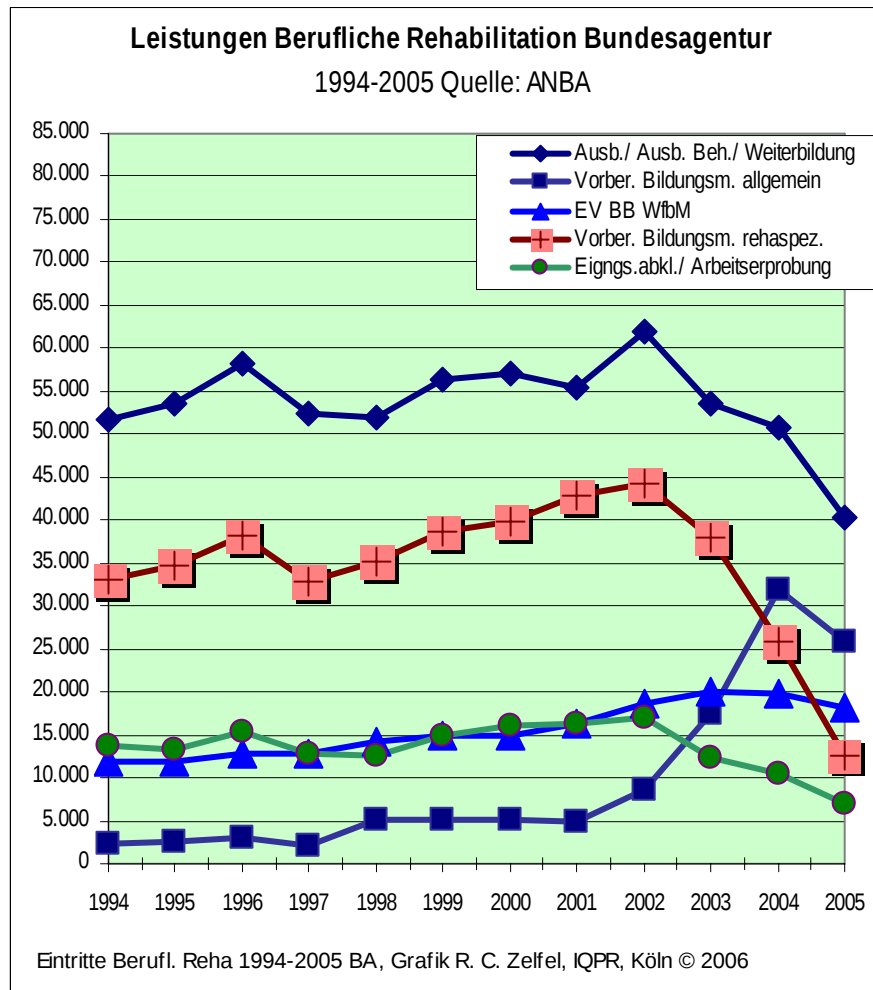


Abbildung 17: Zeitreihe Eintritte berufsfördernde Maßnahmen Reha BA 1994–2005 [a. a. O.]

Analog zu den sinkenden Rehabilitandenzahlen sinken die absoluten Zahlen der Eintritte in die Maßnahmen. Dies betrifft ganz besonders die Berufsausbildung nach §4 BbiG/§25 HwO 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 Eintritt in berufsfördernde Maßnahmen der Rehabilitation wird in der folgenden Grafik deutlicher. Diese Grafik gibt Prozentwerte und den Anteil der Maßnahmen wieder. Die Zahlen eines Jahres werden als 100 Prozent betrachtet und die Anteile entsprechend grafisch abgebildet.

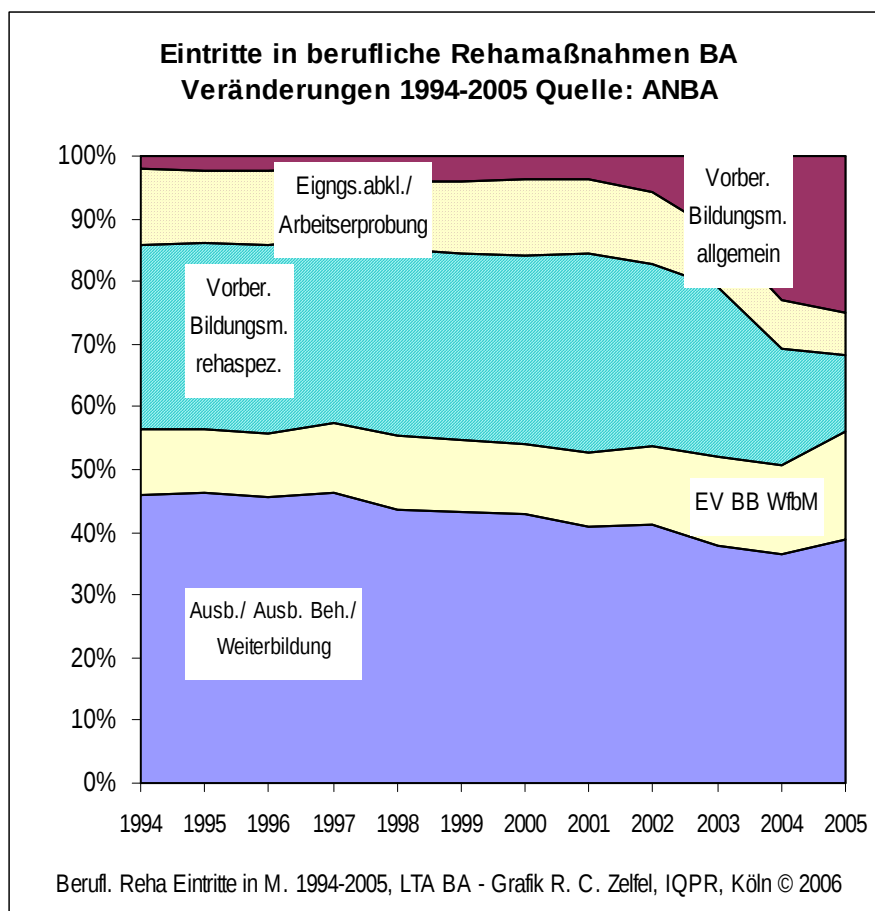


Abbildung 18: Zeitreihe berufsfördernde Maßnahmen Reha BA in Prozent 1994-2005 [a. a. O.]

Diese Darstellung zeigt deutlich, dass die sinkenden Zahlen rehaspezifischer 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 im Jahr 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 Leistungsträgerschaft 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).

4.4. Diskussion: Entwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden in Deutschland im Jahr 2005 etwa 9,4 Milliarden Euro aufgewendet. Der Anteil an den gesamten Rehabilitationsleistungen von ca. 25 Milliarden Euro beträgt etwa drei Fünftel. Berücksichtigt man die Aufwendungen der überörtlichen Sozialhilfeträger für dauerhafte Leistungen für den Betrieb der Werkstätten für behinderte Menschen nicht, so verbleibt ein Aufwand, der sich zwischen 4,4 (Berechnung Zelfel) und 4,6 (BAR) Milliarden Euro bewegt [BAR 2006a]. In der Rentenversicherung, die als Leistungsträger unterschiedliche Rehabilitationsleistungen erbringt, beträgt der Anteil für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben etwa 22 v. H.

Es ist bemerkenswert, dass diese Zahlen erst seit dem Jahr 1999 an recht unscheinbarer Stelle in den Geschäftsberichten der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation veröffentlicht werden. Erst seit dem Jahr 2000 weisen sie eine gewisse Datengüte auf, die Vergleiche und Auswertungen erlaubt.

Die Auswertung der Daten, auch über längere Zeitreihen hinweg, ergibt nur wenig Aufschlüsse über die Bewilligungspraxis der beiden großen Träger von Leistungen zur Teilhabe. Bis zum Jahr 2004 ist eine kontinuierliche Steigerung sowohl

der Rehabilitandenzahlen als auch der Leistungen festzustellen. Die ausgewiesenen Mittel, die für Leistungen zur Teilhabe eingesetzt werden, unterliegen einer stetigen Steigerung.

Größere Veränderungen ergeben sich ab dem Jahr 2005 im Bereich der Bundesagentur für Arbeit durch die neue SGB II (umgangssprachlich „Hartz IV“) Gesetzgebung. Hierauf wird an anderer Stelle noch eingegangen. In der Bundesagentur zeichnet sich in der Erstrehabilitation ein Trend zur Bevorzugung allgemeiner Leistungen zu Lasten besonderer Leistungen für Menschen mit Behinderungen ab.

Die Schwankungen in der Bewilligungspraxis sind nur an wenigen Messpunkten durch gesetzliche Änderungen erklärbar. Da keiner der Leistungsträger die Prozeduren der Bewilligungspraxis öffentlich zugänglich und gegebenenfalls für die Leistungsempfänger nachvollziehbar macht, geben die Zahlen wenig Aufschluss darüber, ob budgetäre oder andere Überlegungen die Veränderungen auslösen.

Es ist bemerkenswert, dass bedeutend mehr Leistungen von sogenannten „sonstige Rehabilitationseinrichtungen“, in der Regel wohnortnahe rehaspezifische Leistungsträger, erbracht werden als von den Netzplaneinrichtungen. Letztere überwiegend stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke und Einrichtungen der Kategorie II¹² wurden im Rahmen der Netzplanung für die berufliche Rehabilitation in den siebziger Jahren bzw. für die neuen Bundesländer in den neunziger Jahren ausgebaut.

Der kontinuierlich steigende Anteil der Werkstatt für behinderte Menschen in der Bewilligungspraxis lässt vermuten, dass immer mehr Menschen mit Behinderung als „nicht oder noch nicht“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eingliederbar angesehen werden.

Das seit 1.7.2001 geltende Sozialgesetzbuch IX hat nach den vorliegenden Daten keine Veränderung in der Bewilligungspraxis der Leistungsträger verursacht. Dies ist auf den ersten Blick auch nicht verwunderlich, denn die Leistungsgesetze in

¹² Einrichtungen der medizinisch beruflichen Rehabilitation, im Verhältnis relativ geringe Zahlen. Anm. Zelfel

den jeweiligen Sozialgesetzbüchern wurden nur begrifflich angepasst. Der Paradigmenwechsel, nämlich die Umsetzung des obersten Prinzips des Sozialgesetzbuch IV, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe unter Berücksichtigung von Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen, hat nach den vorliegenden Daten weder zu einer Veränderung in der Maßnahmenauswahl noch zur Entstehung neuer Maßnahmeformen geführt.

Das im SGB IX neu eingeführte Instrument des persönlichen Budgets, nach dem sich Menschen mit Behinderungen Leistungen selbst beschaffen können, hat offensichtlich bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben noch keine Bedeutung. Ob sich dies ändern wird, wenn die Erprobungsphase des Persönlichen Budgets am 31.12.2007 abgeschlossen ist, ist derzeit nicht abzuschätzen.

5. Ziele und Qualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Der Begriff Qualität wird im allgemeinen als Grad der Übereinstimmung zwischen Ansprüchen bzw. Erwartungen an ein Produkt oder einen Prozess und dessen Eigenschaften verwandt. In einem ähnlichen Sinne bezeichnete die alte DIN EN ISO 8402 Norm Qualität als „die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“. Nach dieser Definition müssen alle Merkmale eines Produkts den Anforderungen entsprechen. Jede Nichterfüllung des Solls eines Merkmals beim Soll-Ist-Vergleich, führt zu einem Fehler und somit zu einem fehlerhaften Produkt. [*Deutsches Institut für Normung 1995*]

Die neue Qualitätsnorm DIN EN ISO 9000 geht einen Schritt weiter und beschreibt Qualität wie folgt: „Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht.“ [*Deutsches Institut für Normung 2000*]

Im Folgenden soll nun der Qualitätsbegriff für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus der Sicht von Betroffenen, den Vorgaben, die sich aus dem Paradigmenwechsel des SGB IX ergeben, sowie deren Umsetzung durch die gemeinsamen Empfehlungen der Leistungsträger betrachtet werden.

5.1. 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 z. B. 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 jugendlichen Rehabilitanden die erbrachte Leistung bewerten und welche Änderungen sie gegebenenfalls wünschen [Eser 2005]. 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, etwas vergrößert dargestellt, 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 noch eingegangen. Zunächst soll dargestellt werden, was Betroffene als Qualität im umgangssprachlichen Sinne bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bezeichnen könnten.

5.1.1. Wünsche von 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 mancher Veränderungen viele Lebensbereiche für Behinderte noch nicht offen sind, und Normalität i. S. des Wolfenbergerschen „principle of normalization“ noch nicht erreicht ist [Wolfensberger 1972]. Das Wort des ehemaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker „Es ist normal, verschieden zu sein“ entbehrt aus dieser Sicht nicht eines gewissen Zynismus [Weizsäcker 1993].

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. Zudem haben in jüngster Zeit vielerorts Elterninitiativen das Qualitätsziel „Eingliederung von Jugendlichen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt“ an Stelle der Unterbringung in Werkstätten für behinderte Menschen durchgesetzt. Dies hat zur Entwicklung neuer Instrumente wie Arbeitsassistenten, Unterstützung durch Integrationsfachdienste und Integrationsprojekte geführt.

5.1.2. Wünsche von 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 unscharfe und eher umgangssprachlich orientierte Begriff von Qualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sozialgesetzbuch IX durchaus seinen Widerhall findet.

5.2. Qualitätsanforderungen im 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 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 Gesundheits-

problem und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit [Schuntermann 2005].

- 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 Selbstbestimmung und 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.

Im Sozialgesetzbuch IX hat der Gesetzgeber an zahlreichen Stellen Aussagen über Anforderung an die Qualität von Leistungen zur Teilhabe getroffen, die im Folgenden dargestellt werden. Die zentrale Qualitätsanforderung an alle Leistungen zur Teilhabe ergibt sich aus der Zielsetzung des § 1, in dem als programmatisches Ziel genannt wird,

- Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern,
- Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Da der Gesetzgeber als Leistungsempfänger ausdrücklich nicht nur Behinderte, sondern auch von Behinderung Bedrohte genannt hat, weist er die Rehabilitationsträger an, präventiv zu wirken, damit eine Behinderung oder chronische Krankheit vermieden wird (§ 3).

Im § 4 Abs. 1 wird der Umfang von Leistungen zur Teilhabe bestimmt. Sie umfassen alle notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung,

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern
- oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Wenngleich es sich bei vielen Begriffen um unbestimmte Rechtsbegriffe handelt, so wird die Absicht des Gesetzgebers deutlich, den Leistungsträgern eine ganzheitliche Leistungserbringung vorzuschreiben.

Zu Erbringung der Leistungen schreibt der Gesetzgeber vor, dass diese nach Lage des Einzelfalls so „vollständig, umfassend und in gleicher Qualität“ erbracht werden, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden (§ 4 Abs. 2).

Nach Fuchs 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“. [Fuchs 2006, RN 6 § 4]

Das Prinzip „Reha vor Rente“, das das deutsche Rehabilitationsrecht bestimmt, ist in § 8 Abs. 2 festgeschrieben: „Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen und dienen auch dazu, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.“

Ein zentraler Grundsatz des Gesetzes ist das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen. § 9 präzisiert dies wie folgt: „Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen

der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder wird Rechnung getragen“. [SGB IX § 9 Abs. 1]

Hieraus ergibt sich, dass Leistungen nur im Dialog mit dem Betroffenen erbracht werden können. Ausdrücklich räumt der Gesetzgeber ein, dass Leistungen auch als Geldleistungen in Form eines „persönlichen Budgets“ erbracht werden können. In seiner Rede vor dem Deutschen Bundestag bezeichnet dies der ehemalige Behindertenbeauftragte H. J. Haack als ein Kernelement des Gesetzes:

„Bisher hatte der Mensch mit Behinderungen, wenn er denn einen Antrag auf Leistungen der sozialen Sicherungssysteme stellte, sich in seiner Bedürftigkeit mehr oder weniger zu inszenieren – ein unwürdiger Zustand. Wir machen nun damit Schluss, indem wir ermöglichen, dass neben der Sachleistung auch eine Geldleistung gewährt werden kann. Das heißt, ein Mensch mit Behinderung kann in bestimmten Bereichen zukünftig seinen Hilfsbedarf selber organisieren. Ich meine, hiermit stärken wir ein liberales Element im Grundsatz der gesellschaftlichen Teilhabe. Die Behinderten werden an dem Punkt künftig selber entscheiden können.“ [Deutscher Bundestag Plenarprotokoll 6.4.2001]

Zur Koordination von Leistungen, dem Zusammenwirken der Leistungen und der Zusammenarbeit zwischen den Rehabilitationsträgern hat der Gesetzgeber klare Vorgaben erteilt (§ 10 ff.). Insbesondere wurden enge Regeln für die Bearbeitung der Anträge und die Zuständigkeitsregelungen vorgeschrieben. Hierzu der Behindertenbeauftragte:

„Der Kraftakt, den wir jetzt hier, im Sozialgesetzbuch IX, vollziehen, nämlich die Beratungssysteme von sieben sozialen Sicherungssystemen nach dem Grundsatz ‚Die Dienstleistung folgt dem Menschen und nicht der Mensch der Dienstleistung!‘ neu zu organisieren, bedeutet einen Paradigmenwechsel in der Selbstver-

waltung der sozialen Sicherungssysteme. Nach anfänglichem Zögern und Widerständen ist nun sichergestellt, dass zum 1. Juli die gemeinsamen Auskunfts- und Beratungsstellen nach diesem genannten Grundsatz organisiert werden. Das bedeutet: Die Dienstleistung wird zukünftig ortsnah sein, nämlich auf Landkreisebene geregelt. Sie wird zeitnah sein: Maximal nach sieben Wochen muss entschieden werden; bisher dauerte die Entscheidung im Durchschnitt 48 Wochen“ [ebd.].

Weitere Qualitätsanforderungen im Gesetz betreffen die „Gemeinsamen Empfehlungen der Träger“ (§ 13), auf die später eingegangen wird und die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems zu Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen.

Das Ziel der Leistungen, die dazu beitragen sollen, Menschen mit Behinderung in Arbeit und Beruf zu integrieren, wird entsprechend der Begrifflichkeit der ICF Teilhabe am Arbeitsleben 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.“ [Fuchs, 2006, RN 11 § 4]

Die folgende Grafik verdeutlicht das Ziel aller Leistungen zur Teilhabe sowie der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:

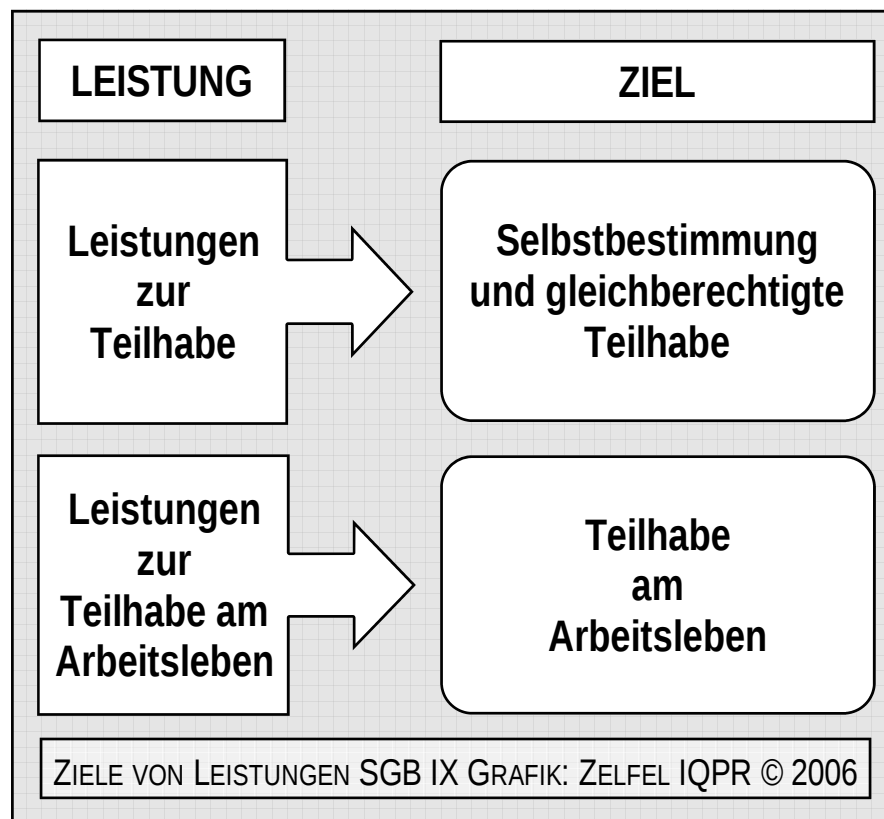


Abbildung 19: Ziele von SGB IX Leistungen

Wie bereits dargestellt haben berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA), wie sie der Gesetzgeber nennt, 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.“
[Fuchs, 2006, RN 3 § 4]

In Begriffen der ICF kann die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben mit folgenden Aktivitäts- und Partizipationsdomänen beschrieben werden: [DIMDI 2005]

- d840 Vorbereitung auf eine Erwerbstätigkeit

- d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
- d850 Bezahlte Tätigkeit
- d855 Unbezahlte Tätigkeit (z. B. WfbM)¹³

Mit den umfangreichen Ausführungen zur Qualität von Leistungen und Leistungserbringung im Gesetzestext hat der Gesetzgeber Prozessabläufe vorgegeben und damit auf vielfach bemängelte Missstände und Fehlentwicklungen reagiert, die in den neunziger Jahren von den Betroffenen und ihren Verbänden vorgetragen wurden.

5.3. Gemeinsame Empfehlungen der Leistungsträger

Der Gesetzgeber hat den Leistungsträgern auferlegt, gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung (SGB IX § 20) zu vereinbaren, die im Laufe der letzten Jahre erarbeitet wurden.¹⁴ Von diesen sollen die Empfehlungen zu „Qualitätssicherung“ und zum „Teilhabeplan“ im Folgenden näher betrachtet werden.

Bevor auf zwei der gemeinsamen Empfehlungen der Leistungsträger zur Qualität eingegangen wird, die nach § 13 SGB IX vereinbart wurden, sollen die möglichen Träger von Teilhabeleistungen aufgeführt und die Schwierigkeiten angedeutet werden, die sich aus der Reform der Arbeitsmarktgesetze durch die Einführung des SGB II und die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe ergeben.

5.3.1. Träger von Leistungen der Rehabilitation

Das neunte Sozialgesetzbuch wurde in den Jahren 1999 bis 2001 diskutiert und beraten und trat zunächst in der Fassung vom 19. Juni 2001 zum 1.7.2001 in Kraft. Eine Novellierung fand im Jahr 2004 in der Fassung vom 23. April 2004 statt, deren Regelungen zum größten Teil seit 1. Juli 2004 gelten.

¹³ Hier ist die ICF unpräzise, denn Arbeit in einer WfbM ist etwas anderes als eine unbezahlte oder ehrenamtliche Tätigkeit! (Anm. d. V.)

¹⁴ Alle Empfehlungen bzw. Vereinbarungen sind bei der BAR einzeln und in einem Sammelband dokumentiert: www.bar-frankfurt.de

Zur Zeit des Gesetzgebungsverfahrens waren die vier großen Gesetzespakete zur Reform der Arbeitsförderung, bekannt als Hartz I bis IV, weder diskutiert noch waren deren Auswirkungen auf die Gesetzgebung zur Rehabilitation absehbar. Die vom Gesetzgeber benannten sieben möglichen Träger von Leistungen entsprechen dem Stand am 1.7.2001 [SGB IX § 6 Abs. 1]:

Unter Leistungen werden verstanden: [SGB IX § 5]

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Es ergeben sich folgende Zuständigkeiten für Leistungen:

		Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	unterhaltssi- chernde und andere ergän- zende Leistun- gen	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
1	Gesetzliche Krankenkassen	x		x	
2	Bundesagentur für Arbeit		x	x	
3	Gesetzliche Un- fallversicherung	x	x	x	x
4	Gesetzliche Rentenversi- cherung	x	x	x	
5	Kriegsopferver- sorgung, Kriegsopferfür- sorge	x	x	x	x
6	Träger der öf- fentlichen Ju- gendhilfe	x	x		x
7	Träger der So- zialhilfe	x	x		x

Tabelle 9: Zuständigkeiten Rehabilitationsträger im SGB IX

Die Vorschriften des SGB IX gelten für alle Träger, sofern sich nichts anderes aus den für sie geltenden Leistungsgesetzen ergibt [SGB IX § 7].

Die Reform der Arbeitsförderung (SGB II) und der Sozialhilfe (SGB XII) hat zu neuen Zuständigkeiten bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geführt, die in der Praxis zu erheblicher Verwirrung und, wie weiter oben gezeigt wurde, zu einem erheblichen Rückgang von Rehabilitandenzahlen geführt haben. So ist die Sozialhilfe nicht mehr für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig,

da diese Aufgaben im Rahmen von SGB II in eine neue Trägerschaft übergegangen sind.

Durch die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe gibt es nun, regional unterschiedlich, drei mögliche Ansprechpartner für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese sind:

- Agentur für Arbeit oder
- Arge (Arbeitsgemeinschaften aus Agentur und Kommune) oder
- zkT (zugelassener kommunaler Träger, sog. „Optionskommunen“)

Da im SGB II keine Regelungen zu beruflichen Rehabilitationsleistungen getroffen wurden, hat dies zu erheblicher Verunsicherung, zu Auseinandersetzungen über Zuständigkeiten und einem Rückgang von Rehabilitationsleistungen geführt.

Für den Bereich der Erstrehabilitation wurde bereits im Jahr 2005 die fachliche Zuständigkeit der Agenturen für Arbeit vereinbart. Für die Wiedereingliederung von SGB II Empfängern mit Behinderungen wurde eine Arbeitshilfe-Reha erarbeitet, die die z. T. konkurrierenden Zuständigkeiten klären soll [*Bundesagentur 2006d*]. Im Juni 2006 wurde im SGB IX § 6a eingefügt, der die fachliche Zuständigkeit der Bundesagentur für Leistungen zur Teilhabe vorschreibt und Prozeduren über die Abwicklung mit den Kostenträgern enthält.

Es bestehen derzeit noch rechtliche Unklarheiten darüber, ob die Verfahrensfristen, die das SGB IX den Rehabilitationsträgern vorschreibt, auf die Träger des SGB II anzuwenden sind, wenn sie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen zu erbringen haben. Diese Träger betrachten sich jedenfalls nicht als Träger der Rehabilitation i. S. § 6 SGB IX, was unter anderem aus der bereits zitierten Arbeitshilfe der Bundesanstalt für Arbeit hervorgeht.

Nach Auffassung des Verfassers ist zu befürchten, dass einige Errungenschaften des SGB IX, wie Zügigkeit bei der Erbringung der Leistung, Zuständigkeitsregelungen, Rechtsansprüche auf Leistungen, aber auch Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen für die Bezieher von Arbeitslosengeld II mit Behinderungen unterhöhlt werden.

5.3.2. Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung

Im März 2003 haben die Rehabilitationsträger die „Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ vereinbart [BAR 2003]. 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 Krankheitsfolgenmodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung“ [ebd. S. 1]. 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 Maßnahmen und internen Maßnahmen“ der Leistungserbringer (Qualitätsmanagement) gesichert werden soll. Es soll eine „Transparenz“ von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen erreicht werden, die 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“ [ebd. S. 3]. (Auf die Dialogverpflichtung wird an anderer Stelle noch näher eingegangen. Anm. d. Verf.)

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.“ [ebd. S. 7]

Postuliert wird hier eine Art „Rehabilitationsfortschrittsindex“, der sich auf die Teilhabeleistung bzw. auf das übergeordnete Ziel der Lebensqualität bezieht. Da-

tenerhebung und Datendokumentation könnten in einem Teilhabeplan erfolgen. Die Vorstellungen der Rehabilitationsträger werden später dargestellt.

Die gemeinsame Empfehlung ist bereits in ihrem ersten Entwurf auf heftige Kritik seitens der Vertreter von Betroffenen gestoßen. Stellvertretend hierfür sei ein Beitrag von Rabenstein, Diakonisches Werk, 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.“ [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.]

Neben der mangelnden Beteiligung von Betroffenen, die einer Qualitätssicherung widerspricht, weil sie nicht kooperativ angelegt ist, kritisiert Rabenstein auch Inhalte:

„Der mit Datum vom 19. November 2002 von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) vorgelegte Diskussionsentwurf einer solchen Empfehlung enttäuscht. Die Ausführungen zur Barrierefreiheit sind so knapp und allgemein

formuliert, dass sich daraus keine konkreten Konsequenzen für Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Qualität ableiten lassen. Aussagen zur Berücksichtigung der besonderen Belange von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Kindern fehlen völlig. Der Diskussionsentwurf lässt darüber hinaus Aussagen darüber vermissen, wie ein trägerübergreifendes gemeinsames, effektives und effizientes Handeln der Rehabilitationsträger zu gewährleisten ist.“ [ebd.]

Zusammenfassend stellt er fest: „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.“ Er verweist auf den Staatssekretär Franz Thönnies, BMGS: „Wie der parlamentarische Staatssekretär im BMGS, Franz Thönnies, anlässlich des Internationalen Tages der Menschen mit Behinderungen am 03.12.2002, im Hinblick auf das SGB IX betont hat, kann dieses Ziel nur erreicht werden, wenn auch die Rehabilitationsträger diesen Paradigmenwechsel mit vollziehen.“ [ebd.]

Der Beitrag Rabenstein wurde in dem Internet-Portal mit dem programmatischen Namen „<http://www.sgb-ix-umsetzen.de>“ veröffentlicht, das maßgeblich unter Beteiligung des damaligen Behindertenbeauftragten Hermann Josef Haack entstand. Nicht zufällig erscheint im Kopf des Beitrages das Logo des Behindertenbeauftragten.

Die Auseinandersetzung spiegelt die unterschiedliche Einstellung zum SGB IX wider und hat bis heute große Aktualität. Während die Betroffenen und ihre Vertreter, unterstützt durch den Behindertenbeauftragten sowie das federführende Bundesministerium, die Umsetzung des programmatischen Auftrags „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe“ (SGB IX§ 1) einfordern, sind die großen Leistungsträger allenfalls bereit, über Anpassungen der „Versorgung“ zu sprechen.

Bildlich gesehen kann man sie mit den Kapitänen riesiger Öltanker vergleichen, die ihren festen Kurs steuern und maximal bereit sind, sich ins Logbuch schauen zu lassen. Dabei bemerken sie nicht, dass sich ihre Reederei, ihre Ladung sowie ihr Ziel verändert haben.

5.3.3. Gemeinsame Empfehlung Teilhabeplan

Eine weitere Gemeinsame Empfehlung, Kurzbezeichnung „Teilhabeplan“, haben die Träger der Rehabilitation (ohne Jugendhilfe, ohne Sozialhilfe, ohne SGB II Träger) am 16.12.2004 zur Leistungsplanung verabschiedet. Die Integrationsämter, die im Gesetz eigentlich nicht als Träger der Rehabilitation benannt sind, aber Leistungen für Schwerbehinderte i. S. des § 2 f. SGB IX erbringen, sind Mitunterzeichner. Die Empfehlung ist am 1.12.2004 in Kraft getreten [BAR 2004b].

Anlass für diese Empfehlung ist die gesetzliche Verpflichtung der Rehabilitationsträger nach § 10 ff. SGB IX, erforderliche Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig und einheitlich nach dem Prinzip „wie aus einer Hand“ zu erbringen.

Der individuelle Teilhabeplan ist „ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe. (...) Dieser dient insbesondere auch dem Ziel einer besseren Leistungsverzahnung im Wege einer entsprechenden Koordination der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger. Die Feststellungen sind bei Bedarf anzupassen und der Teilhabeplan ggf. fort zuschreiben.“ [ebd. S. 1]

Der Teilhabeplan dient als fachliche Grundlage der Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Sofern Leistungen zur Teilhabe in Form des persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung in den Teilhabeplan aufgenommen. Im Folgenden sind die wichtigsten Qualitätsmerkmale in einer Grafik dargestellt:



Abbildung 20: Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ [BAR 2004b]

Der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch soll aktiv bei der Erstellung, Anpassung und Fortschreibung einbezogen werden. „Damit wird eine wichtige Bedingung für ihre Partizipation im gesamten Geschehen von Rehabilitation und Teilhabe erfüllt.“ (§ 1 Abs. 2)

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

In der gemeinsamen Empfehlung wird noch nicht deutlich, wie die drei dort genannten Qualitätskriterien, nämlich einheitliche Praxis und Durchführung, Leistungsverzahnung sowie Anpassung und Fortschreibung im Teilhabeplan dargestellt und dokumentiert werden. Zwar ist inzwischen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation über das Internet ein Vordruckmuster Teilhabeplan in der Version vom 20.11.2004, also fast dreieinhalb Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, beziehbar [BAR 2004c], dieser Vordruck enthält jedoch nicht die Kriterien, die in der Gemeinsamen Empfehlung genannt werden.

Für die Auskunft über Bedürfnisse und Wünsche der/des Betroffenen in Bezug auf die Leistung zur Teilhabe beispielsweise ist ein nur 1,5 cm hohes Formularfeld vorgesehen, in das der/die Betroffene schätzungsweise maximal 10 Wörter in Kleinstschrift einfüllen kann!

Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als oberstes Ziel aller Rehabilitationsleistungen lassen sich aus diesem Formular ebenso wenig entnehmen wie die Bewertung des Rehabilitationsfortschrittes respektive die Beurteilung der Verbesserung der Lebensqualität. Beides hat Eingang weder in die Empfehlung noch in das Formular gefunden.

Eine besondere Chance ist nach Ansicht des Verfassers nicht genutzt worden, nämlich die Umsetzung der Beschreibung der Behinderung nach dem Konzept der ICF der WHO. Nach dieser ist eine Behinderung beschreibbar „als das negative

Ergebnis aus der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit [Schuntermann 2005]. Auf dieses Konzept beruft sich wie bereits dargelegt der Auftrag des § 1 des SGB IX, der „gleichberechtigten Teilhabe“.

Stattdessen wurde ein Verwaltungsformular vorgelegt, das allenfalls verwaltungstechnischen Anforderungen genügen kann.

5.4. Diskussion: Ziele und Qualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das Sozialgesetzbuch IX hat einige Regelungen geschaffen, damit Leistungen der Rehabilitation möglichst zügig und „wie aus einer Hand“ erbracht werden, insbesondere wie die Zuständigkeiten in festgesetzten kurzen Fristen geklärt werden, um die vormals langen Wartefristen bis zur endgültigen Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme zu verkürzen.

Das oberste Ziel aller Rehabilitationsleistungen ist die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen. Der behinderte Mensch wird nicht mehr über seine Defizite und gegebenenfalls die Kompensationsmöglichkeiten definiert, sondern es wird ein bio-psycho-soziales Menschenbild zugrunde gelegt, dass sich an der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (ICF) orientiert.

Dieser Wandel in der Gesetzgebung, allgemein auch als Paradigmenwechsel bezeichnet, hat ebenfalls Auswirkungen auf die Gestaltung von beruflichen Rehabilitationsprozessen: Behinderung definiert sich aus der gestörten Teilhabe am Arbeitsleben. Der behinderte Mensch ist nach diesen Vorstellungen nicht mehr Objekt staatlicher Wohltätigkeit, sondern Subjekt bei der Verbesserung seiner gesellschaftlichen Teilhabe.

Der Paradigmenwechsel setzt deshalb neue Qualitätsanforderungen an die Bewilligung und Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die durch den Dialog mit dem/der Betroffenen geprägt sind.

Die ICF der Weltgesundheitsorganisation liefert ein Beschreibungssystem, das dem Paradigmenwechsel des Sozialgesetzbuches IX Rechnung trägt und teilhabeorientiert Assessment, Bewilligungspraxis und Leistungserbringung unterstützt. Im Gegensatz zu anderen Bereichen der Rehabilitation wird die ICF bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben noch nicht angewandt.

Im Sozialgesetzbuch IX hat der Gesetzgeber den Rehabilitationsträgern auferlegt, gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung und Teilhabeplanung zu entwickeln. Diese liegen zum Teil seit dem Jahr 2004 vor. An diesen Empfehlungen wird jedoch kritisiert, dass sie zum einen nicht in der Praxis umgesetzt werden und zum anderen nicht konsequent den Teilhabegedanken des Gesetzgebers aufgreifen.

Die selbstgesetzten Ziele der Rehabilitationsträger zur Qualitätssicherung sind in der Praxis bis heute nicht umgesetzt. So gibt in der Praxis bis heute, sechs Jahre nach Inkrafttreten des SGB IX, weder eine einheitliche Praxis der Feststellung und Durchführung noch eine trägerübergreifend vereinbarte Teilhabeplanung und Anwendung der ICF. Die vielfach geforderte Transparenz in der Leistungsbewilligung und -erbringung hat sich nicht verbessert.

6. Das IQPR-Konzept der Qualitätssicherung bei LTA

Das IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln hat im Auftrag des Bundesminister für Arbeit und Soziales¹⁵ zwei Forschungsprojekte zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen durchgeführt. Im Forschungsprojekt PRVE, Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung, wurden Probleme der Erwerbsminderung und der Teilhabe von leistungsgewandelten Menschen am Arbeitsleben untersucht. [IQPR PRVE 2004]

Das zweite Forschungsprojekt „Teilhabe am Arbeitsleben“ [IQPR 2006], das vom 1.4.2004 bis 31.12.2006 durchgeführt wurde, „geht davon aus, dass die Chancen von Menschen mit Behinderungen zur Teilhabe wesentlich davon abhängen, dass

- die Passung von persönlichen Fähigkeiten und den Bedingungen des Arbeitsplatzes/-marktes möglichst genau eingeschätzt werden,
- Chancen und Risiken frühzeitig erkannt und notwendige Interventionen frühestmöglich eingeleitet werden, insbesondere in den Unternehmen,
- die Unternehmen hierbei durch geeignete Managementsysteme unterstützt werden,
- die Qualität von präventiven und rehabilitativen Maßnahmen, einschließlich entsprechender Diagnostik und Planung, im Sinne von Mindeststandards definiert und nachhaltig gesichert wird,
- die Menschen, um die es geht, vollständig informiert und motiviert sind und dass deshalb die Entscheidungen, die Planung und die Steuerung der Maßnahmen im Dialog mit den Betroffenen erfolgen,
- durch Prävention die Entstehung von Behinderung vermieden bzw. nach Entstehung die negativen Auswirkungen ausgeglichen und Nachteile gemindert werden können.“

¹⁵ Die Bezeichnung des Ministeriums änderte sich zweimal im Laufe der Projekte: vormals Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesministerium für Gesundheit und Soziales

In dem Teilprojekt „Qualitätssicherung (QS) in der beruflichen Rehabilitation“ stand die Entwicklung und Erprobung eines Rahmenkonzeptes für die Qualitätssicherung von Planungsprozessen in der beruflichen Rehabilitation im Mittelpunkt. Dazu wurden die Anforderungen an Assessment, Dialog und Dokumentation untersucht. Insbesondere zielten die Projektaktivitäten auf die Entwicklung einer evaluationstauglichen Rehabilitationsdokumentation und der Entwicklung von „Standards“ für eine stärkere Dialogorientierung des Planungsprozesses [ebd.].¹⁶

Das IQPR-Konzept (s. a. Fußnote 16) zur Qualitätssicherung bei Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben geht davon aus, dass die Qualität aufgrund gesetzlicher und fachlicher Vorgaben durch die Aspekte Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation und Orientierung an betrieblicher Eingliederung bestimmt wird. Diese sollen, wenn möglich, mit Hilfe der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben werden.

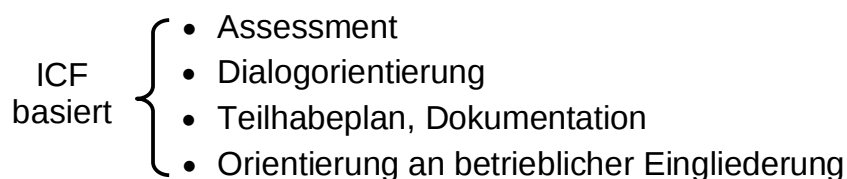


Abbildung 21: Elemente des IQPR-Konzeptes

Berufliche Rehabilitation, oder in den neueren Begriffen des SGB IX, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, werden als ein Gesamtprozess begriffen, der final an der Eingliederung ins Arbeitsleben und der selbstbestimmten und gleichberechtigten Teilhabe ausgerichtet ist. Hierbei wird dem Rechnung getragen, dass die früher gebräuchliche schematische Betrachtung des Rehabilitationsprozesses

- Störung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Intervention durch Rehabilitationsmaßnahme
- Beseitigung der Störung der Teilhabe

¹⁶ Der Verfasser war der verantwortliche Bearbeiter dieses Teilprojektes. Das von ihm entwickelte Konzept wird im Folgendem „IQPR-Konzept“ genannt. Eine Veröffentlichung erfolgt unter den Namen des Verfasser als Forschungsbericht des IQPR zum Ende des Jahres 2007.

nicht mehr dem realen Rehabilitationsgeschehen entspricht. Übergangshilfen und Vorbereitungsmaßnahmen sowie Leistungen zum Erhalt eines Arbeitsplatzes haben heute eine große Bedeutung für den Eingliederungserfolg. Es erscheint deshalb notwendig, den Gesamt Ablauf einer Leistung in sechs mehr oder wenig eigenständigen Kernprozessen zu betrachten, wobei die Auswahl und die Bewilligung von Art und Form von Leistungen durch die Träger der Rehabilitation entscheidenden Einfluss für den Ablauf des Gesamtprozesses besitzt. Im Folgenden wird das IQPR-Konzept grafisch dargestellt:

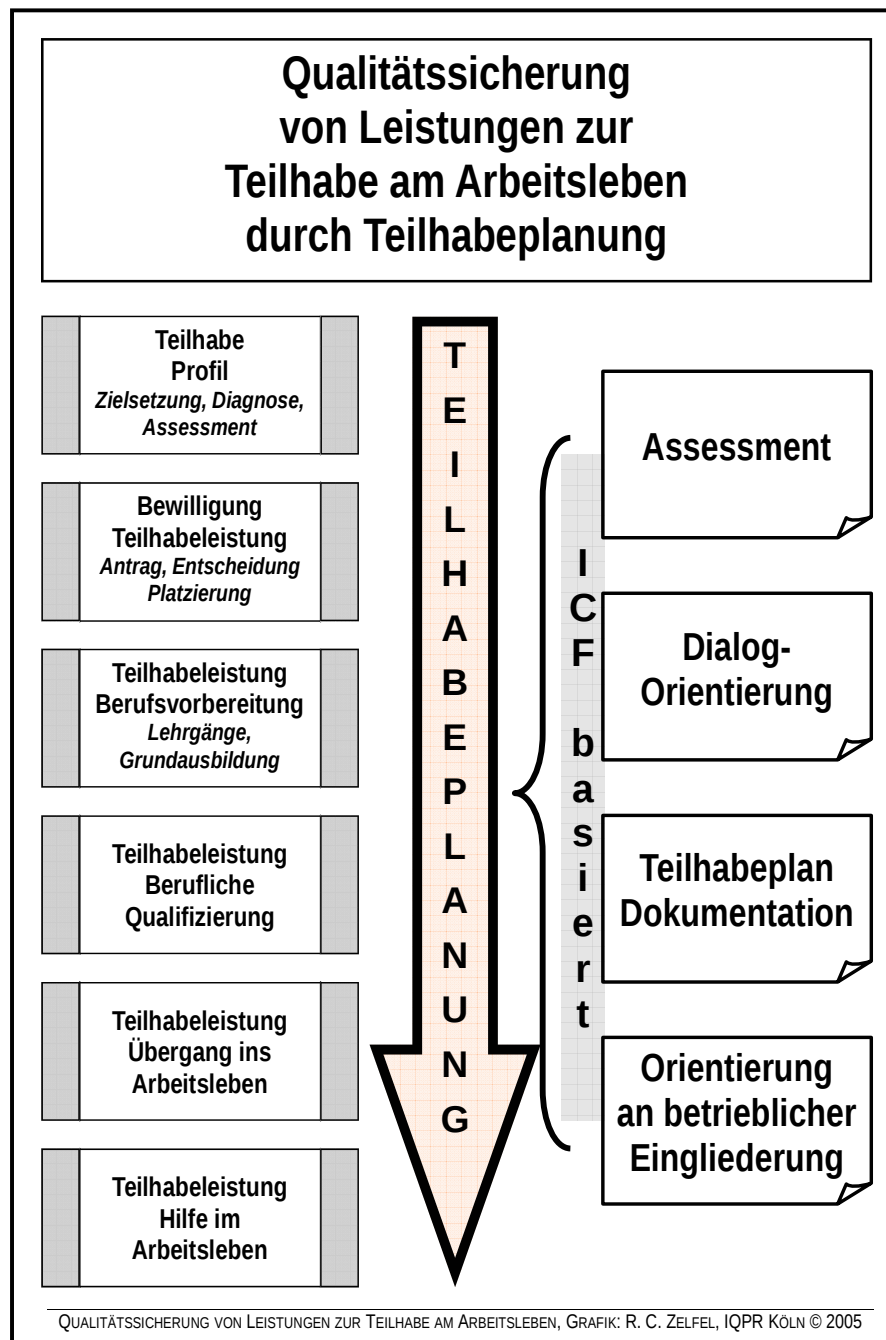


Abbildung 22: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, IQPR-Konzept

Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation sowie die Orientierung an betrieblicher Eingliederung sind die Elemente (Qualitätsmerkmale), die in jeden der sechs Kernprozesse zu berücksichtigen sind. Das IQPR-Konzept hat den Anspruch den Gesamtprozess aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ab-

zubilden. Dieser beginnt bei Eintritt einer Behinderung bzw. einer drohenden Behinderung und endet mit der Eingliederung in das Arbeitsleben.

Nicht jeder der sechs Kernprozesse ist bei jeder Leistung erforderlich. So ist es beispielsweise denkbar und in der Praxis häufig festzustellen, dass jemand trotz einer eingetretenen Behinderung seinen bisherigen Beruf weiter ausüben möchte. Das Assessment ermittelt, welche Hilfen gegebenenfalls erforderlich sind und wie der Arbeitsplatz trotz einer Behinderung erhalten, und der Wunsch des behinderten Menschen umgesetzt werden kann. Das Sozialgesetzbuch sieht einige Förderinstrumente vor, die hier eingesetzt werden können. So ist eine Anpassung des Arbeitsplatzes an behinderungsbedingte Einschränkungen möglich, es können Zuschüsse an den Arbeitgeber gewährt oder eine Arbeitsassistenz eingerichtet werden. Für die Betroffenen können Mobilitätshilfen z. B. Zuschüsse zur Anschaffung oder Umbau eines Kraftfahrzeuges gegeben werden. Die Rentenversicherung hat im Jahr 2004 etwa 2.500 dieser Zuschüsse vergeben [*Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 2004*].

Bei anderen Menschen mit Behinderungen, ganz besonders in der Erstein-gliederung, ist der Gesamtprozess erforderlich. Ohne eine Qualifikation ggf. mit vorbereitenden Maßnahmen ist eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt nahezu unmöglich.

Das IQPR-Konzept wurde auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Menschenbildes der ICF entwickelt.

Im Folgenden werden die ICF-Basierung sowie die Qualitätsmerkmale des IQPR-Konzeptes zur Qualitätssicherung Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation, Orientierung an betrieblicher Eingliederung beschrieben.

6.1. Das Konzept der ICF als Grundlage der Rehabilitation in der Bundesrepublik

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuches IX hielt das bio-psycho-soziale Erklärungsmodell von Behinderung Einzug in das deutsche Rehabilitationsrecht. Es löste damit das defizitorientierte Menschenbild von Menschen mit Behinderungen

ab. In der einschlägigen Literatur sowie in sozialpolitischen Verlautbarungen wird dies gemeinhin als Paradigmenwechsel bezeichnet.

6.1.1. Das Konzept der ICF

Die ICF geht vom Konzept der funktionalen Gesundheit aus, d. h. dass eine Person als funktional gesund gilt, wenn

- ihre körperlichen Funktionen allgemeinen anerkannten Normen entsprechen (Körperfunktion/-struktur, *body structure*, *body function*),
- sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Aktivität, *activity*),
- sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat (Teilhabe, *participation*)
- und sie sich in diesen Lebensbereichen (*environment*) in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder Aktivitäten erwartet werden kann [Schuntermann 2005].

Der Zustand der funktionellen Gesundheit einer Person kann nach dem Konzept der ICF betrachtet werden „als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Körperfunktionen und -strukturen, ihre Aktivitäten und ihre Teilhabe an Lebensbereichen.“ „Dies“, so Schuntermann, „ist die Sichtweise der ICF.“ [ebd. S. 27]

Eine Behinderung im Sinne der ICF kann definiert werden als das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit [ebd. S. 31].

Der Behindertenbegriff des SGB IX § 2 ist einerseits enger gefasst als die ICF Definition, da er sich auf einen alterstypischen Funktionszustand bezieht. Andererseits ist der Begriff weiter gefasst, da in den Geltungsbereich des SGB IX Leistungen für von Behinderung Bedrohte aufgenommen sind [SGB IX § 2 Abs. 2 Satz 2], die die ICF nicht einschließt..

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 beeinträchtigten 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.

Die Sprache der ICF ist weitgehend gemeinverständlich, sie kann also auch von Betroffenen und Angehörigen verwendet werden. Angesichts des Paradigmenwechsels des SGB IX, der 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.

6.1.2. Die Anwendung der ICF in Deutschland

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 Anm. d. Verf.) hilft sie bei der Dokumentation von Aspekten der Qualitätssicherung wie Assessmentorientierung, Dialogorientierung, Dokumentation und ggf. der Orientierung an der betrieblichen Wiedereingliederung.“ [Ueberle 2005] Allerdings findet die ICF in der beruflichen Rehabilitation bisher wenig Berücksichtigung.

Das Konzept der ICF ist inzwischen Grundlage vieler Empfehlungen zur Rehabilitation. In der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabe“ wird im Sinne der ICF konkretisiert, was im individuellen Teilhabeplan zu dokumentieren ist: „Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält Angaben vor allem zu den Schädigungen, den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe, den vorhandenen Ressourcen, den personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder, den leistungsbezogenen Zielen und Wünschen des betroffenen Menschen.“ [BAR 2004b]

Auch die Gemeinsame Empfehlung „Prävention“ legt das Konzept der ICF zu Grunde und betont: „Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den Kontextfaktoren zu. Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind und in Wechselwirkung mit allen Komponenten der ICF stehen (Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe). In Bezug auf Beeinträchtigungen der Teilhabe ist unter Prävention auch die möglichst frühzeitige Anpassung von Kontextfaktoren zur Erhaltung der Teilhabe, insbesondere des Arbeitsplatzes oder des häuslichen Umfeldes zu sehen (z. B. Erfassung und Stärkung von Hilfpotenzialen, stufenweise Wiedereingliederung, Umgestaltung der Arbeitsbedingungen oder der Wohnung).“ [BAR 2004c]

Mit der Entwicklung der ICF hat die WHO das Ziel verbunden, ein interkulturelles und interdisziplinäres Begriffssystem zu Gesundheit und deren Beeinträchtigung zu erstellen. Die ursprüngliche Absicht war hierbei, gesundheitspolitische Daten der Mitgliederstaaten vergleichbar zu machen. Dies ist ein Grund, dass man wegen der weltweit großen kulturellen Unterschiede auf eine Klassifikation der personenbezogenen Kontextfaktoren verzichtet hat.

6.1.3. Die gemeinsame Sprache der ICF

Unterschiedliche Begriffssysteme der verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitation führen nicht selten zu Missverständnissen und Erklärungsnotwendigkeiten im Rehabilitationsalltag. Ein ganzheitlicher Rehabilitationsansatz stellt jedoch hohe Anforderungen an die Interaktionsfähigkeit des Rehabilitationsteams. Die Semantik der ICF ist hierbei eine große Hilfe. Aus den Praxiserfahrungen der Umsetzung in ICF-basierte Rehabilitationsplanung und Durchführung berichtet Rentsch: „Als gemeinsame Basis für die interdisziplinäre Kommunikation und eine systematisierte Rehabilitationsplanung hat sich die ICF (...) für uns als ideales Modell angeboten.“ [Rentsch 2005, S. 301] E. Nüchtern stellt für den medizinischen Dienst der Krankenkassen Baden-Württemberg fest: „Als rationale Methodik bedarf evidenzbasierte Medizin eines rationalen Bezugssystems. Evidenzbasierte Medizin setzt sich dafür ein, auf die Fragen im Zusammenhang mit Krankheit möglichst richtige Antworten zu geben. Die ICF verhilft dazu, die richtigen Fragen zu sehen und das breite Spektrum der Einflussfaktoren einzubeziehen.“ [Nüchtern 2006, S. 12]

Im Gegensatz zur medizinischen Rehabilitation, vor allem in den medizinischen Nebenberufen wie Physiotherapie, Logopädie, Pflege sind bisher weder bei den Leistungsträgern noch bei den Leistungserbringern Tendenzen zu erkennen, die ICF als Grundlage für die Rehabilitationsplanung und den interdisziplinären Austausch zu nutzen.

6.2. Das Qualitätsmerkmal 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 Gestaltung des Prozesses von Leistungen zur Teilhabe. Dabei sind im Rahmen der Assessmentprozedur folgende Punkte zu beschreiben:

- Teilhabeziele oder Kriterien, die beurteilt werden sollen,

- Methoden und Instrumente, die für das Assessment herangezogen werden,
- Anwender der Instrumente, Zeitpunkt und Häufigkeit,
- Auswertung Ergebnisse sowie Integration für die Teilhabeplanung.

Übliche Erhebungsverfahren bei Leistungen zu Teilhabe sind:

- Das diagnostische oder anamnestische Gespräch mit dem/der Rehabilitanden/in,
- Tests, Fragebogen und Biografieerhebung,
- Aktenanalyse
- Anamnese, Beobachtung und Exploration,
- Spezielle Diagnostik etwa zu Interaktion und Familiensituation.

Assessment kann quantitative oder qualitative Daten erheben. Es unterliegt den Anforderungen an wissenschaftliche Erhebungsverfahren wie Objektivität, Reliabilität, Validität und Ökonomie des Verfahrens. Allerdings entscheiden nicht die Gütekriterien eines Verfahrens über die Qualität des Assessmentprozesses, sondern, wie die Assessmentverfahren zu einer zielgerichteten und ressourcenorientierten Teilhabeplanung beitragen können. Assessment kann darüber hinaus als Grundlage zur Prozess- und Ergebnisevaluation dienen.

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.

6.2.1. ICF-basiertes Assessment

Der Paradigmenwechsel in der Rehabilitation hat Veränderungen in der Auswahl der geeigneten Leistung zu Teilhabe sowie in der Begutachtung zu Folge. Sozial-

medizinisches Assessment muss nach dem Konzept der ICF neben Körperfunktionen/-strukturen, Aktivität/Partizipation personen- und umweltbezogene Kontextfaktoren einbeziehen und deren Wechselwirkung beschreiben. Die Rehabilitationsträger haben diesen Anspruch in verschiedenen Empfehlungen vereinbart. Im folgenden wird dargestellt, welche Wege zu beschreiten sind, um bestehende Assessmentverfahren in das Konzept der ICF zu integrieren.

Ein Assessment zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Konzept der ICF darf sich nicht auf alleinige Bestimmung der Beeinträchtigung von Körperfunktionen oder -strukturen beschränken, wie sie etwa mit der Klassifikation der ICD 10¹⁷ erhoben werden können [DIMDI 2003]. Zusätzlich müssen Konzepte der Aktivität und Partizipation (Teilhabe) sowie umwelt- und personenbezogene Kontextfaktoren sowie ihre Wechselwirkung einbezogen werden. Die reine Messung einer Gehstrecke und deren Dokumentation beispielsweise erfüllt diese Anforderungen nicht, wenn nicht Teilhabeaspekte (*Kann der/die Patient/in allein die Toilette erreichen?*) und Kontextfaktoren (*Ist der Zugang zur Toilette baulich angepasst?*) berücksichtigt werden. Kontextfaktoren können insofern einen Barriere- oder einen Förderaspekt haben.

6.2.2. Probleme der Übertragung von Assessmentverfahren in eine ICF-basierte Rehabilitationspraxis

Das Assessment ist ein wichtiger Bestandteil bei der Ermittlung der Teilhabe eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen. Die Erkenntnisse, die mit Hilfe von Assessmentinstrumenten gewonnen werden, führen häufig zu Entscheidungen über notwendige Leistungen, indem sie Informationen zum Gesundheitsstand oder zur Erwerbsfähigkeit liefern. Aufgrund des Paradigmenwandels durch die ICF und das SGB IX muss überprüft werden, ob die Konzepte der eingesetzten Verfahren mit dem Konzept der ICF kompatibel sind. Ein Verfahren beispielsweise, das zur Separation von nicht erwerbsfähigen Menschen dient, wür-

¹⁷ International Classification of Diseases, deutsch: Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO, 10. Fassung

de dem Teilhabegedanken der ICF und des SGB IX widersprechen. In der praktischen Umsetzung der ICF in das Assessment und der Auswahl geeigneter Instrumente ergeben sich derzeit noch eine Reihe von Problemen:

6.2.2.1. Der 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 werden nach Auffassung von Ewert et al. über eine Stunde benötigt, um die funktionale Gesundheit einer Person zu klassifizieren [Ewert 2005, S. 183].

6.2.2.2. Nicht ICF-basierte Assessmentverfahren

Die endgültige Fassung der ICF wurde erst im Jahre 2001 beschlossen. Viele der gängigen Assessmentverfahren sind vor erheblich längerer Zeit entwickelt worden, so dass ihnen noch andere Konzeptionen von Behinderung zu Grunde liegen. Während bei der Klassifikation von Körperfunktionen und -strukturen noch relativ objektivierbare Daten erhoben werden können, ist es bei den Komponenten Aktivität und Teilhabe schwieriger, Assessmentverfahren mit einem ähnlichem Bedeutungsgehalt zuzuordnen. Besonders schwierig gestaltet sich dies bei der Beurteilung der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, deren Einbeziehung in Rehabilitationsplanung den Paradigmenwechsel durch die ICF ausmacht.

6.2.2.3. Nicht kongruente Konstrukte

Viele der Konstrukte¹⁸, die in gängigen Messverfahren verwendet werden, sind eher aus krankheitsbedingter Sicht und nicht aus einem funktionsorientierten Ansatz entwickelt worden. So stellen Ewert et al. fest: „Die wichtigste Aufgabe ist herauszufinden, wie ein entsprechender Wert (Score) von einem spezifischen As-

¹⁸ Die Bezeichnungen Konzept oder Konstrukt werden weitgehend gleichbedeutend verwendet, wobei in der Medizin der Begriff Konzept bevorzugt wird. Eher geisteswissenschaftlich ausgerichtet Literatur den Begriff favorisiert Konstrukt. Schuntermann [2005] verwendet die Begriffe synonym.

essmentinstrument in einen entsprechenden Kennwert der ICF überführt werden kann.“ [Ewert 2002, S. 160]

6.2.2.4. Probleme der Kodierung

Die ICF ist bekanntlich kein Assessmentinstrument, sondern ein Klassifikationsinstrument. Sie kann allerdings als Ausgangslage für die Entwicklung geeigneter Verfahren dienen. Das allgemeine Beurteilungsmerkmal der ICF ist in Bezug auf seine Ausprägung ordinal in fünf Stufen skaliert. In der ICF wird ein Vorschlag unterbreitet, wie Prozentwerte den allgemeinen Beurteilungsmerkmalen zuzuordnen sind [Schuntermann 2005]:

Score	Benennung	Prozentintervall
XXX.0	Problem nicht vorhanden	0 - 4%
XXX.1	Problem leicht ausgeprägt	5 - 24%
XXX.2	Problem mäßig ausgeprägt	25 - 49%
XXX.3	Problem erheblich ausgeprägt	50 - 95%
XXX.4	Problem voll ausgeprägt	96 - 100%

Darüber hinaus gibt es noch die Beurteilungsmerkmale 8 und 9, die verwendet werden, wenn ein Problem nicht spezifiziert bzw. das Beurteilungsmerkmal nicht anwendbar ist.

Insgesamt fasst Schuntermann zusammen: „Die Kodierung ist schwierig und zeitaufwändig, da stets vier Aspekte gleichzeitig zu berücksichtigen sind. Der Aufbau der ICF folgt theoretischen und konzeptionellen Kriterien, jedoch nicht den Anforderungen, die für die Kodierung im praktischen Alltag gestellt werden müssen. Es ist derzeit noch unklar, in welchen Bereichen es nützlich und sinnvoll ist, nach ICF zu codieren“. [ebd. S. 78]

6.2.2.5. Integrationsmöglichkeiten bestehender Assessmentverfahren in das ICF Konzept

Viele der heute verwendeten Assessmentverfahren sind in den letzten Jahrzehnten entwickelt worden, um umgrenzte Fragestellungen in möglichst objektiver, reliabler und auch valider Weise beantworten zu können. Ein Großteil dieser Verfahren ist der ICF Komponente Aktivität zuzuordnen.

In einer Diplomarbeit an der Deutschen Sporthochschule Köln hat Geuke untersucht, inwieweit Assessmentverfahren dem ICF Konzept entsprechen oder sich als kompatibel herausstellen und ob mit Hilfe der bestehenden Assessmentverfahren die Anwendung der ICF möglich scheint. [Geuke 2005]

Im Hinblick auf generische¹⁹ Instrumente erscheint der Einsatz erwägbar, wobei zu überprüfen ist, ob alle relevanten Domänen der ICF berücksichtigt wurden. Der Einsatz von spezifischen Instrumenten erscheint schwieriger, da diese im wesentlichen ICD-10 basiert zur Messung patientenrelevanter Outcomes entwickelt wurden. Vor diesem Hintergrund, so Geuke, „werden Assessmentverfahren im Dienste der ICF -überspitzt formuliert- zweckentfremdet.“ [ebd. S. 45]

Im Hinblick auf die Integration bestehender Assessmentverfahren in das ICF Konzept stellt Geuke zwei Ansätze dar, die auf der Zielsetzung der einzelnen Assessmentverfahren oder auf einer Zuweisung einzelner Items bzw. Assessmentdomänen zu den ICF Kategorien bzw. Komponenten basieren.

Insgesamt untersuchte Geuke vierzehn gängige Verfahren²⁰. Zielsetzungsorientiert lassen sie sich wie folgt zuordnen:

- ICF-Komponente Aktivität: ERGOS Simulator, EFL-Verfahren nach Isernhagen, ARCON[®], Blankenship[®], PACT-Test, IMBA
- ICF-Komponente Körperfunktionen: Neutral-0-Methode, Isokinetik, Fahrradergometer

¹⁹ Bei Assessmentinstrumenten unterscheidet man zwischen übergeordneten (generischen) und indikationsspezifischen. [iqpr Online-Datenbank Assessment]

²⁰ Auf die Darstellung der gängigen Verfahren wird aus Platzgründen verzichtet. Anm. d. V.

- ICF-Komponentenübergreifend: SF-36, IRES-Fragebogen, Oswestry-Low-Pain, Score nach Lysholm und Gillquist, wobei die Letzteren den Schwerpunkt Aktivität beleuchten.
- ICF-Komponente Personenbezogene Kontextfaktoren: AVEM

Ein zweites Verfahren, Assessmentinstrumente²¹ in die ICF zu integrieren, ist eine itembezogene Analyse. Damit diese einheitlich verläuft, haben Cieza et al. im Jahr 2002 sogenannte Linking-Rules [Cieza 2002] vorgelegt, ein Regelwerk, nach dem Items aus Assessmentverfahren den Items der ICF zugeordnet werden können. Dieses Regelwerk wurde im Jahr 2005 [Cieza 2005] noch einmal überarbeitet, der Untersuchung Geuke liegt noch die Version aus 2002 zu Grunde. Auf die Regeln soll hier nicht im Einzelnen eingegangen werden, stattdessen soll nur das Ergebnis wiedergegeben werden:

Der ERGOS Work Simulator wird als Aktivitätsdiagnostikum eingeschätzt. „Durch die Itemverlinkung tritt hervor, dass neben der Aktivitätszugehörigkeit in überschaubarer Anzahl auch Körperfunktionen aufgegriffen werden. (...) Gleiche Aussagen gelten für die anderen, nicht explizit verlinkten Verfahren zur Evaluation körperlicher Leistungsfähigkeit, EFL nach Isernhagen [Kaiser et al. 2000], Arcon[®]-Verfahren sowie Blankenship[®] [Erbstößer 2003]. Eine vollständige Verlinkung gelang auch mit dem PACT-Test, der eindeutig unter einer ICF Komponente einzuordnen war [Geuke 2005, S. 73].

Für das Verfahren IMBA wurden nach den Verknüpfungsregeln 80 Kodierungen bestimmt, wobei 24 den Körperfunktionen, 25 der Aktivität und 8 den Umweltfaktoren zugeordnet werden konnten. 23 Items können keiner Kodierung zugewiesen werden.

Die 11 Dimensionen des SF-36 wurden (Mehrfachnennungen waren möglich, d. Verf.) in 44 Kodes isoliert. Davon konnten 12 den Körperfunktionen, 24 der Aktivität und zwei dem Paar Aktivität/Teilhabe zugewiesen werden. Im Gegensatz

²¹ In der Literatur gibt es keine übereinstimmende Abgrenzung zwischen Assessmentinstrumenten, -verfahren oder -methoden. Die Begriffe werden hier synonym gebraucht. Anm. d. V.

zum Verfahren IMBA, das in beiden Ansätzen als Aktivitätsdiagnostikum identifiziert werden konnte, neigt der SF-36 bei zielanalytischem Vorgehen zu einem komponentenübergreifenden Ansatz, während er itemanalytisch eher ein aktivitätsdiagnostisches Verfahren ist.

Wenig Übereinstimmung mit der ICF Klassifikation zeigte der IRES-Fragebogen. 87 der 171 Kodierungen erhielten nach den Linking-Rules das Präfix nc (not covered by ICF) oder nd (not definable).

Zusammenfassend stellt Geuke zur Diskussion, „sich von der Einteilung der Assessmentverfahren in generische, konditionsspezifische Instrumente und Verfahren der sozialmedizinischen Begutachtung nach Biefang et. al. zu entfernen [Biefang 1999]. Im vorstellbaren „Szenario“ treten die ICF-Komponenten als Namensgeber einer neuheitlichen Anordnung beurteilender Instrumente ein, um auf diese Weise das Zeitalter ICF'scher Überzeugung einzuläuten.“ [Geuke 2005, S. 97]

6.2.2.6. ICF-basierte Verfahren

Von den Fachverbänden für Pflege, Physio- und Ergotherapie wurde die ICF offen aufgenommen und begrüßt, da gerade diese medizinischen Nebenberufe einer defizitorientierten Diagnostik kritisch gegenüber stehen. Stellvertretend für diese Berufsgruppen sei das Freiburger Assessment Netzwerk benannt, das Informationen zu ergotherapeutischem, logopädischem, physiotherapeutischem Assessment sowie ein Studien-Netzwerk bereit hält [Uniklinik Freiburg 2006].

Mattern [Mattern 2007] weist auf die Schwierigkeiten hin, chronisch Erkrankte allein unter medizinischen Aspekten der Gesundheit zu betrachten. „Es zeigt sich, dass die individuelle Zuschreibung einer ‚chronischen Krankheit‘ nach (...) unterschiedlichen Kriterien möglich ist, eine *zusammenfassende Klassifizierung* scheint erst dann aussagekräftig, wenn sich Konsequenzen der chronischen Erkrankung u. U. als ‚Behinderung‘ manifestieren oder diese als Risikokonstellation gesehen wird. (...) Der hier vollzogene Definitionsversuch ‚chronischer Erkrankung‘ profiliert sich somit durch die Betonung auf ‚chronisch‘ mit der Orientierung an ‚Be-

hinderung' (i. S. des ICF Partizipationskonzeptes, Anm. d. V.) während der Aspekt der ‚Erkrankung‘ unscharf bleibt.“ [S. 197, *kursive Hervorhebungen durch die Autorin*] Menschen mit chronischen Krankheiten bewegen sich auf einem dynamischen, „ständig fließenden Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit.“ [Hörmann 2002]. Ein ICF basiertes Verfahren wird deshalb eine chronische Krankheit unter Teilhabeaspekten betrachten und insbesondere Förderfaktoren und Barrieren z. B. Zugang zu medizinischer Versorgung, Hilfsmitteln, Pflege darstellen.

Um die sozialmedizinische Beurteilung in der Neurorehabilitation in Begriffe der ICF zu übersetzen, wurde an der Asklepios-Klinik in Schaufling/Bayern das Instrument NILS (Neurologische Interdisziplinäre Leistungsbeurteilung in der Sozialmedizin) empirisch basiert in drei Stufen entwickelt:

- Auswahl von Items in der klinischen Teamarbeit,
- Bewertung und Auswahl durch Gutachter der Rentenversicherungen
- sowie Übersetzung der Begriffe in Kategorien der ICF.

NILS umfasst insgesamt 33 Items, die von verschiedenen Berufsgruppen bearbeitet und in einer graphischen Übersicht zusammengefasst wurden. Nach Angabe der Autoren wird das Instrument von den Gutachtern überwiegend als nützlich bewertet [Frommelt 2005].

6.2.2.7. Redundante Verfahren

Auf den großen Umfang der ICF Items wurde bereits hingewiesen. Die gesundheitspolitischen Motive der ICF erforderten einen Anspruch auf Vollständigkeit. In der rehabilitativen Praxis jedoch ist nicht jedes Item von Bedeutung und kann u. U. vernachlässigt oder in einer höheren Ebene benutzt werden. Entsprechende Ansätze finden sich in der ICF–Kurzfassung oder der ICF-Checkliste.

Ausgehend von der Tatsache, dass die Klassifikation ICD-10 für die rehabilitative Praxis (in der medizinischen Rehabilitation, Anm. d. V.) nicht ausreicht und die ICF vermutlich die gemeinsame Sprache für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Rehabilitation sein wird, haben Forscher der ICF Research Branch an

der Universität München zwölf Core-Sets²² in Kurz- und Langform für folgende Gesundheitsstörungen entwickelt: Rückenschmerz, Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Osteoarthritis, Ischämische Herzkrankheiten, COPD & Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Brustkrebs, Adipositas, Schmerzstörungen, Depressive Störung, Schlaganfall.

Die Entwicklung der Sets verläuft zwei Phasen. In der ersten Phase erfolgt eine empirische Datenerhebung mit Hilfe der ICF-Checkliste. Diese wird ergänzt durch eine Expertenbefragung anhand der Delphi Methode sowie eine Literatur-Review. In der zweiten Phase werden die Core Sets in 30 Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland erprobt. International werden an der Studie 75 Zentren in 32 Ländern beteiligt. Kirschnek & Ewert, Mitarbeiter an den Core Sets, bemerken in die Zukunft blickend: „Eine künftige Herausforderung, welche noch etliche Jahre in Anspruch nehmen wird, ist die Integration der personenbezogenen Faktoren in die ICF, welche dann die bisherigen Core Sets ergänzen könnten. Da durch die drei Komponenten der Patient für die meisten Belange im klinischen Alltag umfassend in seiner Funktionsfähigkeit und Behinderung dargestellt werden kann, bieten sich die krankheitsspezifischen ICF Core Sets nicht nur für den Wissenschaftler, sondern auch für den Kliniker als ideale Grundlage zur Dokumentation an. Aber auch für den Arztbericht sowie für den Informationsaustausch im interdisziplinären und multidisziplinären Bereich (...) können die ICF und ICF Core Sets unterstützend eingesetzt werden.“ [Kirschnek 2005]

6.2.3. Zusammenfassung: ICF-basiertes Assessment

Assesment ist ein wichtiger Bestandteil der Planung von Leistungen zur Teilhabe. Es muss sich am Paradigmenwechsel des SGB IX und der ICF orientieren. Ob bestehende Assessmentverfahren an die ICF angepasst werden können oder neue Verfahren entwickelt werden müssen, ist in dieser Generalität zur Zeit noch nicht

²² Das Ziel des ICF Core Set-Projekts ist die Auswahl von Kategorien-Sets aus der gesamten Klassifikation, die als Mindeststandards für die Bewertung, Kommunikation und Berichterstattung über Funktionsfähigkeit und Gesundheit im Rahmen klinischer Studien, klinischer Treffen sowie multiprofessioneller umfassender Bewertung sowie Verwaltungszwecke dienen können.

feststellbar. Es scheint aber offensichtlich, dass die Akteure im Anpassungsprozess dem Konzept der ICF positiv gegenüber stehen, weil es ihnen offensichtlich neue Chancen zur interdisziplinären Kommunikation und zur exakteren und ganzheitlichen Beschreibung von Rehabilitationsbedürfnissen eröffnet. Es ist bedauernd, dass die vielen Bemühungen eher auf krankheitsbezogene Inhalte beschränkt sind. Es wäre zu wünschen, dass auch der Versuch unternommen wird, klassische Behinderungen (wie Lernbehinderung, geistige Behinderung, Sinnesbehinderungen) und deren Bedarf an Teilhabeleistungen ICF-basiert zu beschreiben und durch geeignete Assessmentverfahren zu unterstützen. Vorschläge, die Schopf et al. [Schopf 1999] oder Zelfel [Zelfel 2002] noch auf der Basis der ICF-Vorgängerin ICIDH II gemacht haben, sind bisher von den Rehabilitationsträgern nicht aufgegriffen worden.

6.3. Das Qualitätsmerkmal Dialogorientierung als Auftrag des Paradigmenwechsels im SGB IX

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“ (SGB IX § 1).

Der ehemalige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Hermann-Josef Haack, schreibt der Mitwirkung Betroffener eine maßgebliche Rolle bei der Reformierung des Sozialsystems zu: „Teilhabe als Ziel von sozialpolitischer Praxis ist nicht nur Aufgabe von Gesetzgebung, sondern heißt insbesondere auch Mitwirkungsmöglichkeiten von Versicherten und Patienten als Gegengewicht zu den etablierten Interessen bei der Vorbereitung und Umsetzung von Sozialreformen sicherstellen.“ [Haack 2003]

Mitwirkung und Beteiligung erfordern Dialog zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger. Dialog wird somit zu einem Merkmal für Qualität von Leistung. Er bedarf der systematischen Berücksichtigung in Teilhabeplanung, -durchführung und -dokumentation und ist Bestandteil der Qualitätssicherung. Im Folgenden soll Dialogorientierung in der beruflichen Rehabilitation aus verschiedenen Aspekten betrachtet werden:

6.3.1. Mitwirkung des Menschen mit Behinderung an Leistungen zur Teilhabe im Sozialgesetzbuch IX

Das Sozialgesetzbuch IX enthält zahlreiche Regelungen, die Mitwirkung oder Beteiligung des Menschen mit Behinderung vorsehen. Schon die konsequente Verfolgung des in § 1 festgelegten Ziels der Selbstbestimmung setzt seine Beteiligung bei der Bestimmung und Durchführung der Leistungen zur Teilhabe voraus. § 9 regelt ausdrücklich das Wunsch- und Wahlrecht der Berechtigten bei Leistungen zur Teilhabe. 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 Rehabilitationsträgern am 27. März 2003 beschlossen [BAR 2003].

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 regelt § 21 Abs. 1 Ziffer 4, dass in den entsprechenden Verträgen „angemessene Mitwirkungsmöglichkeiten der Teilnehmer an der Ausführung der Leistungen“ vorgesehen werden.

6.3.2. Institutionalisierte Mitwirkungsmöglichkeiten

§ 35 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 3 SGB IX legt für Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation als gesetzliche Organisationsvorgabe fest, dass diese den Teilnehmenden und den von ihnen zu wählenden Vertretungen die bereits in § 21 Abs. 1 Ziffer 4 SGB IX erwähnten angemessenen Mitwirkungsmöglichkeiten bieten müssen. Die hierzu genannte Erarbeitung von gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger, § 35 Abs. 1 Satz 3 SGB IX, ist noch nicht erfolgt.

In der Regel sind bei den Leistungserbringern gewählte Rehabilitandenvertretungen eingerichtet. Für Mitarbeiter der Werkstatt für behinderte Menschen wird ein Werkstattrat gebildet, dessen Zusammensetzung, Wahl und Aufgaben in § 139 SGB IX geregelt sind. In Berufsförderungswerken werden Rehabilitandenvertretungen regelmäßig gewählt. Zur Zeit werden Rahmenrichtlinien diskutiert, die von der Geschäftsführerkonferenz der ARGE BFW beschlossen werden sollen. Diese beinhalten ein Informationsrecht, ein Anhörungs- und Vorschlagsrecht, ein Vermittlungsrecht bei Beschwerden. Das „stärkste“ Recht ist das Beteiligungsrecht, das Hausordnung, gravierende disziplinarische Maßnahmen sowie Organisation und Betreuung von Veranstaltungen für Teilnehmer/innen betrifft.

Die Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) hat die Verpflichtung zur Dialogorientierung umgesetzt, indem sie im Mai 2003 ein Eckpunktepapier zur Teilnehmervertretungsordnung in den Berufsbildungswerken beschlossen hat [*BAG BBW 2003a*]. 15 Einrichtungen werden die Regelungen drei Jahre lang einer Erprobung unterziehen. Die Mitwirkung der Teilnehmervertretung (TV) ist in vier Ebenen vorgesehen:

- Zustimmungspflicht,
- Beratungsrecht,
- Informationsrecht,
- Antragsrecht.

Alle Regelungen, die die Lebenssituation der Rehabilitanden betreffen, bedürfen der Zustimmung der Teilnehmervertretung. Dies betrifft vor allem Fragen der

Hausordnung, der Gestaltung von Sozialeinrichtungen und des Umgangs mit Befragungen über das Verhalten von Teilnehmern. Für den Streitfall gibt es Schiedsverfahrensregelungen. Bei Fragen der sachlichen Ausgestaltung, der baulichen Veränderung, der Festlegung von Rahmenbedingungen der Förderplangestaltung, Zeitregelungen und der technischen Leistungskontrolle besteht ein Beratungsrecht. Bei der konzeptionellen, baulichen und organisatorischen Weiterentwicklung sowie bei Qualitätssicherung und Evaluation gibt es ein Informationsrecht. Die TV kann darüber hinaus Anträge, Vorschläge und Beschwerden einzureichen. Bei schwerwiegenden Veränderungen des Reha-Verlaufs bzw. des individuellen Förderplans kann die TV auf Wunsch der Teilnehmer/innen hinzugezogen werden.

6.3.3. Dialogorientierung in der gemeinsamen Empfehlung „Qualitätssicherung“

Am 27.3.2003 haben fünf der sieben Rehabilitationsträger (ohne Träger der Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialhilfe) die gemeinsame Empfehlung „Qualitätssicherung“ [BAR 2003] vorgelegt, zu der sie in SGB IX § 20 Abs. 1 verpflichtet wurden. Die Unterzeichner haben in diesem Papier drei wesentliche Aussagen zur Umsetzung des Dialogauftrages des SGB IX vereinbart:

- Zur Position des Rehabilitanden im Teilhabeprozess:

Der Leistungsberechtigte steht im Mittelpunkt: „Die Rehabilitationsträger wirken auf bedarfsgerechte, zielgerichtete und an den individuellen Bedürfnissen der Leistungsberechtigten ausgerichtete qualifizierte Leistungen zur Teilhabe hin (...) Verfahren zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement stellen dabei zentrale Elemente einer effektiven und effizienten Leistungserbringung dar.“ [ebd.] Die Dialogorientierung als Merkmal der Leistungsqualität ergibt sich aus dem Grundsatz in § 1 Abs. 2 der Empfehlung: „Der Leistungsberechtigte mit seinen Bedürfnissen ist in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen.“ [ebd.]

- Zur Öffnung von Daten:

„Qualitätsergebnisse dem Leistungsberechtigten zugänglich machen: Transparenz in der Rehabilitation soll dadurch hergestellt werden, dass einrichtungsbezogene Qualitätsdaten den Rehabilitationsträgern und in geeigneter Form den Leistungsberechtigten zugänglich gemacht werden. Hierbei ist der Rahmen des rechtlich Zulässigen zu berücksichtigen.“

- Zur Qualitätsbeurteilung durch den Leistungsempfänger:

„Die wahrgenommene Qualität und die Bewertung durch Leistungsberechtigte ist ein wesentliches Qualitätsmerkmal: Die Berücksichtigung der Belange der Rehabilitanden soll durch eine systematische Befragung zur wahrgenommenen Qualität und deren Bewertung gewährleistet werden. Sie ist ein wesentliches Merkmal zur Qualitätssicherung.“

6.3.4. Empowerment in der Rehabilitation

Die Madrider Deklaration des European Disability Forum (EDF) wurde im Jahr 2003 zur Leitlinie des Europäischen Jahres der Menschen mit Behinderungen: *“nothing about disabled people without disabled people, nothing about us without us”*. [European Disability Forum 2003] Neben Teilhabe, Mitwirkung und Rechten ist der Aspekt, das Selbstbewusstsein des Menschen mit Behinderung zu stärken, vor allem durch Behindertenverbände vorgetragen worden. Hintergrund dieses Gedankens ist, dass es nicht ausreicht, Rechte zu haben, sondern es bedarf der Befähigung, diese Rechte auch wahrzunehmen. Der behinderte Mensch ist Subjekt, und nur soziale Strukturen oder Umweltbedingungen hindern ihn an der Selbstentfaltung seiner Persönlichkeit, eine Sichtweise, die Wolfensberger in seiner bahnbrechenden Veröffentlichung *„the principle of normalization“* bereits 1972 beschrieben hat [Wolfensberger 1972].

Beim *Empowerment* steht der behinderte Mensch im Mittelpunkt, er verkehrt auf gleicher Augenhöhe mit den Fachleuten der Rehabilitation. Leistungsträger und Leistungserbringer sind „Hilfskräfte“, die den Betroffenen bei Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe unterstützen und als Assistenz zur Seite stehen.

Damit vollzieht sich „ein Paradigmenwechsel von der Dominanz der Leistungsträger und Leistungserbringer hin zur Dominanz der Patienten und Versicherten.“

[Schönle 2003]

Die Umsetzung des Empowerment-Konzeptes in der Rehabilitation bietet sich auf vielen Ebenen an: Die Erhebung und Dokumentation der Selbsteinschätzung neben objektiven diagnostischen Daten, die Beteiligung an der Formulierung von Zielen der Teilhabeleistung, die Übernahme von Selbstverantwortung für den Erfolg der Teilhabeleistung und nicht zuletzt auch die abschließende Bewertung einer Leistung sind Elemente, die derzeit in Einrichtungen der Rehabilitation erprobt werden. Oftmals benötigen Menschen mit Behinderungen Befähigung und Assistenz, um ihre Rechte wahrnehmen zu können.

In einem österreichischem Internet-Portal, das im Rahmen von EQUAL EP_Empowerment im Europäischen EQUAL Programm entstanden ist, beschreibt Schauerhofer [Schauerhofer 2005] die Bedeutung von Empowerment:

- das Erkennen eigener Stärken,
- das Einsetzen eigener Kompetenzen,
- in Gruppenprozessen,
- um schließlich gesellschaftliche und soziale Veränderungen zu bewirken.

„Rechte ohne Ressourcen sind ein grausamer Scherz“, schrieb Julian Rappaport 1981 [Rappaport 1985, S. 268] und weist zu Recht darauf hin, dass zu Dialogorientierung auch die Befähigung gehört, den Dialog fachgerecht zu führen.

Der ehemalige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung Hermann Josef Haack regt zur besseren und qualifizierten Beteiligung der Behindertenverbände an, Kompetenzzentren zu bilden, um die Mitwirkungsmöglichkeiten qualifiziert wahrzunehmen [Haack 2006].

„Wenn die Organisationen der Behindertenhilfe und -selbsthilfe einen ernsthaften Beitrag zur künftigen Lebenssituation von Menschen mit Behinderung leisten wollen, müssen sie ihre Arbeit professionalisieren. Zum Beispiel, indem sie ein Kompetenzzentrum gründen - ein Institut zur Sicherung der Lebenssituation für

Menschen mit Behinderungen. Nicht in der schwachen Konstruktion des Deutschen Behindertenrates, sondern wirklich gut ausgestattet. Dort müssen sie Beratungsstrukturen aufbauen, die in Bund, Ländern und Gemeinden abgerufen werden können. Denn die Politik ist doch angewiesen auf Expertisen der Verbände und der betroffenen Personen.“

Schon die Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen zur Fortentwicklung des SGB IX hatte in ihrem Eckpunktepapier vom 21.1.2005 auf den Aspekt der qualifizierten Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen hingewiesen und den Ausbau von Kompetenzzentren gefordert, die allerdings in der Novellierung im Jahr 2005 keine Aufnahme in den Gesetzestext fanden:

„Um die im SGB IX und BGG vorgesehene Beteiligung behinderter Menschen durch ihre Vertretungen (Behindertenbeauftragte, Behindertenbeiräte, Behindertenverbände, Deutscher Behindertenrat) besser zu ermöglichen, sollen Kompetenzzentren eingerichtet werden, die die Forschung und Lehre im Sinne der Barrierefreiheit und Teilhabe verbessern, notwendige Expertisen erstellen, sowie Ausbildung und Schulung der zu Beteiligten und der Zielvereinbarungspartner vornehmen können. Dazu sollen unter Mitwirkung von Behindertenverbänden in Kooperation mit Hochschulen, Fachvereinigungen oder Projekten Kompetenzzentren zu den verschiedenen Bereichen der Beteiligung (...) gebildet werden.“
[Koalitionsarbeitsgruppe 2005]

Bisher wurde der Vorschlag der Kompetenzzentren noch nicht realisiert und die Koalitionsarbeitsgruppe ist durch die letzte Bundestagswahl aufgelöst worden.

6.3.5. Ermittlung der Leistungsakzeptanz als Merkmal der Dialogorientierung

Kundenzufriedenheit gilt als ein wesentliches Merkmal in der Qualitätssicherung. Definiert man die Menschen mit einer Behinderung innerhalb der beruflichen Rehabilitation als „Kunden“, so können Befragungen zu Strukturqualität wie Unterbringung, Verpflegung, Lage, Standort, Freizeitmöglichkeiten, Ausstattung und Personal gestellt werden. Fragen zur Prozessqualität betreffen Didaktik, Unter-

richt, Lernformen sowie Regelungen der Einrichtung. Ergebnisqualität aus der Sicht der Teilnehmer schließlich spiegelt das subjektive Empfinden über objektiv feststellbare Zielerreichung wider. Die Teilnehmerbefragung ist Ausdruck und Bestandteil einer Dialogorientierung. Unabhängig von der Form der Durchführung, z. B. anonym, mündlich, standardisiert, vermittelt sie die Botschaft: „Das, was du denkst, erlebst und empfindest, ist uns nicht egal!“

Eine direkte Übertragung dieses Anbieter/Kunden-Modells auf die berufliche Rehabilitation stößt allerdings auf Grenzen, da hier komplexere Strukturen und Abhängigkeiten vorhanden sind. Denn Teilhabeleistungen sind nicht auf einem offenen Markt frei handelbar. Neben dem Leistungserbringer und dem Leistungsempfänger ist der Einkäufer der Leistung, nämlich der Leistungsträger bestimmend. Kundenorientierung kann aus der Sicht der Einrichtung also auch verstanden werden, den Zielsetzungen und Vorstellungen des Leistungsträgers erfolgreich zu entsprechen. Eine Kundenbindung könnte darin bestehen, eine möglichst hohe Zahl an Rehabilitanden durch einen Rehabilitationsträger zugewiesen zu bekommen. Es ist zu befürchten, dass die Leistungserbringer, die für die Zuweisung von Maßnahmen an Ausschreibungen der Bundesagentur teilnehmen müssen, im Kostenwettbewerb die Verpflichtung der Dialogorientierung zurückstellen.

Eser et al. weisen zu Recht darauf hin, dass der Begriff (Kunden-) Zufriedenheit subjektiver Bewertung im Hinblick auf Ausmaß und Objekt unterliegt. Analog zum Begriff der Kundenzufriedenheit in marktorientierten Systemen schlagen sie vor „Rehabilitandenzufriedenheit“ zu definieren als „die vom Rehabilitanden wahrgenommene Diskrepanz zwischen den erwarteten und erlebten Leistungen einer Rehabilitationseinrichtung“. [Eser et al. 2002, S. 230]

6.3.5.1. Entwicklung eines Musterfragebogens zur Leistungsakzeptanz

Auf der Grundlage der „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung“ der Rehabilitationsträger hat Eser einen Musterfragebogen zur Erhebung der Teilneh-

merzufriedenheit in berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen und der Erstausbildung entwickelt [Eser 2004]. Der Autor hat sich im Rahmen der Qualitätsentwicklung innerhalb eines Berufsbildungswerkes mit der Einbringung von Qualitätsmanagementsystemen in die Praxis der sozialen Arbeit beschäftigt. Das von ihm mitverfasste Werk, in dem das Instrument der Selbstevaluation als Instrument der Qualitätskontrolle in der sozialen Arbeit vorgestellt wird, orientiert sich am EFQM-Modell²³:

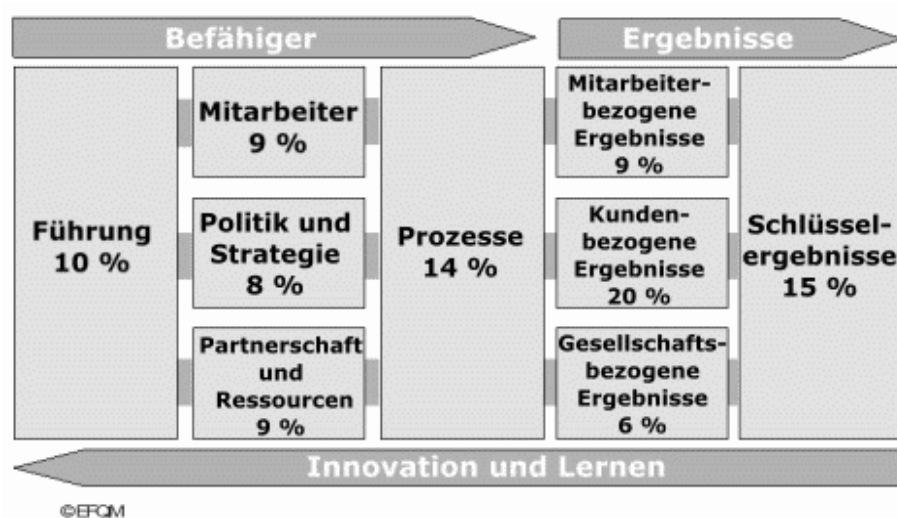


Abbildung 23: Das EFQM-Modell [Hummel 2004, S. 24]

„Auffallend ist, dass das Kriterium Kunden²⁴ die höchste Einzelgewichtung mit 20% aufweist. Der Grund dieser hohen Gewichtung liegt in der Struktur des Modells begründet: Kundenzufriedenheit wird als das bestgeeignete Instrumentarium zur Erreichung von Unternehmensergebnissen angesehen.“ [ebd. S. 26]

„Qualität bedeutet also auch, die Erwartungen der Kunden zu erfüllen, zumindest Klarheit über die institutionellen Ziele und Methoden darzulegen.“ [ebd. S. 33]

Eser [Eser 2004] hat sich deshalb im Befragungsdesign an den PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagement angelehnt.

²³ European Foundation for Quality Management

²⁴ „Der Begriff ‚Kunde‘ ist in sozialen Institutionen noch nicht sehr geläufig. Einen einzigen Kunden gibt es meist auch nicht. Kunden sind im sozialen Feld die Klienten und die Kostenträger. Trotzdem verwenden wir diesen Begriff, da er doch - wie in anderen Tauschprozessen auch - die ‚Geschäftsbeziehung‘ charakterisiert.“ [Hummel 2004, S. 21]



Abbildung 24: Der Deming Cycle, EFQM

Mit dem Deming-Cycle oder auch PDCA (engl.: Plan-Do-Check-Act) wird ein Phasenkonzept bezeichnet, dem ein Prozess der kontinuierlichen Qualitätsförderung zugrunde liegt.

Anhand von rund 30 Items können die jungen Menschen ihre Leistungsakzeptanz mitteilen. „Das individuelle, aber auch das gemittelte organisationsbezogene Antwortmuster kann zu einer Stärken-Schwächen-Analyse und nachfolgenden Optimierungen genutzt werden.“ [ebd. S. 73]

6.3.5.2. Diskussion von Leistungsakzeptanz als Dialogkultur einer Rehabilitationseinrichtung

Einen Fragenkatalog mit siebzehn Items zur Leistungsakzeptanz und zur Beurteilung der Strukturqualität, der sich am genannten Fragbogen orientiert, verwendete das Berufsbildungswerk Essen [Vogedes 2004]. Der Befragungszeitraum betrug drei Monate. Von 220 zu diesem Zeitpunkt möglichen zu befragenden Teilnehmern (Auszubildende und Teilnehmer von Förderungslehrgängen) konnten 116 Fragebogen ausgewertet werden. Dies entspricht einer Erfassung von über 50%. Es wurde je nach zu beantwortender Frage eine fünf- bzw. siebenteilige Skalierung gewählt. Der Fragebogen wurde von Mitarbeitern des sozialen Dienstes entwickelt. In der Form wurde er an die Bedürfnisse von Jugendlichen mit Lernbehinderungen angepasst: Kürze, Klarheit und Beantwortung mit „Smileys“.

Selbstverständlich erfolgte die Befragung anonym. Ohne die empirische Qualität zu überschätzen, gibt die Auswertung einigermaßen deutlich Tendenzen in der Einschätzung der Jugendlichen wieder.

Die folgende Grafik stellt auszugsweise die Befragungsergebnisse dar:

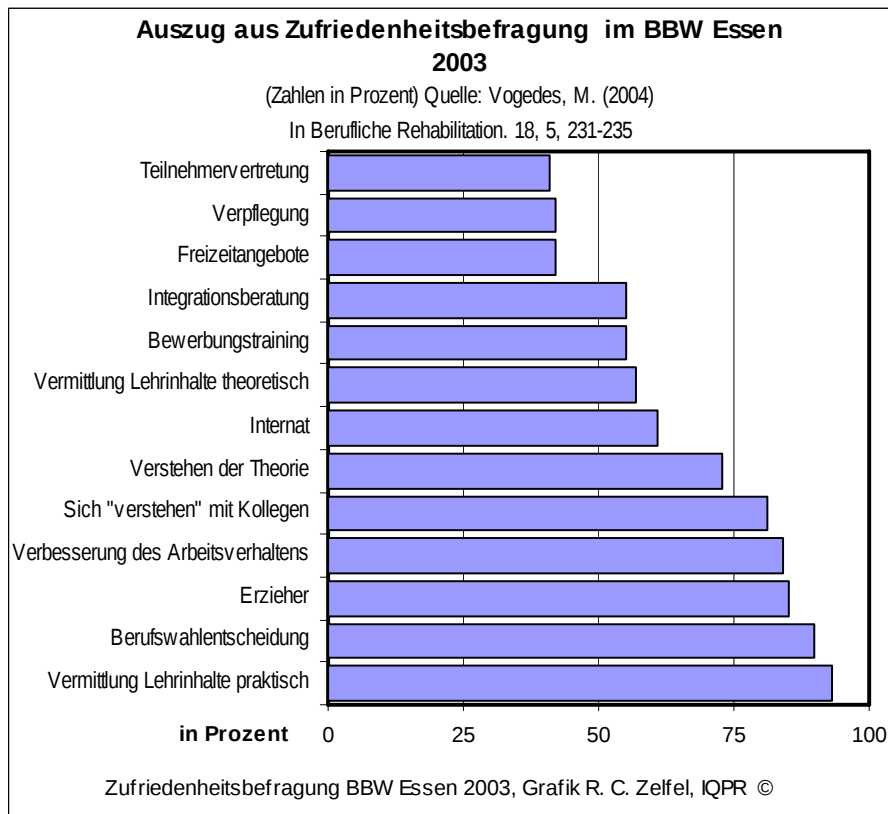


Abbildung 25: Zufriedenheitsbefragung BBW Essen

Insgesamt drückt die Auswertung eine hohe Zufriedenheit aus. Bis auf drei, Teilnehmervvertretung, Verpflegung und Freizeitangebote, liegen die Werte deutlich im dritten und vierten Quartil. Im Sinne des von Eser vorgeschlagenen Qualitätssicherungsmodell bieten die drei relativ niedrigen Werte Anlass zur Planung von Qualitätsverbesserungen. Bezeichnenderweise sind dieses die Bereiche, in denen die Jugendlichen gut eingebunden werden können.

Der Umgang mit den Ergebnissen kann als ein „best practise“ Beispiel für Dialogorientierung gewertet werden. Die Ergebnisse der Befragung wurden zehn Tage öffentlich ausgehängt und führten zu lebhaften Diskussionen zwischen Auszubildenden und Mitarbeitern. Es ist bekanntermaßen ein besonderes Verdienst dieses Berufsbildungswerkes, die Mündigkeit der jungen Rehabilitanden/innen zu fordern und fördern.

6.3.5.3. Die Einbeziehung von Angehörigen in den Dialog

In der beruflichen Ersteingliederung können als weitere Dialogpartner Eltern einbezogen werden. Sie haben besonderes Interesse daran, wie und auf welche Weise ihr Kind mit einer Behinderung gefördert wird. Sie wünschen sich eine möglichst erfolgreiche berufliche Qualifikation und Integration. Die Akzeptanz der Leistungen durch Eltern ist für die Prozessqualität von Bedeutung. Sie sollten am Dialog beteiligt werden, sofern sie dies wünschen; sie müssen beteiligt werden, wenn die Rehabilitanden noch nicht volljährig sind.

Nicht selten bestehen allerdings Schwierigkeiten darin, dass die Leistungsakzeptanz zwischen Eltern und Jugendlichen divergiert. Die Ablösung von den Eltern findet bei jungen Menschen mit Behinderungen deutlich später statt als in der vergleichbaren Altersgruppe. Aufgrund der ständigen Beschäftigung mit der Behinderung ihres Kindes entstehen bei vielen Eltern Tendenzen zu Überfürsorge (*overprotective*). Dies steht im Widerspruch zur ganzheitlichen Förderung der Selbständigkeit, die mit der beruflichen Sozialisation einhergeht.

Dialog erfordert ein gewisses Maß an Selbständigkeit und Selbstvertrauen, seine Meinung vorbringen zu können. Wie der Verfasser in seiner langjährigen Geschäftsführertätigkeit für einen Behindertenverband häufig beobachten konnte, stehen viele Eltern dieser Entwicklung bei ihren behinderten Kindern im Wege.

Psychologisch gesehen entwickelt sich oft eine „double bind“-Beziehung, bei der die Behinderung des Kindes dazu funktionalisiert wird, gesellschaftliche Anerkennung als Eltern, insbesondere als Mutter zu erhalten, die ohne das „Schicksal, ein behindertes Kind zu haben“ nicht erreicht worden wäre. Ein Forum hierfür sind viele Behindertenverbände, in denen sich Angehörige und Förderer häufig nur noch mit sich selbst beschäftigen.

Selbständiges Leben, Sexualität und selbstbestimmte Freizeitgestaltung von Jugendlichen mit Behinderungen sind Tabuthemen, die bei dieser Elternschaft nur wenig Rückhalt erfahren.

Ein Beispiel ist die häufige Abwertung, die stationäre Einrichtungen wie Berufsbildungswerke - meist hinter vorgehaltener Hand - in Elternverbänden erfahren. Sie ist nach Meinung des Autors eher als Ausdruck dieses nicht gelungenen Ablösungsprozesses zu werten, als dass objektive Beschwerdeanlässe zugrunde lägen.

Mangels fachlicher Kompetenz wird vielfach die Lobby-Funktion nicht effektiv wahrgenommen. (vgl. Vorschlag Haack Kompetenzzentrum Kap. 6.3.4). So ist der massive Verkürzung von berufsvorbereitenden Maßnahmen für Jugendliche mit Behinderungen durch die Bundesagentur für Arbeit kein nennenswerter Widerstand der Elternverbände entgegengesetzt worden.

Die Ziele des SGB IX, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, sind in vielen Elternverbänden noch nicht aufgenommen worden. Der Paradigmenwechsel wurde bei ihnen noch nicht vollzogen, da sie sich im wesentlichen an Zielen Helfen, Beschützen und Fürsorge orientieren.

Berufliche Rehabilitationseinrichtungen, die sich an den Zielen Hilfen zur Selbständigkeit und eigenständigen Lebensführung orientieren, müssen dies bei der Einbeziehung von Eltern in den Dialog berücksichtigen.

6.3.6. Dialogorientierung durch Beschwerdemanagement

Die Qualität eines kundenorientierten Angebotes zeigt sich u. a. am Beschwerde- oder Reklamationsmanagement als Bestandteil der Qualitätssicherung. In betriebswirtschaftlichen Publikationen wird Beschwerdemanagement die Bedeutung zugeordnet, die Kundenzufriedenheit und die Bindung des Kunden an das Unternehmen wiederherzustellen. Die negativen Auswirkungen sollen minimiert werden und die in der Beschwerde enthaltenen Informationen zu Prozess- und Ergebnisqualität sollen für das betriebliche Qualitätsmanagement genutzt werden. „Diese Ziele des Beschwerdemanagements lassen sich nur erreichen, wenn man für unzufriedene Kunden leicht zugängliche Beschwerdekanäle schafft, wenn eine sach- und problemgerechte Beschwerdereaktion und -bearbeitung erfolgt sowie

Beschwerden systematisch hinsichtlich ihres informatorischen Gehalts ausgewertet werden.“ [Seidel et al. 2003, S. 133]

In der gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX sind keine Aussagen über Beschwerdemanagement getroffen worden.

Im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches V, gesetzliche Krankenversicherung, hingegen gehört das „systematische Beschwerdemanagement“ zu den Zielen und Grundsätzen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation. Dies wurde in der Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V zwischen Krankenkassen und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer festgelegt [Spitzenverbände 2004].

Das Beschwerdemanagement bei den Trägern der Rehabilitation ist gesetzlich nur im Sinne von Widerspruch gegen Bescheide mit entsprechenden Klagemöglichkeiten geregelt. SGB I und SGB X haben klare Regelungen über Fristen, Rechtsbehelfe, Widersprüche und Klagemöglichkeiten, die im internationalen Vergleich vorbildlich sind. Dennoch gibt viele Beschwerden, Reklamationen und Unzufriedenheiten der Rehabilitanden, die nicht auf dem Rechtswege zu beseitigen sind, den Erfolg der Rehabilitation aber entscheidend beeinflussen, wenn nicht sogar verhindern können.

Im medizinischen Bereich beispielsweise fühlen sich Patienten nicht verstanden, falsch behandelt, in ihren Leiden verkannt oder nicht genügend akzeptiert. In der beruflichen Rehabilitation können dies subjektiv erlebte Fehlplatzierungen, Über-/Unterforderung, mangelndes *commitment*, fehlende Perspektive, Probleme mit dem Teilhabeplan und dem Personal sein. Aber auch Fragen der Unterbringung, Verpflegung, Regeln und Verbote können Gegenstand zur Beschwerde sein. Neben den Rehabilitanden können auch Angehörige diese vorbringen, so etwa Eltern von Jugendlichen mit Behinderungen in Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.

6.3.6.1. Untersuchung über Beschwerdemanagement in der Arbeitsverwaltung und Rentenversicherung

In ihrem Internetportal www.arbeitsamt.de²⁵ empfiehlt die Bundesagentur für Arbeit unter dem Stichwort Beschwerdewege das Aufsuchen des Beraters in der örtlichen Geschäftsstelle, gegebenenfalls auch des Vorgesetzten. Es wird zwar auch auf ein Kundenreaktionsmanagement im „BA-Service-Haus in Nürnberg“ oder in der Regionaldirektion²⁶ erwähnt, „an das Sie sich ‚auch‘ wenden können.“ Gleichzeitig wird deren Bedeutung aber in Frage gestellt. „Es empfiehlt sich jedoch, den oben aufgezeigten Weg [zum Berater] zu beschreiten, um Verzögerungen zu vermeiden“ (Hervorhebungen und Anm. d. Verf.). Einem kundenorientierten Beschwerdemanagement i. S. von Qualitätsentwicklung wird dieses Verfahren sicher nicht gerecht.

Mit Hilfe einer Textanalyse wurde in den Internetseiten der 26 Träger der Rentenversicherung²⁷ eine Recherche²⁸ nach den Begriffen „Beschwerde“, „Reklamation“ und „Widerspruch“ vorgenommen. Diese Begriffe wurden jeweils in das Suchfeld der *homepage* eingegeben. Bei zehn der Träger, die kein eigenes Suchfeld anboten, wurde die Suchfunktion des Browsers bis zu drei Menüebenen abwärts vorgenommen.

Die Analyse auf den jeweiligen Internetportalen hatte folgendes Ergebnis: Bei zwölf Rentenversicherungen gab es einen Hinweis zum Widerspruchsverfahren, bei nur zwei Anstalten gab es einen Link oder Verweis auf das Wort „Beschwerde“. In keiner Seite wurde das Wort „Reklamation“ gefunden. In einer LVA gab es im Zusammenhang mit der Erläuterung von Widerspruch einen Hinweis auf ein vorliegendes Qualitätsmanagement. In einer anderen Seite führte ein Link zur Widerspruchsstatistik im Berichtsjahr 2004 (5.200 Widersprüche, 2.047 Klagen). Aus dieser kurzen Analyse kann geschlossen werden, dass zumindest bei der In-

²⁵ heute: www.arbeitsagentur.de, Zugriff 14.04.2005

²⁶ früher: Bundesanstalt für Arbeit bzw. Landesarbeitsamt

²⁷ Landesversicherungsanstalten, heute Deutsche Rentenversicherung

²⁸ Die Untersuchung erfolgte im April 2004.

ternetpräsenz die Behandlung von Kundenbeschwerden eine untergeordnete Rolle spielt.

6.3.6.2. Beschwerdemanagement bei sozialen Dienstleistern in den Niederlanden

Als Beispiel für ein gut organisiertes Beschwerdemanagementsystem sollen die vorbildlichen Regelungen in den Niederlanden aufgezeigt werden [*Stichting Reïnvallidatie Limburg 2004*]. Dem Beschwerdemanagement, *Klachtenprocedure*, wird im Bereich Rehabilitation große Bedeutung zugemessen. Fast alle Einrichtungen der Rehabilitation haben Beschwerdebeauftragte, *Klachtenfunctionaris*, und eine Beschwerdekommision, *Klachtencommissie*, die Vertraulichkeit gewährleisten. Darüber hinaus gibt es noch öffentliche Ansprechpartner. Die Beschwerderegeln gelten für alle Bereiche der Rehabilitation (*reïnvallidatie*) und sind öffentlich zugänglich.

Ein Beschwerdemanagement im Sinne von Kundenorientierung ist in Deutschland allenfalls durch die Existenz der gemeinsamen Servicestellen gegeben. Eine Erprobung von Beschwerdemanagement bei Leistungserbringern und -trägern dürfte im Rahmen der Qualitätsentwicklung von Interesse sein. Hieran sind in geeigneter Weise die Organisationen der Betroffenen zu beteiligen.

6.4. Das Qualitätsmerkmal 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 Antragstellung²⁹ 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 [BAR Gem. Empf. "Teilhabeplan" 2004b]. Eine Orientierung an der Klassifikation der ICF, die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in der medizinischen ambulanten Rehabilitation durch die „Rahmenempfehlung ambulante Rehabilitation“ bereits eingeführt wurde, wäre sinnvoll [BAR 2004d].

Es sei an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen, dass dieser Teilhabeplan nur im Dialog mit dem/der Betroffenen erstellt werden kann. Es ist selbstverständlich, dass der/die Rehabilitand/in in angemessener Weise Zugang zu Daten erhält. Hierzu gehören auch Gutachten, Testergebnisse, Berichte und fachliche Empfehlungen der verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitation. Natürlich sind die Vorschriften des Datenschutzes zu beachten.

6.5. Das Qualitätsmerkmal 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 Leistungsbe-

²⁹ vgl. Antrag BA/Reha Nr. 101

rechtigten 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. Der qualifizierte 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 Personengruppen 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“ ist unterschiedlich. Er wird in der Regel durch die Rehabilitationsberatung beim Leistungsträger im Rahmen der Bewilligung der Leistung ausgewählt. Leistungen zur beruflichen Qualifikation können an sechs verschiedenen Orten (Lernorte) 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).

6.5.1. Hilfen zum 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 Hilfen zum behindertengerechten Einrichtung eines Arbeitsplatzes, Hilfen bei der Umsetzung im Betrieb, aber auch die rund 20.000 jährlichen Kfz-Hilfen dienen der Mobilität und damit dem Erhalt oder der Erlangung eines Arbeitsplatzes für einen behinderten Menschen. Mit Sonderprogrammen, zuletzt mit dem Programm „job 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.

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

6.5.2. Qualifizierung in betrieblicher Form

Die vorgenannten Maßnahmen stehen in direkter Beziehung zu einem betrieblichen³⁰ Arbeitsplatz. Bei Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hingegen haben betriebliche Lernorte³¹ 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-, Weiterbil-

³⁰ „Betrieblich“ wird aus Gründen der Lesbarkeit für alle Arbeitsverhältnisse bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern verwendet.

³¹ 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.

dungs- 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 weltweit 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 [Zelfel 1999].

Die beiden Grafiken zeigen die Entwicklung in absoluten und prozentualen Zahlen³² [Datenquelle: Bundesagentur ANBA 1996-2007]:

³² Die Rentenversicherung konnte ebenso wie der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften auf Anfrage keine lernortbezogenen statistischen Datenreihen zur Verfügung stellen. Deshalb erfolgt die Betrachtung ausschließlich gestützt auf Daten der Bundesagentur. (Anm. Zelfel)

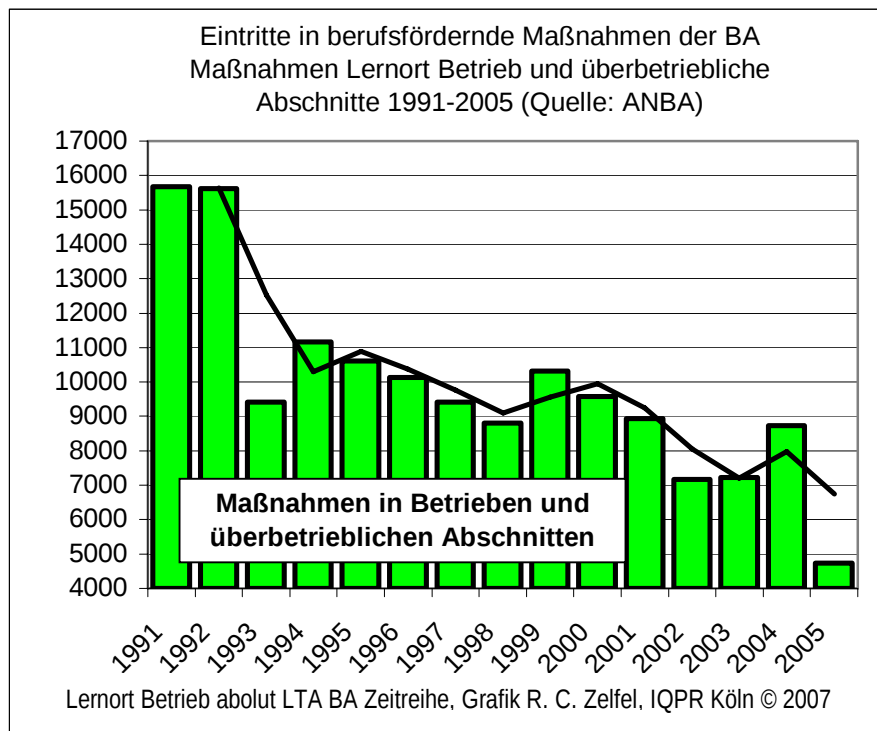


Abbildung 26: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen der BA am Lernort Betrieb der Jahre 1991-2005

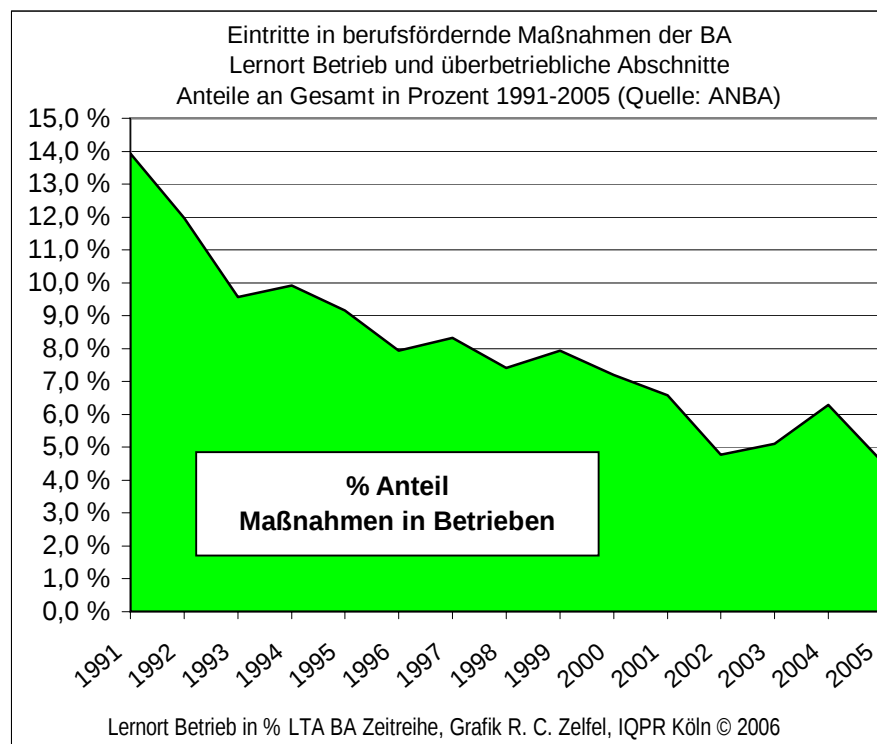


Abbildung 27: Anteil des Lernortes Betrieb in Prozent an berufsfördernden Leistungen der BA in den Jahren 1991–2005

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 2003, S. 18]. 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.

6.5.3. Der Mythos des Klebeeffektes

Im Rahmen der Reform der Arbeitsmarktgesetze wurden viele Anstrengungen unternommen, Arbeitsplatzsuchende in Praktika, Probebeschäftigungen oder Teilzeitarbeitsverhältnissen (Personalserviceagenturen, PSA) zu platzieren.

Ludwig Georg Braun, Präsident des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK): „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.“ [DIHK, 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 et al. [Grünke 2003] und Masendorf et al. [Masendorf 2000] allerdings nicht befriedigend nachweisen.

Über die Höhe des „Klebeeffektes“ gibt es in der Literatur unterschiedliche Einschätzungen. Braun (DIHK) 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.“ [DIHK 2006, S. 1]

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

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 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]

In der beruflichen Eingliederung von Behinderten ist der „Klebeeffekt“ bisher empirisch nicht untersucht worden. Während sich der Effekt 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.

6.5.4. Steigende Bedeutung der Werkstatt für behinderte Menschen als Ort der Eingliederung

Ein beträchtlicher Teil der Rehabilitanden/innen mündet in Maßnahmen im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen ein. Unter der Voraussetzung, dass die Platzierung sachgerecht und nach den Intentionen des SGB IX erfolgt ist, bedeutet 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. Anm. d. Verf.)

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 der 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 rechte Achse die Prozentanteile des jeweiligen Eintrittsjahres abgebildet [*Datenquelle: Bundesagentur ANBA 1996-2007*].

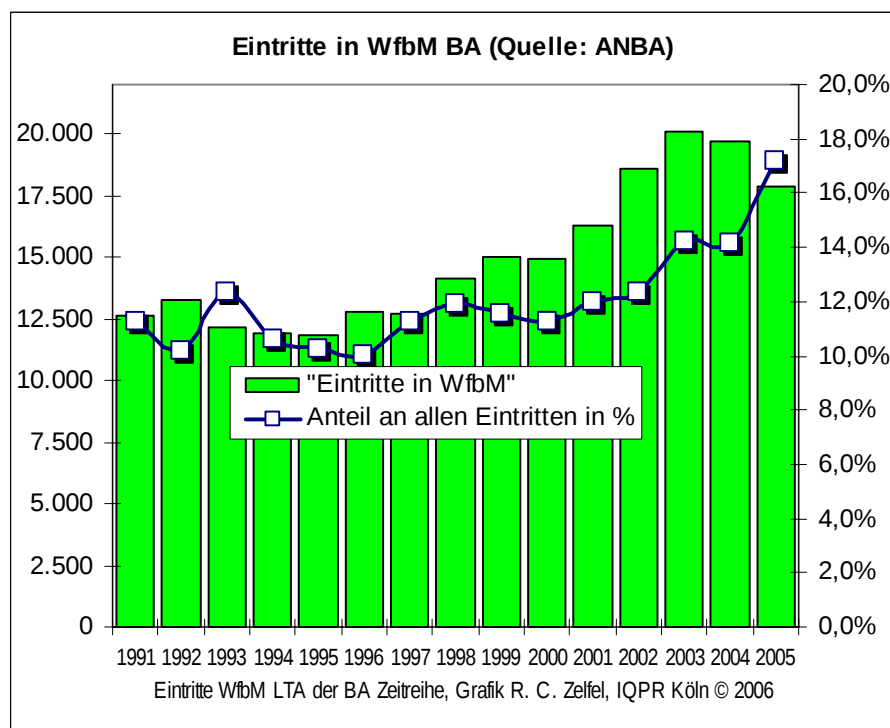


Abbildung 28: Berufsfördernde Maßnahmen in der WfbM BA Zeitreihe in den Jahren 1991–2005 [Datenquelle: Bundesagentur ANBA 1996-2007]

Die Rentenversicherung veröffentlicht in ihrer Statistik keine Angaben über den Ort der Durchführung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Da jedoch an anderer Stelle Leistungen in der Werkstatt für behinderte Menschen ausgewiesen sind [Deutsche Rentenversicherung 2006d], 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. Zeffel, IQPR Köln © 2006						

Tabelle 10: Vergleich Einmündung in berufsfördernde Leistungen in der WfbM durch die BA der Jahre 1998 und 2004

Umgerechnet 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 neunte und bei der Rentenversicherung jede dreizehnte Maßnahme.

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

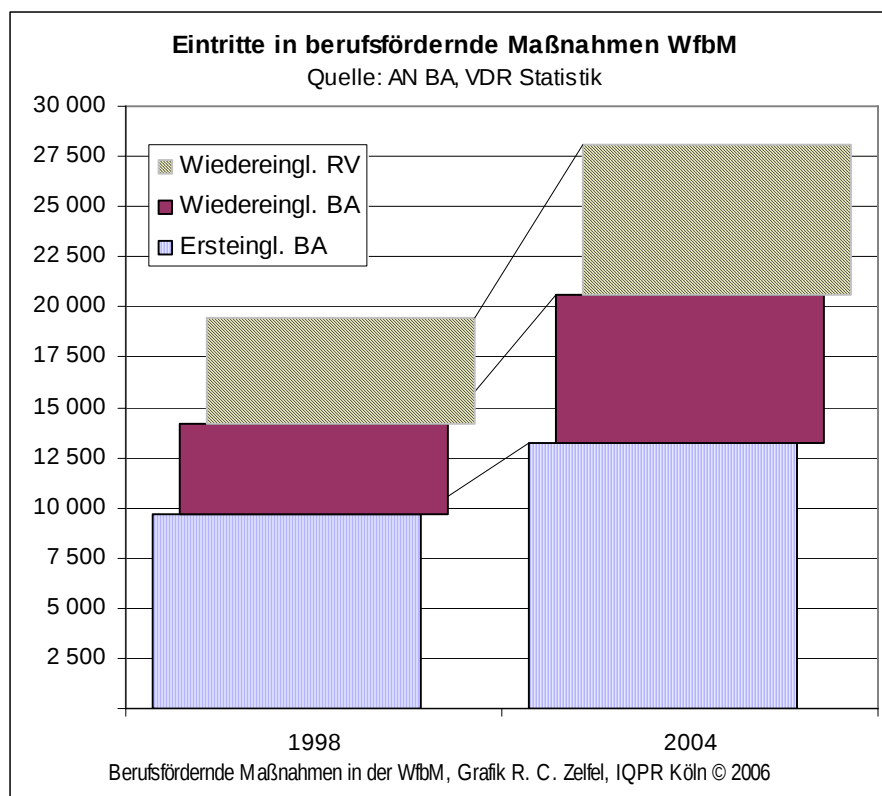


Abbildung 29: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen WfbM im Vergleich der Jahre 1998 und 2004

6.5.5. 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.

Fassmann weist darauf hin, dass anstatt fruchtlose Diskussionen über ein „entweder oder“ betrieblicher Lernorte zu führen, Vorteile stationärer und teilstationärer

Systeme berücksichtigt werden müssen. [Faßmann 2003. S. 34] Analog zu Untersuchungen über ambulante Systeme in der medizinischen Rehabilitation sieht er folgende Vorteile stationärer oder teilstationärer Systeme in der beruflichen Rehabilitation:

- 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 den Polen 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.

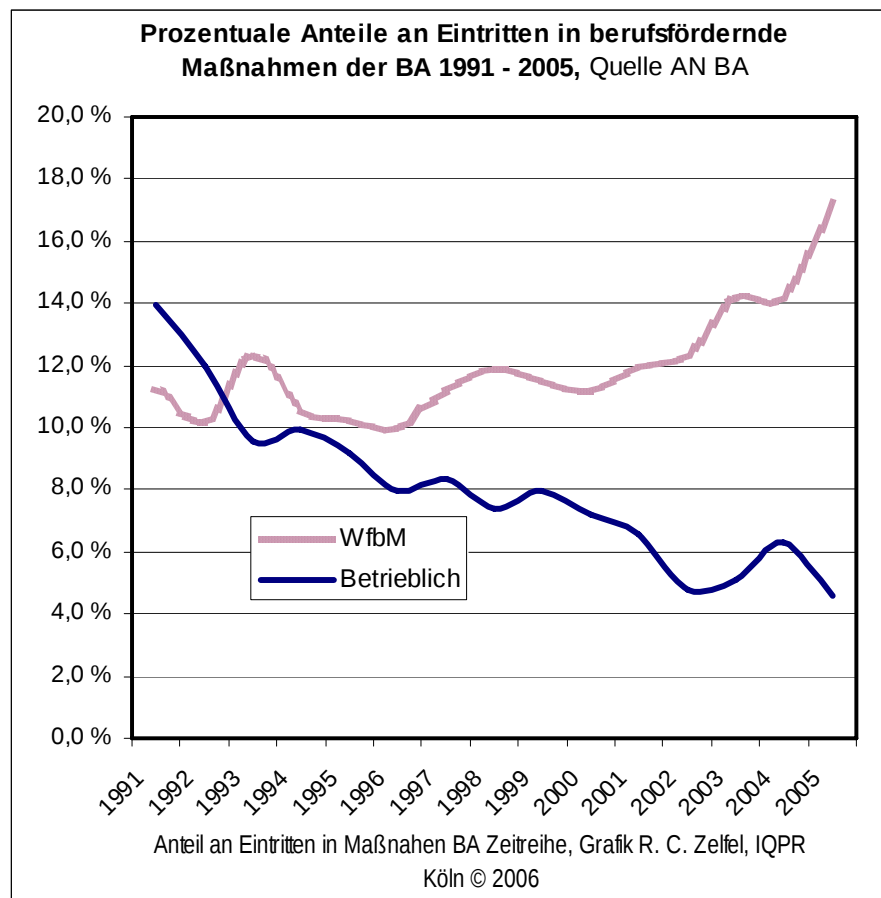


Abbildung 30: Anteile in % Betrieb/WfbM an Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen der BA

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]

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

		Sonstige Leistungen						Ausmass der Beeinträchtigung	
		sozialpädagogische Hilfen	Stütz-/Förderunterricht	Sonderpädagen in der Berufsschule	Wohnen Internat	Rechtlicher Status der Leistung	Hilfen am Übergang 2.Schwelle		
LERNORTE	Betrieb	nein	nein	nein, nur in wenigen Bundesländern	nein	Ermessen	auf Antrag		schwach
	Betrieb mit ausbildungsbegleitenden Hilfen § 240 ff. SGB III	ja	ja	nein, nur in wenigen Bundesländern	nein	Ermessen	ja		
	1. - 3. Jahr überbetriebliche Einrichtung / 2.-3. Jahr Betrieb § 240 f. SGB III	ja	ja	nein, nur in wenigen Bundesländern	nein	Ermessen	ja		
	Wohnortnahe berufliche Rehabilitation	ja	ja	ja, in der Regel	nein/z. T.	Pflicht	ja		
	Berufsbildungswerk	ja	ja	ja	ja	Pflicht	ja		stark
Matrix Auswahl Ausbildungsort in der Ersteingliederung, Grafik: Zelfel, IQPR © 2004									

Abbildung 31: 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 HwO³³ 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 Mittelfranken³⁴ arbeitet seit 30 Jahren nach diesem Prinzip. Ähnliches findet man auch bei Einrichtungen der Wiedereingliederung. Im so genann-

³³ BbiB Berufsbildungsgesetz, HwO Handwerksordnung

³⁴ Das Berufsausbildungswerk Mittelfranken ist eine wohnortnahe berufliche Rehabilitationseinrichtung.

ten Benachteiligtenprogramm (§ 241 SGB III) werden Jugendliche mit Behinderungen 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 werden große Teile der praktischen Ausbildung in Partnerbetrieben durchgeführt. In einem neuen Modell „verzahnte Ausbildung“ verlagern die Berufsbildungswerke in Zusammenarbeit mit einem Großkonzern Teile der Ausbildung in eine betriebliche Realität.

Nach § 35 Abs. 2 SGB IX sollen, so der Gesetzgeber, die beruflichen Rehabilitationseinrichtungen als Leistungserbringer darauf hinwirken, dass Teile der Ausbildungen in Betrieben durchgeführt werden.

6.6. Diskussion: IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung

Mit dem IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat das Institut für Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln ein Konzept vorgestellt, dass dem Paradigmenwechsel des Sozialgesetzbuches IX Rechnung trägt. Es orientiert sich am biopsycho-sozialen Menschenbild der Internationalen Klassifikation der WHO (ICF) und betrachtet eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben in ihrer Gesamtheit, d. h. vom Eintritt einer Behinderung bis zur Eingliederung in das Arbeitsleben in sechs Kernprozessen. Es setzt die Qualitätsanforderungen des SGB IX, Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation und Orientierung an betrieblicher Eingliederung konsequent um und gibt eine Entscheidungshilfe zur Auswahl der geeigneten Lernortes für eine berufliche Qualifikationsmaßnahme.

Mit diesem Konzept lassen sich die Vorgaben des Sozialgesetzbuches in der Praxis von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umsetzen. Es wird eine Transparenz des Leistungsprozesses hergestellt und zumindest auf Mikroebene eine Beurteilung der Ergebnisqualität möglich gemacht.

7. Das IQPRKonzept im Prozess der Leistungserbringung

Auf die Strukturqualität der Leistungserbringer kann hier im einzelnen nicht eingegangen werden, da dies den Umfang der Darstellung überschreiten würde. Über die Strukturqualität der Leistungsträger liegen keine Veröffentlichungen vor. Das Anliegen dieser Betrachtung ist es, den gesamten Verlauf von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prozesshaft abzubilden, um im darauf folgenden Kapitel die Qualitätsmerkmale des IQPR-Konzeptes in den Prozessen zu beschreiben.

7.1. 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 Element der Qualitätssicherung muss den gesamten Prozess umfassen. Die folgende Grafik stellt modellhaft den Ablauf einer Teilhabeleistung und der zu treffenden Entscheidungsprozeduren dar, die sowohl für die Erst- als auch für die Wiedereingliederung gelten:

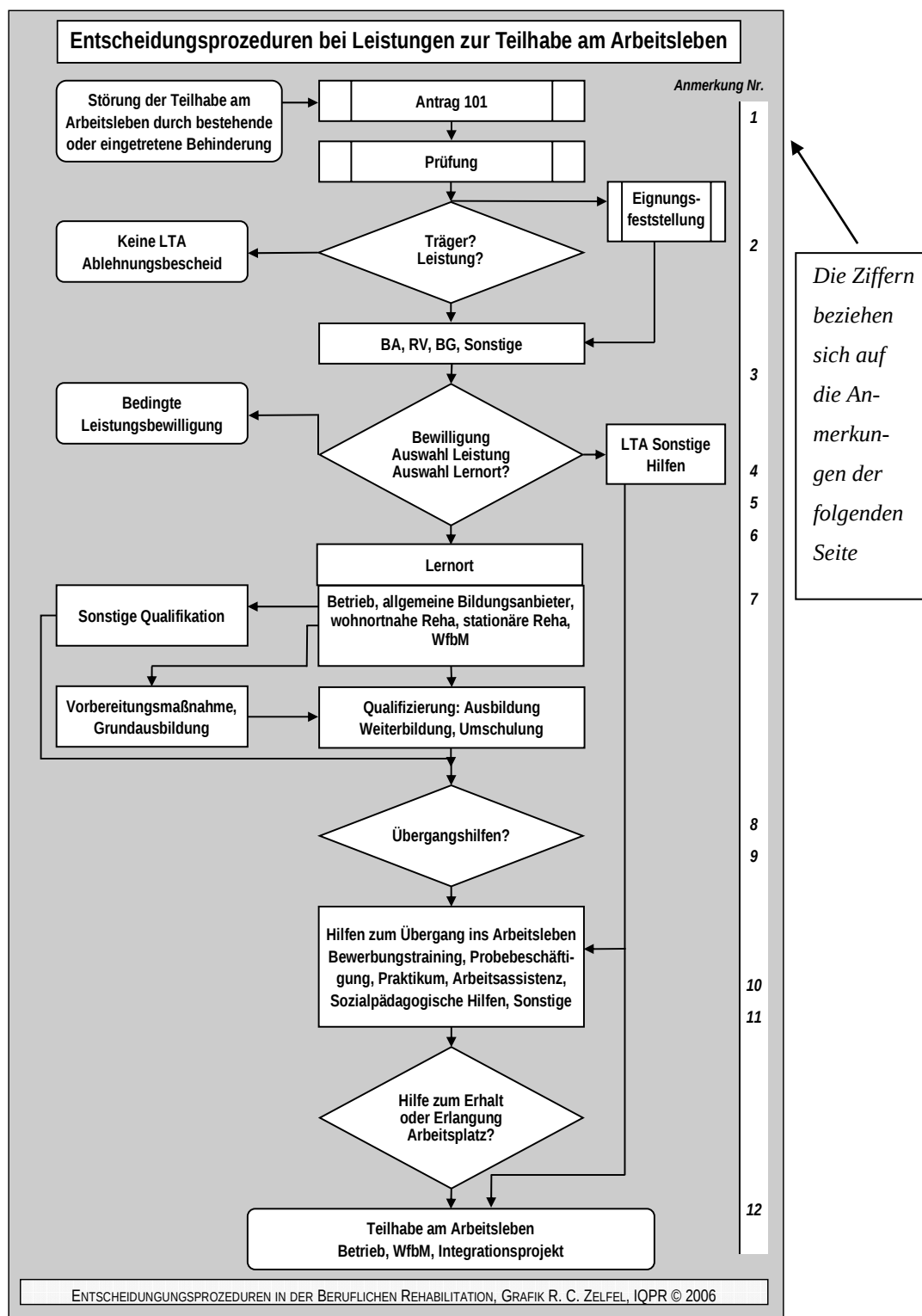


Abbildung 32: Entscheidungsprozeduren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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 am Arbeitsleben möglich, nötig und gewünscht ist. Der Antrag setzt das Verfahren in Gang.

Zu 2: Entscheidung über Zuständigkeit, 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 auf 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, Mobilitätshilfen, Anpassung des Arbeitsplatzes.

Zu 11: Persönlichkeitsunterstützende Hilfen zur Eingliederung sind z. B. Unterstützung bei Bewerbungen und Akquise, Arbeitsassistenz. 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 wurde in den siebziger Jahren geprägt und 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).

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-Gesamtplan³⁵ 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.

³⁵ vgl. § 5 des damaligen Rehabilitation-Angleichungsgesetzes

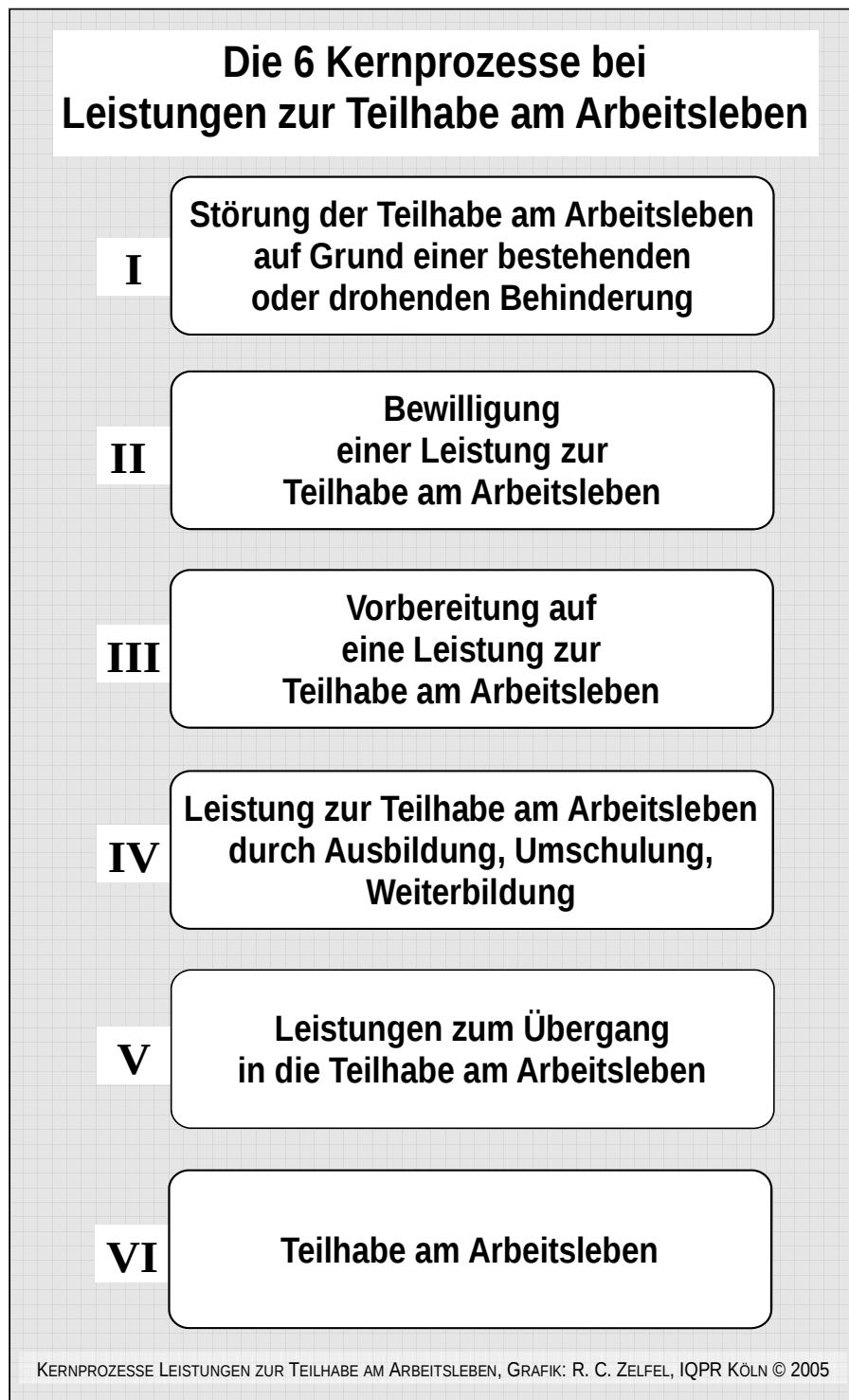


Abbildung 33: Kernprozesse bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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

Die Regelungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind im § 33 SGB IX festgelegt und gelten für alle Träger. Die Zielsetzungen und Formen von Leistungen sind bereits in Kapitel 4.1 ausführlich dargestellt worden. Für Auswahl und Durchführung von Leistungen hat der Gesetzgeber zusätzlich Qualitätsanforderungen vorgegeben.

Hier ist zunächst der Gender-Aspekt zu nennen, der sich durch die gesamte Gesetzgebung zieht. In § 33 Abs. 2 wird deshalb ausdrücklich betont: „Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.“ [SGB IX § 33 Abs. 2] Untersuchungen und ein Modellprojekt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hatten nämlich ergeben, dass Frauen u. a. wegen familiärer Verpflichtungen und der Kindererziehung deutlich weniger stationäre Angebote der beruflichen Rehabilitation wahrnehmen können [vgl. Niehaus 2001]. Auch in anderen Vorschriften sind die Übernahme von Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kinderbetreuungskosten ausdrücklich erwähnt.

Eine andere Anforderung ergibt sich aus den Vorschriften des Absatz 4 im gleichen Paragraphen. Demnach werden bei der Auswahl von Leistungen „Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt [SGB IX § 33 Abs. 4]. Die Dialogverpflichtung, die bereits in Kapitel 6.3 dargestellt wurde, besitzt also bei der Auswahl und Bewilligung von Leistungen eine Bedeutung.

Anders als noch in der Hilfsschulpädagogik oder im Oskar-Helene-Heim von Konrad Biesalski werden Berufe nicht zugeordnet, sondern bisherige Berufserfahrung, Eignung und Neigung werden angemessen berücksichtigt. Rechtlich besteht durch die Formulierung „werden“ eine zwingende Verpflichtung, während es über den Begriff „angemessen“ durchaus unterschiedliche Ansichten zwischen Rehabilitand/in und Rehabilitationsträger geben kann.

In der unteren Grafik wird versucht, die verschiedenen im Gesetz vorgesehenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben den sechs identifizierten Kernprozessen zuzuordnen.

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, denn den Großteil aller Aufwendungen für berufliche Rehabilitation erfordern die Vorbereitungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

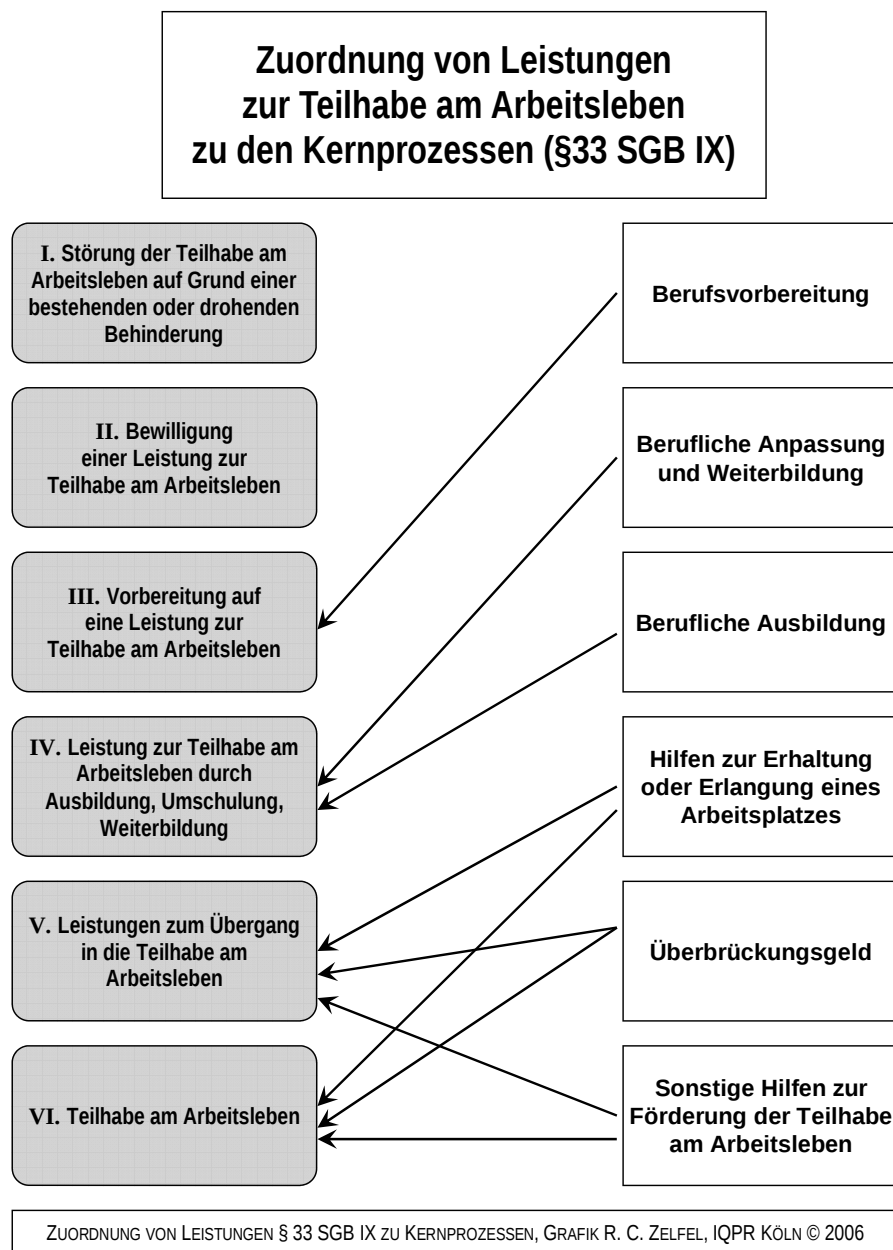


Abbildung 34: Zuordnung von Leistungen § 33 SGB IX zu den Kernprozessen

7.3. Prozessbeschreibung der Kernprozesse

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

7.3.1. 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 umgesetzt, indem die Orientierung an Defiziten- und Schädigung durch eine Orientierung an Teilhabe ersetzt wird.

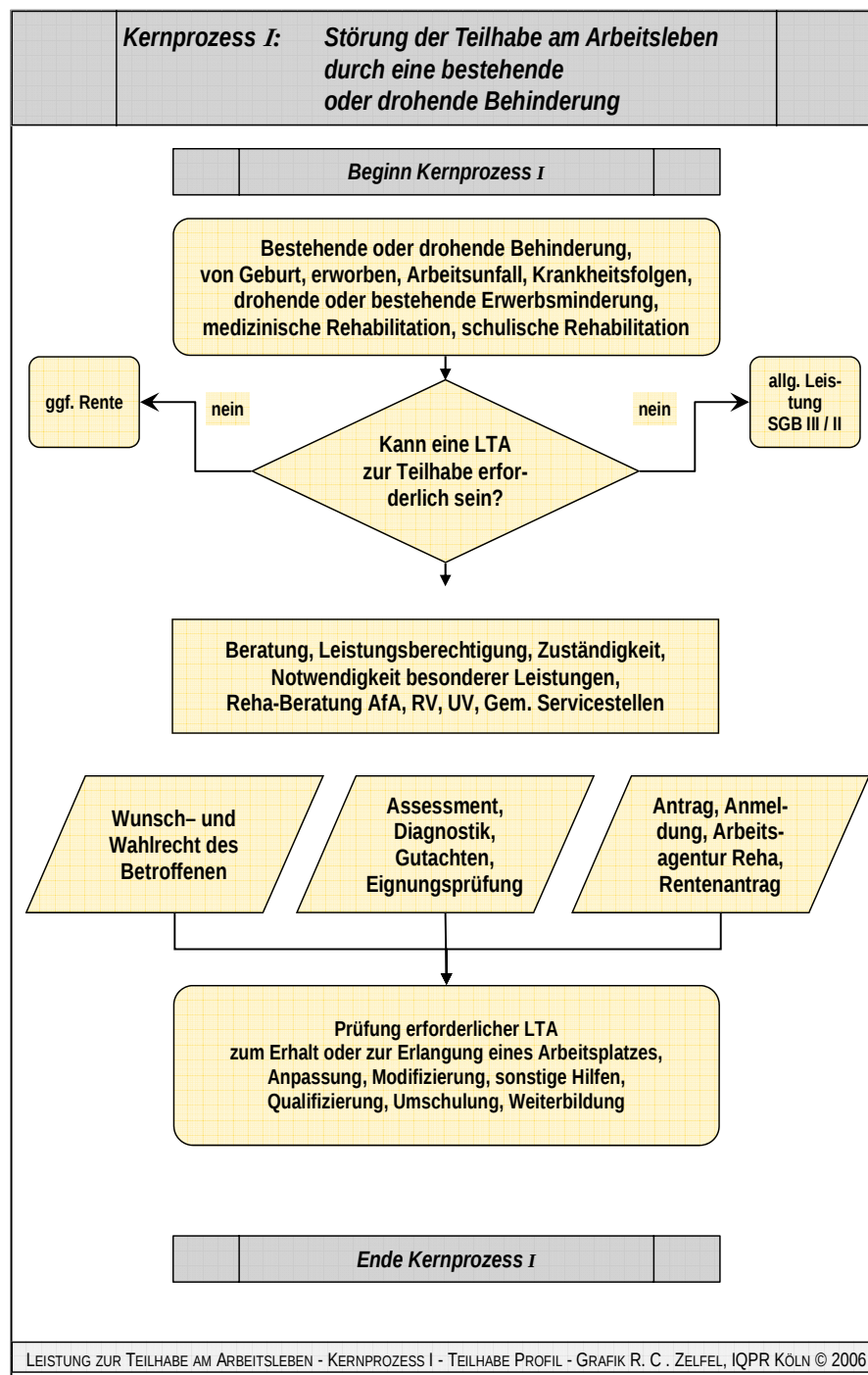


Abbildung 35: Kernprozess I: Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung

Für die Klärung der Zuständigkeit und Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe hat der Gesetzgeber enge Grenzen und Fristen gesetzt, zu deren Ein-

haltung sich die Rehabilitationsträger in einer eigenen gemeinsamen Empfehlung verpflichtet haben.

7.3.2. 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 sowie der Bewilligung müssen in diesem Kernprozess einer Qualitätsbeurteilung unterworfen werden.

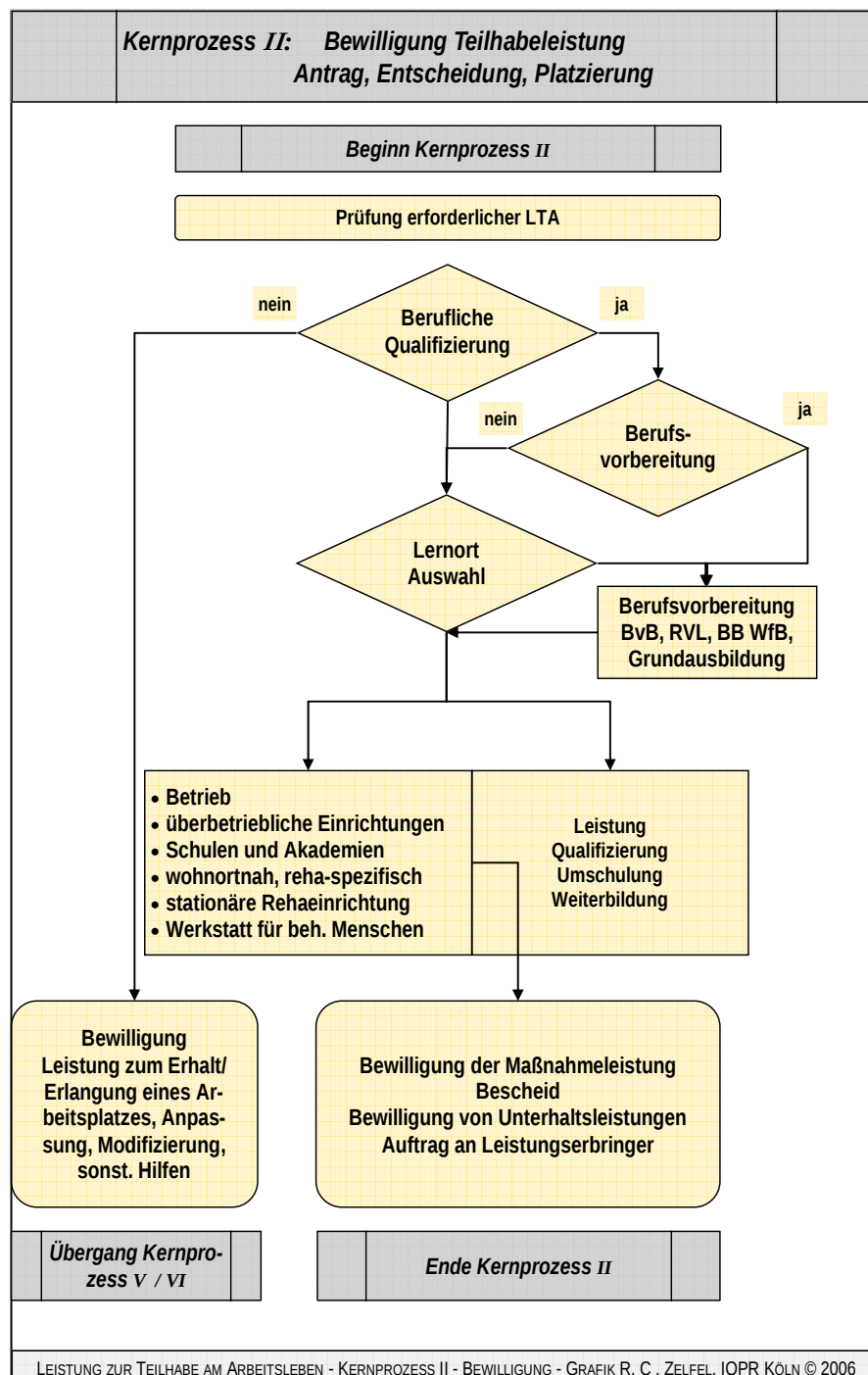


Abbildung 36: Kernprozess II: Bewilligung Teilhabeleistung

Dieser Kernprozess II erfuhr in der Vergangenheit nur wenig Aufmerksamkeit. Heute steht er aus budgetären Einsparungsbemühungen der Träger, durch sozialpolitische Diskussionen, Ansätze wissenschaftlicher Evaluationen, den Paradigmenwechsel des SGB IX sowie die neue Beteiligung der Rehabilitanden im

Blickpunkt der Fachöffentlichkeit. Eine zurückhaltende Bewilligungspraxis hatte in den Jahren 2004 bis 2006 die Teilnehmerzahlen in Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken drastisch sinken lassen und zu Kurzarbeit und Personalkündigungen bei den Leistungserbringern Berufsförderungswerke geführt.

Da die Entscheidungsprozesse bei der Bewilligung von Leistungen durch die Rehabilitationsträger nicht transparent und öffentlich zugänglich sind, stellt sich die Frage: „Wie kann die Qualität eines Gesamtprozesses einer Teilhabeleistung beurteilt werden, wenn nicht der Auswahl- und Bewilligungsprozess des jeweiligen Trägers in die Qualitätsbetrachtung einbezogen wird?“³⁶ 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 durch die Träger. Von Vertretern von Behindertenverbände wird dies als Widerstand gegen eine konsequente Umsetzung des SGB IX angesehen. Besonders die Bundesagentur für Arbeit steht derzeit im Feuer der Kritik der Behindertenverbände und Gewerkschaften, die die Kürzung von berufsvorbereitenden Maßnahmen und die restriktive Bewilligungspolitik im Hinblick auf Teilhabechancen nicht akzeptieren können [vgl. *ver.di Positionspapier Juni 2006*].

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

³⁶ Nach Abschluss dieser Arbeit erhielt der Verfasser 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 Ziels der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderungen. Eine Anwendung der ICF ist offensichtlich nicht vorgesehen. (Anm. d. Verf.)

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 nach den aktuellen Regelungen der Bundesagentur Jugendliche mit intellektuellen Einschränkungen, die als „nicht ausbildungsfähig“ gelten, nur eine berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme von maximal 17 Monaten erhalten. Diese Maßnahme soll (muss) sie befähigen, sich im problematischen Sektor des Arbeitsmarktes für Un- und Angelernte einzugliedern. Ihre gleichaltrigen Altersgenossen ohne Behinderungen hingegen durchlaufen Berufsausbildungen bis zu dreieinhalb Jahre oder studieren bis zu fünf Jahren an Universitäten oder Fachhochschulen.

Ist der Rehabilitationsträger nicht verpflichtet, behinderten Jugendlichen angemessene Entwicklungschancen in beruflichen Sozialisationsprozessen einzuräumen? Wie kann der Rehabilitationsträger die radikale Kürzung von Maßnahmen begründen, die früher bis zu 36 Monaten dauern konnten?

Alle Leistungserbringer in der beruflichen Rehabilitation müssen heute ein Qualitätsmanagementsystem vorweisen, ohne das eine Beteiligung an Ausschreibungen der Träger 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 offengelegt, in welcher Weise Entscheidungen über Rehabilitationsleistungen getroffen werden, noch welche saisonalen Veränderungen bei der Auswahl von Maßnahmen vorgenommen werden. Die Zeitreihen, die an anderer Stelle dargestellt sind, belegen dies. Ein weiteres Beispiel wurde unter dem Punkt Dialogorientierung dargestellt.

Bei über 30 verschiedenen Rententrägern, die erst seit kurzem in der Deutschen Rentenversicherung 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 und von politischer Seite zu prüfen, ob die Rehabilitationsträger Sinn und Geist des SGB IX in ihrer Bewilligungspraxis umsetzen.

7.3.3. Kernprozess III „Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Im Sinne einer klaren und trennscharfen Prozessbeschreibung ist es erforderlich, 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 Rehabilitationsträgern, Bundesagentur, Rentenversicherung und Unfallversicherung, an diesen Maßnahmen teilgenommen (vgl. Kap. 4.3). Im Bereich der Ersteingliederung hat ein Teil der berufsvorbereitenden Maßnahmen die Funktion der Eingliederung auf einen Arbeitsplatz 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 und die grafischen Darstellungsmöglichkeiten überfordern, wurden zwei unterschiedliche Prozessdiagramme IIIa) und IIIb) erstellt:

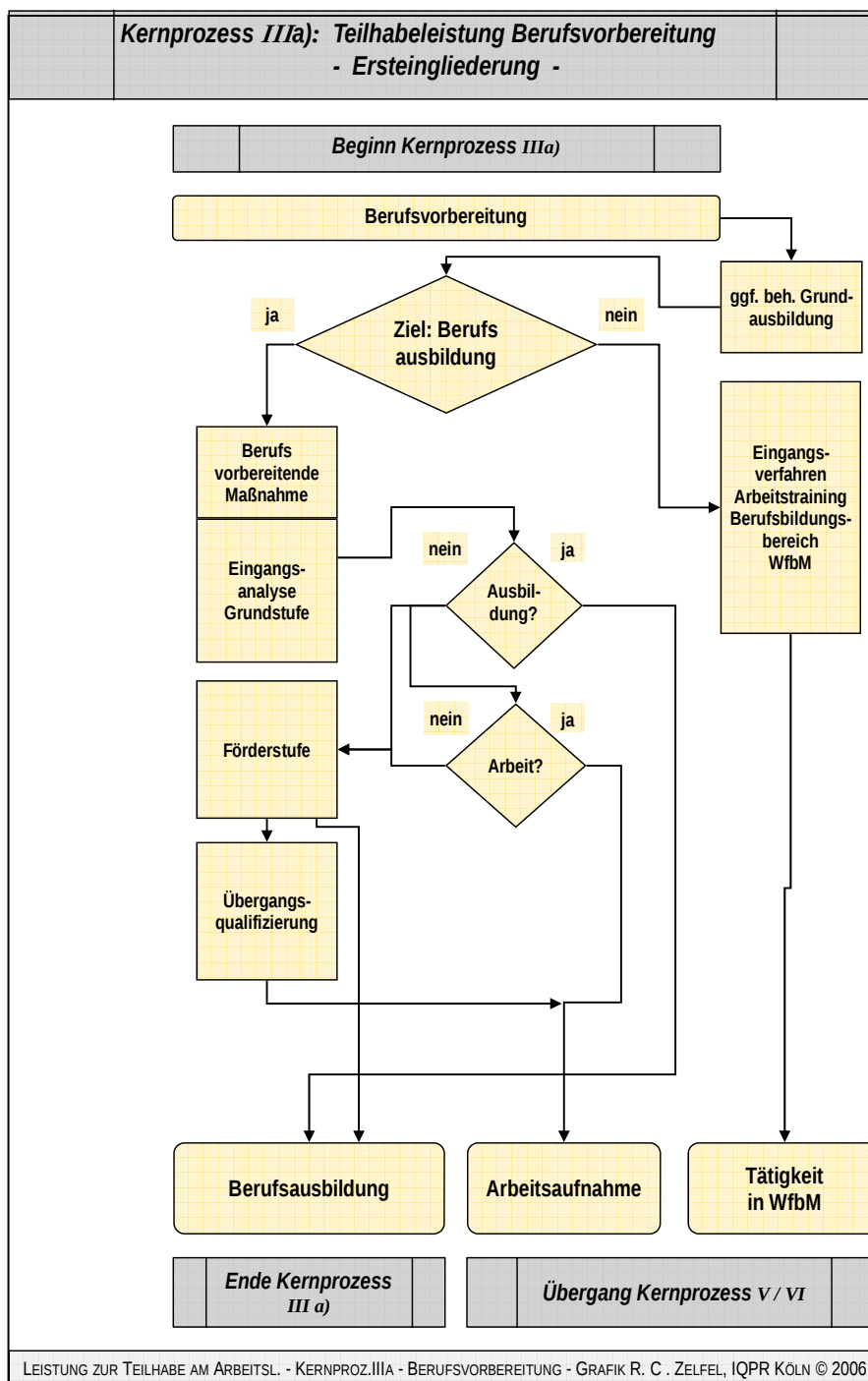


Abbildung 37: Kernprozess IIIa Berufsvorbereitende Maßnahmen Ersteingliederung

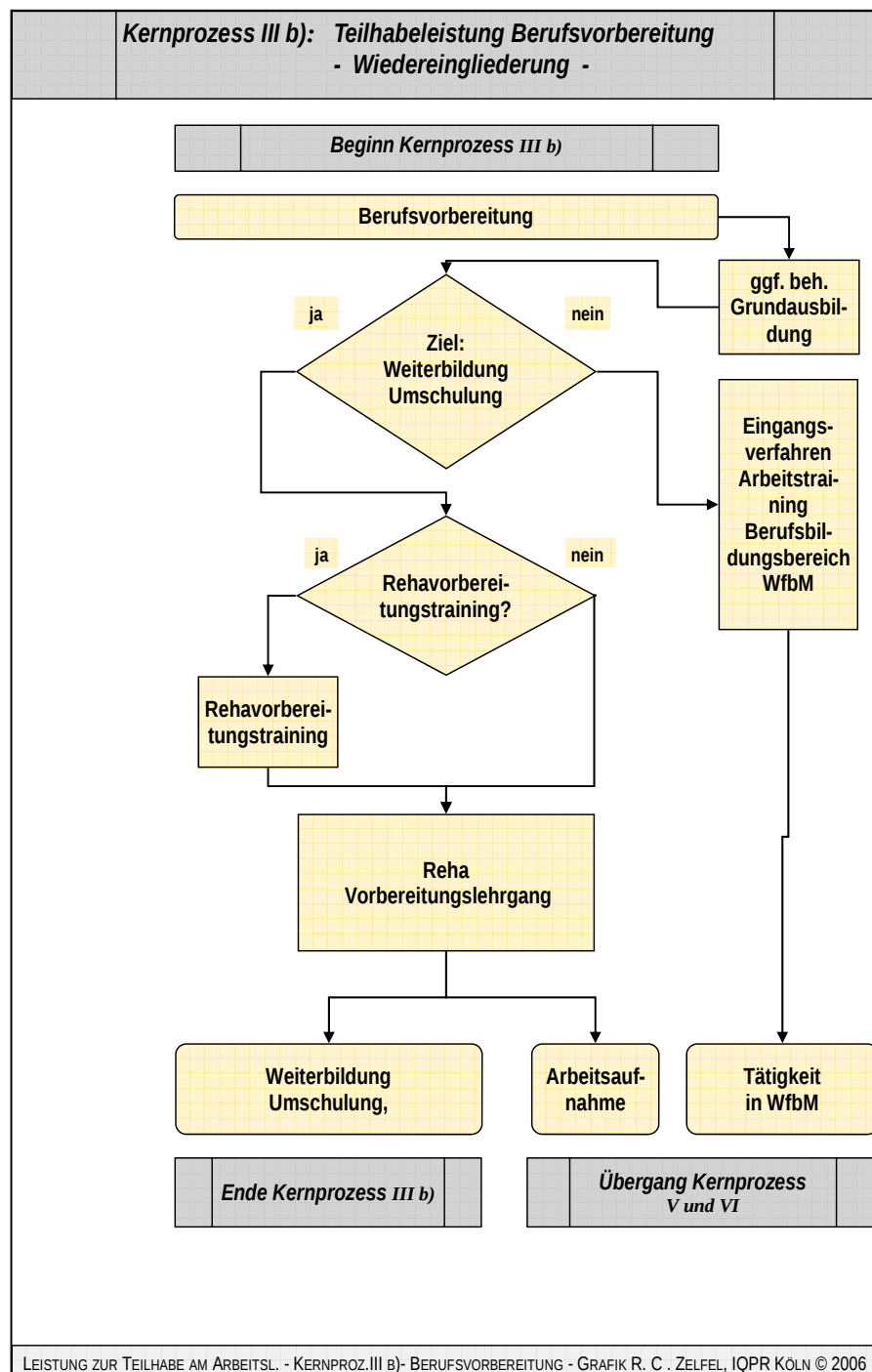


Abbildung 38: Kernprozess IIIb Berufsvorbereitende Maßnahmen Wiedereingliederung

7.3.4. 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 aus den jeweiligen Ausbildungsplänen, die vom Hauptausschuss des Bundesinstituts für Berufsbildung (BiBB) beschlossen und vom Bundesminister für Wirtschaft 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.

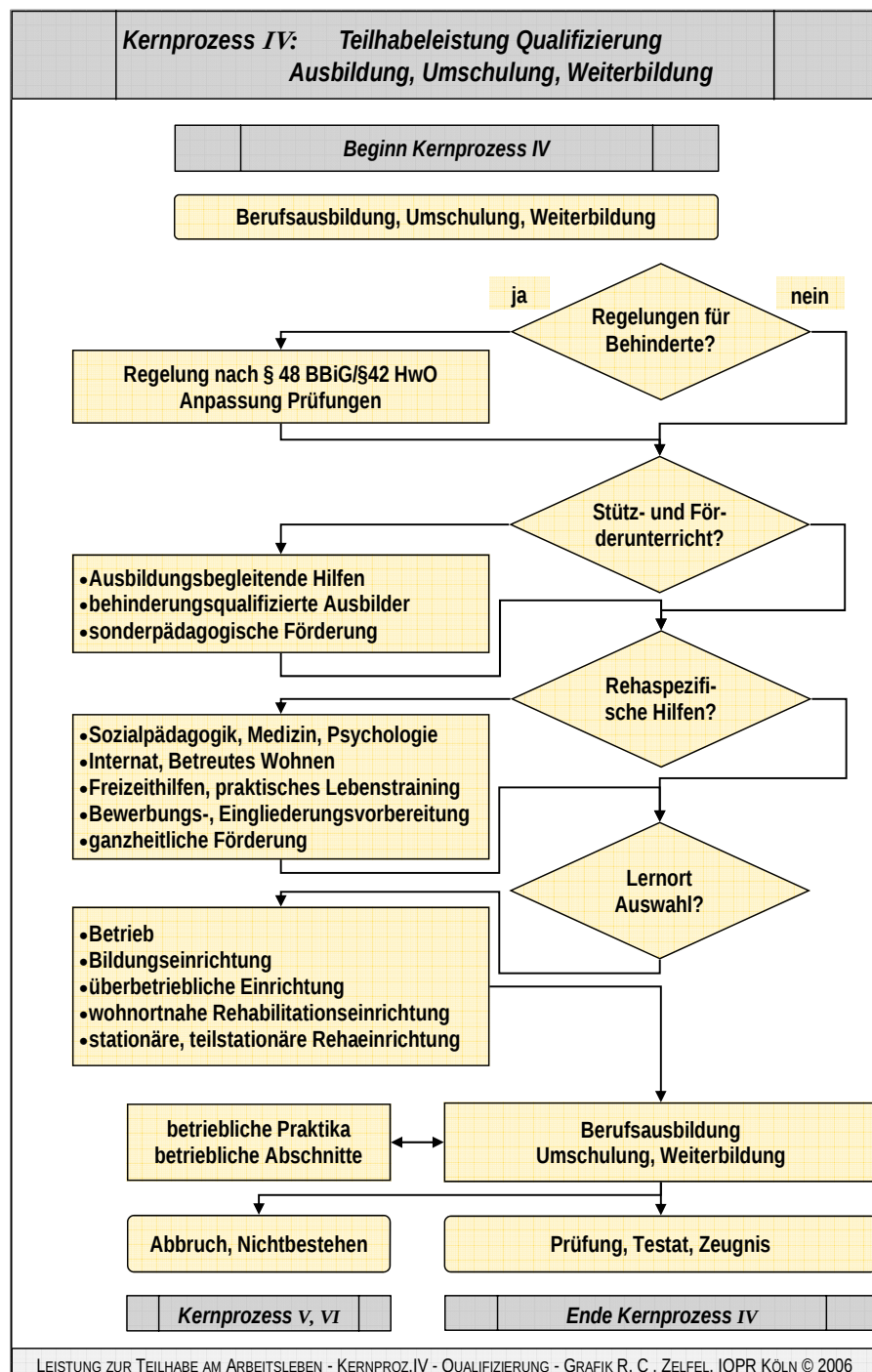


Abbildung 39: Kernprozess IV Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung

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 letz-

ten Jahren pragmatische Verfahren auf Kammerebene geschaffen worden, die vom Bundesinstitut für Berufsbildung (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 sogenannten zuständigen Stellen (Kammern) regelmäßig kontrolliert.

7.3.5. 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 Arbeitsassistentz oder Integrationsfachdienste entwickelt haben. Leistungen zur Anpassung oder zum Erhalt eines Arbeitsplatzes sowie Lohnkostenzuschüsse sind unmittelbar an einen konkreten Arbeitsplatz gebunden und passen deshalb nicht in diesen Prozess, der der Anbahnung eines Beschäftigungsverhältnisses dient.

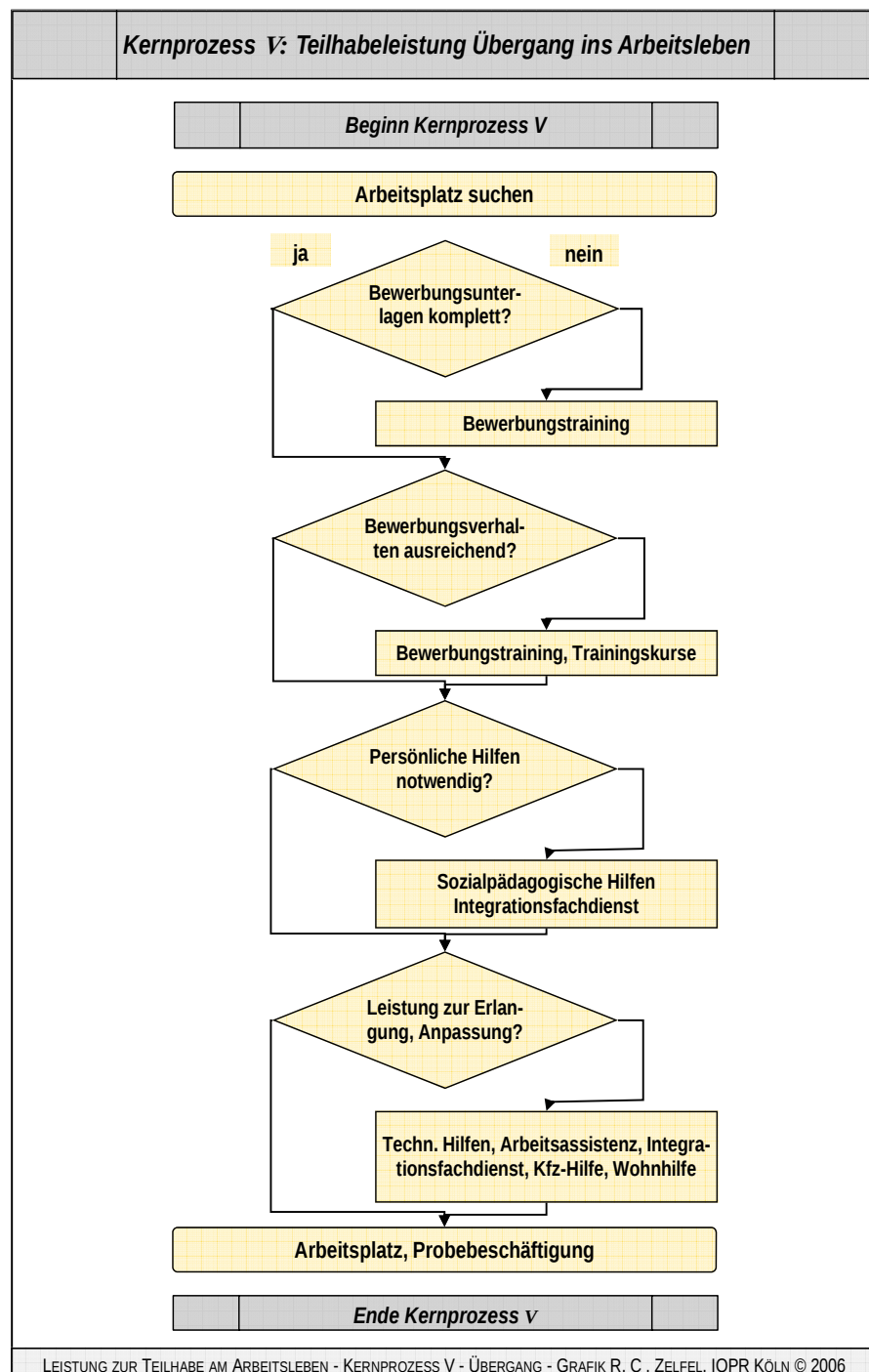


Abbildung 40: Kernprozess V Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben

Der Kernprozess V ist bei den Leistungserbringern 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 Übergangs-

leistungen³⁷ erstmals eine gesetzliche Grundlage für Berufsbildungswerke und wohnortnahe Rehabilitationseinrichtungen in der Ersteingliederung geschaffen. In den Einrichtungen wurden deshalb persönlichkeitsstärkende, assertive Curricula zur Bewerbungskompetenz entwickelt, um die immer schwieriger werdende Eingliederung der Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt zu verbessern.

7.3.6. 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 bei vielen Rehabilitanden an den Kernprozess II an.

³⁷ vgl. § 40 cc) des damaligen AFG

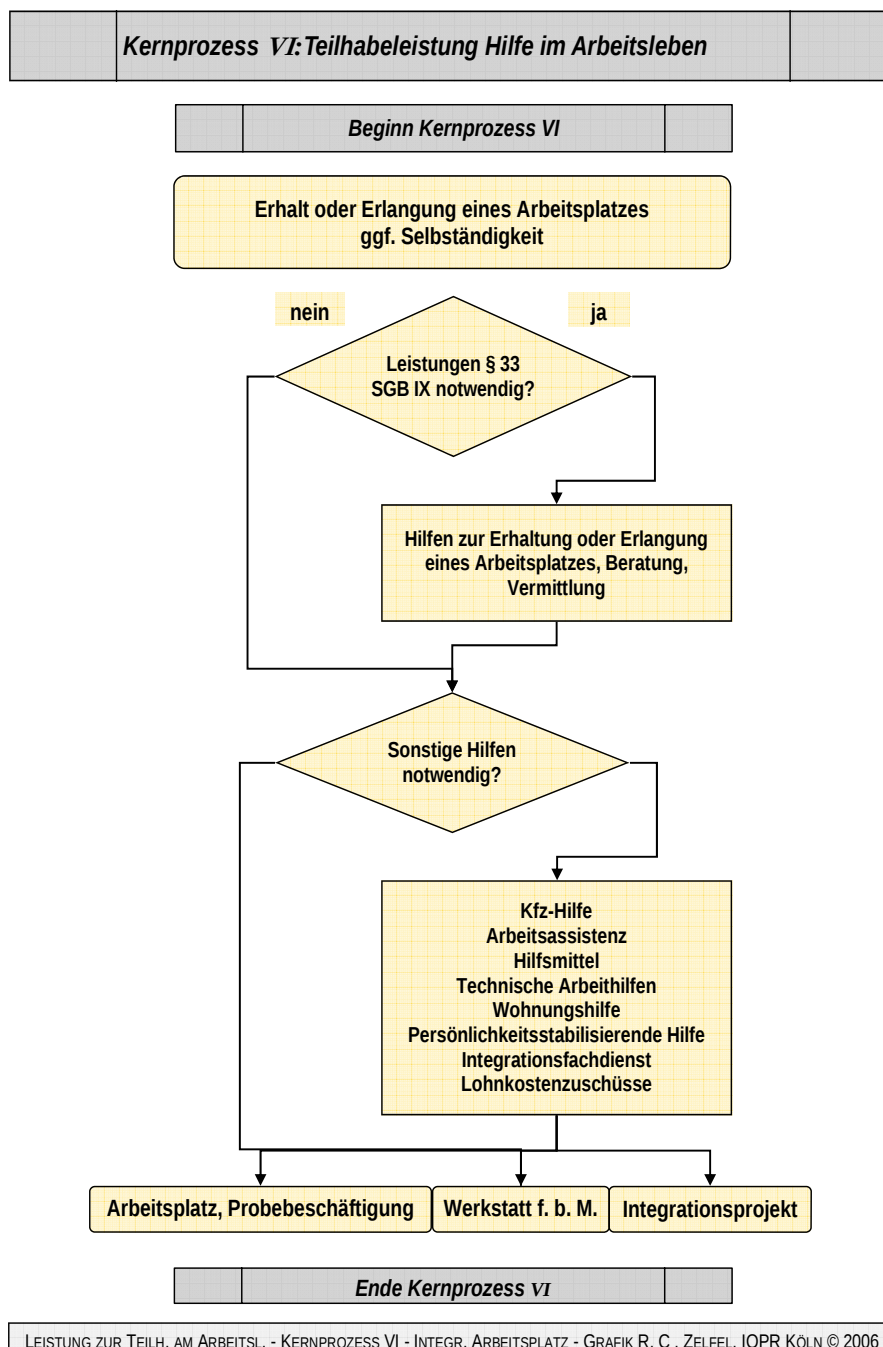


Abbildung 41: Kernprozess VI Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben

Immer mehr werden Leistungen dieses Kernprozesses nach Qualifikationsmaßnahmen erforderlich. Das SGB IX hat neue Instrumente wie Arbeitsassistent oder Integrationsfachdienste im Gesetz verankert. Neben den im SGB IX genannten Leistungsträgern können Integrationsämter nach der Schwerbehindertenaus-

gleichsabgabeverordnung (SchwbAV) Zuschüsse für begleitende Hilfen im Arbeitsleben geben.

7.4. 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 die ICF zur Grundlage der Rehabilitationspraxis zu machen. Dies ist sicherlich begründet durch Probleme bei der praktischen Umsetzung, die bereits dargestellt wurden.

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. Fragen der Codierung und Bewertung sind noch ungelöst. Reicht beispielsweise eine fünfteilige Skala bei der Zuordnung von Leistungen aus, oder wie sind Kontextfaktoren zu bewerten, Fragen, die auch Schopf schon im DIMA-Verfahren [Schopf *et al.* 1999] nicht befriedigend lösen konnte.

In der medizinischen Rehabilitation wurden inzwischen zwölf „Core Sets“ entwickelt, die für eine Krankheit relevante ICF-Items empirisch abgesichert zusammenfassen. Es wäre zu überprüfen, ob dieser Weg auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gangbar ist, indem beispielsweise Core-Sets in Hinblick auf die Teilhabe am Arbeitsleben für einige der wichtigsten Untergruppen Lernbehinderung, geistige Behinderung, Behinderungen des Skeletts und Muskelsystems sowie psychische Behinderung entwickelt werden.

Eine ICF orientierte Teilhabeplanung ist Voraussetzung, dass die vielfach geforderte Transparenz der Bewilligungspraxis hergestellt wird.

Im Folgenden werden Überlegungen zur ICF Orientierung in den einzelnen Kernprozessen dargestellt.

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

Beispielhaft – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – könnte eine ICF-orientierte Beschreibung des Bedarfs an Teilhabeleistung enthalten:

Zu Körperfunktionen/Körperstrukturen:

- spezielle mentale Funktionen (b140–b189)³⁸,
- 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),
- bedeutende Lebensbereiche (Kap. 8),
- theoretische Berufsausbildung (d825),
- Vorbereitung auf Erwerbstätigkeit (d840).

Zu Personengebundenen Kontextfaktoren (nicht ICF-klassifiziert):

³⁸ Die Ziffern in den Klammern beziehen sich auf die ICF Kapitel bzw. ICF-Itemcodes; Die Präfixe bedeuten: b=body, d=activity/participation, e=environment

- 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, 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 müssen, wenn sie positiv wirken, als Förderfaktoren, bzw. wenn sie negativ wirken, als Barrieren dargestellt werden.

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

Der Entscheidung über die Auswahl und Bewilligung der Leistung muss eine ICF-orientierte Beschreibung des Bedarfs an Teilhabeleistung zugrunde liegen. Diese soll Aussagen zu Körperfunktionen/Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation, Personenbezogenen Kontextfaktoren und Umweltfaktoren enthalten. Zu diesem Vorgehen haben sich nämlich die Träger von Leistungen in verschiede-

denen gemeinsamen Empfehlungen verpflichtet. Eine Umsetzung in der Praxis ist allerdings bisher nicht erfolgt.

In Prozess der Leistungsbewilligung besitzen die Kontextfaktoren eine wichtige Bedeutung, insbesondere für die Auswahl des geeigneten Lernortes. Bestimmte Behinderungen wie Sinnesschädigungen oder Körperbehinderungen erfordern eine barrierefreie Umgebung. Andere Behinderungen 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 stationäre Angebote sachgerecht nicht zu treffen. [vgl. Zelfel 2007]

Ein simples, aber zahlenmäßig eindrucksvolles Beispiel lässt sich bei der beruflichen Rehabilitation von Frauen darstellen. Stationäre Rehabilitationsangebote können von Müttern mit kleineren oder schulpflichtigen Kindern nicht wahrgenommen werden, da man nicht komplette Familien in einem Berufsförderungswerk unterbringen kann. Die Träger müssen deshalb wohnortnahe Lösungen finden, um den Auftrag der Teilhabeleistung zu erfüllen [vgl. Niehaus 2001].

Das Berufsbildungswerk in Augsburg hat den Auftrag des § 1 SGB IX, den besonderen Bedürfnissen von Frauen Rechnung zu tragen, umgesetzt. Die berufliche Ausbildung von jungen Frauen mit Lernbehinderungen, die recht früh ein Kind bekommen haben, scheiterte daran, dass es keine Möglichkeit gab, Kindererziehung und Berufsausbildung gleichzeitig wahrzunehmen. (ICF: Personenbezogener Kontextfaktor und Umweltfaktor Barriere). Durch die Kooperation mit der Jugendhilfe wurden Möglichkeiten der Unterbringung und Kinderbetreuung geschaffen, um diesen jungen Frauen durch berufliche Qualifikation eine Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.

Die Verwendung der einheitlichen Sprache der ICF ist eine Voraussetzung für das in der gemeinsamen Empfehlung geforderte Qualitätsmerkmal „Transparenz“ und der Anspruch der einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung von Leistungen zur Teilhabe.

7.4.3. 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 Prozesses 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.

Die Ermittlung arbeitsbezogener 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.

7.4.4. ICF-Orientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

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

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

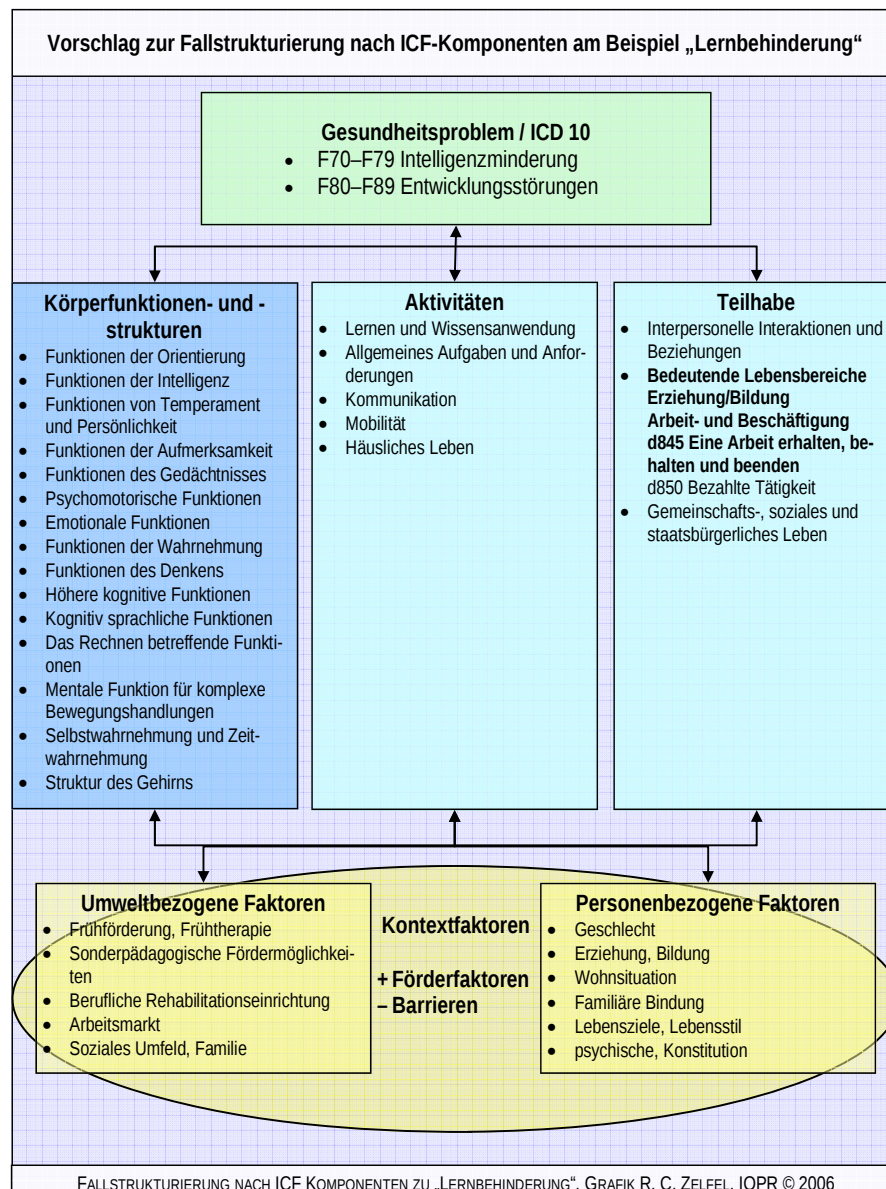


Abbildung 42: Vorschlag für Fallstrukturierung für „Lernbehinderung“

7.4.5. 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; ein Arbeitsverhältnis aufrecht erhalten; seine eigene Arbeitsleistung überwachen (...)“. Auf der zweiten Ebene ist dieses Kapi-

tel 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. Es ergeben sich folgende Fragen: Wie sind die Einstellungen (i. S. von Haltung d. Verf.) möglicher Arbeitgeber (e430) und Kollegen (e425)? Sind Hilfen von Fachleuten (e570) wie Arbeitsassistenten notwendig?

7.4.6. ICF-Orientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

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 den behindertengerechten Umbau einer Wohnung (e525). Gebärdendolmetscher oder Arbeitsassistenten überwinden 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 Erfordernisse von Leistungen zu ermitteln.

7.5. Assessment in den Kernprozessen

7.5.1. 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 noch nicht ICF-orientiert. Sie messen meist Aktivitäten und Körperfunktionen. Kontextfaktoren werden in der

Regel durch die sozialen Dienste erhoben, allerdings noch nicht in der ICF-Dichotomie Förderfaktor/Barriere beschrieben.

Ein Beispiel für die Bedeutung der Kontextfaktoren ergibt sich in der Anwendung des SGB III für Leistungen in Trägerschaft der Bundesanstalt. Es schreibt den Vorrang allgemeiner vor besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor.

„Die besonderen Leistungen sind³⁹ 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.

7.5.2. 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:

³⁹ Aus der Formulierung „sind (...) zu erbringen ergibt sich der Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Anm. d. Verf.

- 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) [Schopf *et al.* 1999] 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 würdiger 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.

7.5.3. 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. Weiter Ansätze sind auch im folgenden Kapitel dargestellt.

7.5.4. 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 wurde [*Dieterich et. al. 2001*]. „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:

- Modul 1 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) entwickelt [*Jenschke 2003*]. 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.“
[Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke o. J.]

Keines der genannten Verfahren orientiert sich ausgewiesenermaßen an der Klassifikation der ICF, obwohl konzeptionelle Verbindung sichtbar sind. Im Hinblick auf die Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit sollten die Assessmentverfahren in Maßnahmen neben der Erreichung von Lernzielen auch Fortschritte bei der Entwicklung von personenbezogenen Schlüsselqualifikationen erfassen.

7.5.5. 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. festzustellen, welche Anpassungen an be-

hinderungsbedingte 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.

7.5.6. Assessment im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

In diesem Prozess ermitteln Assessments 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.

7.6. Dialogorientierung in den Kernprozessen

7.6.1. 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. Die konsequente Umsetzung erfordert auch eine Aufklärung über alle Alternativen von Leistungen zur Teilhabe sowie eine gemeinsame Erarbeitung des Teilhabeziels.

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

Der mehrfach 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 Dialog-

verpflichtung erfordert, dass der Empfänger von Leistungen in die Auswahl einbezogen wird, diese nachvollziehen kann und er ggf. alternative Leistungen wählen kann. Persönliche Wünsche und Lebensziele müssen erfragt und einbezogen werden. Eine Erbringung von Leistungen in der Form des persönlichen Budgets ist ohne Dialog nicht möglich.

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

Die Dialogverpflichtung wird in Zielvereinbarungen und durch Beteiligung der Rehabilitanden an Berichten sowie das Abschlussgespräch umgesetzt. In Rehabilitationseinrichtungen sind Rehabilitandenvertretungen bzw. Werkstatträte zu wählen, eine Mitwirkung ermöglichen. (s. a. Kap. 6.3.2).

7.6.4. Dialogorientierung im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Die Umsetzung der Dialogorientierung erfordert einen regelmäßigen Austausch zwischen Reha-Team und dem/der Rehabilitanden/in im Hinblick auf das Rehabilitationsziel. Dies kann in der Form von Zielvereinbarungen umgesetzt werden, die dokumentiert werden und sowohl die vermittelten Qualifikationsinhalte als auch Schlüsselqualifikationen betreffen.

Eine Teilhabe an Gestaltungsmöglichkeiten der Leistung ist, wie schon ausführlich beschrieben, durch die vorgeschriebenen Teilnehmervvertretungen möglich. (s. a. Kap. 6.3.2)

7.6.5. 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.

7.6.6. Dialogorientierung im Kernprozess VI „Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben“

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

7.7. Teilhabeplan/Dokumentation in den Kernprozessen

7.7.1. 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 zunächst nicht realisierbar erscheint. Der Teilhabeplan dokumentiert den Ablauf und das Ziel der Leistung zur Teilhabe. Er enthält die Unterlagen des Assessment und ist für den/die Rehabilitanden/in angemessener Form zur Verfügung zu stellen bzw. zugänglich zu machen.

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

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

7.7.3. 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. Des Weiteren 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.

7.7.4. Teilhabeplan/Dokumentation im Kernprozess IV „Teilhabeleistung Qualifizierung“

Bei Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation sind keine einheitlichen Begriffe gebräuchlich. So werden in Berufsbildungswerken, Einrichtungen der wohnortnahen Rehabilitation⁴⁰ und berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen die Begriffe Förderplanung und Förderplan verwendet. „Förderpläne sind hierbei Dokumentationsunterlagen, in denen die relevanten Daten zu Ausgangssituationen und Entwicklungsfortschritten enthalten sind.“ [BAG WBR 2003]

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.⁴¹

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.

⁴⁰ Die Bezeichnungen Förderplanung/Förderplan sind im sog. Benachteiligtenprogramm (§ 240 ff. SGB III) ebenfalls gebräuchlich.

⁴¹ § 3 Abs. 1 Werkstättenverordnung (WVO)

7.7.5. 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. Schlüsselqualifikationen sowie Stärken- und Schwächenprofile können ebenfalls enthalten sein.

7.7.6. 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 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.

7.8. Orientierung an betrieblicher Eingliederung

Der Auftrag aller Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation ist an einer betrieblichen Eingliederung orientiert. 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. Kap. 6.5.2). 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 [vgl. *Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke 2003*]. 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.

7.8.1. Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit

Seit dem EU-Gipfel von Lissabon im Jahre 2000 ist die „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.“ [Blanke et al. 2000]

Bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wäre unter dem Aspekt der betrieblichen Orientierung zu überlegen, ob sich diese nicht auch am Ziel der Vermittlung einer individuellen Beschäftigungsfähigkeit orientieren müssen. Allerdings

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

„Beschäftigungsfähigkeit“⁴² (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) [TBS NRW 2005], 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:

I. Dimension Kompetenz:

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

II. Dimension Gesundheit:

Physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz, gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit, individuelle körperliche Beschwerden

III. Dimension Lernfähigkeit:

Lernmotivation, Bereitschaft und Fähigkeit, neue Aufgaben zu übernehmen, Lernerfahrungen

IV. Dimension Integration:

Soziale Netzwerke, Bereitschaft zur Wissensweitergabe, Konsensfähigkeit, Teamfähigkeit, Aufgeschlossenheit für Unterstützung

V. Dimension (Selbst-)Management:

Balance von Arbeit und Leben, Arbeitsklima, emotionale Stabilität, räumliche Mobilität, Aufgeschlossenheit für flexible Arbeitszeiten

⁴² 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.

VI. Dimension Verantwortung:

Entscheidungs- und Verantwortungsbereitschaft, Verantwortung für Verbesserungen und Unternehmensentwicklung, Weiterbildungsbereitschaft

Im Rahmen des beschriebenen Projektes wurde eine Checkliste entwickelt, mit der sich Arbeitnehmer, aber auch Betriebe im Hinblick auf die Beschäftigungsfähigkeit im Sinne der oben genannten Dimensionen einschätzen können [ebd.]. Dieses Instrument wurde für die Praxis entwickelt, und es gibt daher noch keine empirische Absicherung im engeren Sinne. Dennoch wurden die Dimensionen mit wissenschaftlicher Sorgfalt entwickelt und spiegeln den aktuellen Diskussionsstand wider.

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

Es ist heute eine Seltenheit, dass Schulabgänger mit Behinderungen, insbesondere Jugendliche mit Lernbehinderungen, einen betrieblichen Ausbildungsplatz im allgemeinen Ausbildungsmarkt finden [vgl. Zelfel 1999]. Aber auch Arbeitsplätze für an- oder ungelernte Arbeitskräfte sind rar. Jugendliche mit intellektuellen Einschränkungen haben aufgrund ihrer Lernschwächen im Gegensatz zu Nichtbehinderten nicht die Möglichkeit, sich durch weiterführende Schulen einen besseren Startplatz im Wettbewerb 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.

Die Schulen, insbesondere die Förder- und Hauptschulen orientieren sich im Rahmen der Berufsvorbereitung und Arbeitslehre heute stärker an beruflicher Eingliederung. So finden zahlreiche Schulpraktika statt. Es gibt den Werkstattun-

terrichtet, bei dem ein wöchentlicher Schultag in einem Betrieb stattfindet. Analog zum Modell der Produktionsschulen, ein Derivat der deutschen Reformpädagogik von Paul Östreich [Kipp 2004] u. a., wird produkt- und projektorientiert gelernt.

In der Wiedereingliederung wird – nach Auskünften der drei großen Leistungsträger – zunächst geprüft, ob der Arbeitsplatz durch Leistungen angepasst und erhalten werden kann. Ein häufiges Instrument sind hierbei Mobilitätshilfen etwa zu Anschaffung oder Umbau eines Kraftfahrzeuges.

Von den Leistungsträgern können Integrationsfachdienste beauftragt werden. Integrationsfachdienste sind seit dem Inkrafttreten des SGB IX gesetzlich geregelt. Ihre Aufgabe ist die direkte Vermittlung von behinderten Menschen auf einen Arbeitsplatz. Sie können auf bereits im Kernprozess I bei der Vermittlung von Schulabgängern mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden.

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

Es besteht grundsätzlich ein Konsens, dass die Eingliederung möglichst betrieblich und 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 werden, warum welcher Lernort für welche Qualifizierungsmaßnahme ausgewählt wurde.

Es existiert darüber hinaus kein trägerübergreifendes verbindliches Lernortkonzept bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben⁴³, so dass davon ausgegangen werden muss, dass es von den einzelnen Entscheidern/innen abhängig ist, an welchem Lernort eine Qualifizierungsmaßnahme stattfindet.

⁴³ Es gibt keine trägerübergreifende und veröffentlichte Statistik der Lernorte bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Anm. d. V.

Die Transparenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse, zu der sich die Rehabilitationsträger in ihrer gemeinsamen Empfehlung verpflichtet haben, ist hier noch nicht umgesetzt. Der Grundgedanke des SGB IX, dass der behinderte Mensch „Herr“ des Rehabilitationsgeschehens ist, wie es der ehemalige Behinderertenbeauftragte der Bundesregierung Hermann Josef Haack einmal formulierte, 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]

Mit 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 die vielfältigen Bemühungen der Bundesregierung, Arbeits- und Ausbildungsplätze für behinderte Menschen zu schaffen.

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

Die betriebliche Orientierung in Maßnahmen, die auf Ausbildung, Weiterbildung oder 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 Arbeitsmarkt am Wohnort zu kennen, Partnerschaften mit Betrieben zu pflegen und das Curriculum an den dort verlangten Fähigkeiten und Fertigkeiten zu orientieren.

In der beruflichen Ersteingliederung hat die Bundesagentur ein neues Förderkonzept⁴⁴ 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 17 Monate. Hiervon sind vor allem die Jugendlichen betroffen, die aufgrund ihrer Behinderung keine Berufsausbildung schaffen können, für eine Werkstatt für behinderte Menschen wiederum zu leistungsstark und dort unterfordert 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 [Schoch et al. 1990] 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 umfangreichen Behinderungen konnten mit dieser Maßnahme dauerhaft in Betriebe integriert werden.

⁴⁴ Vgl. auch www.neuefoerderstruktur.de und www.ausbildungsvorbereitung.de

Seit dem Jahr 2004 ist diese an betrieblicher Eingliederung von umfänglich lernbehinderten Jugendlichen orientierte Maßnahme ersatzlos abgeschafft. Nach der heutigen Förderungspraxis sind allenfalls relativ kurze Praktika möglich, die nicht mehr zur betrieblichen Eingliederung führen. Ein an betrieblicher Eingliederung orientiertes Förderinstrument für eine zahlenmäßig große Personengruppe wurde aufgegeben. In absoluten Zahlen ist diese Gruppe unter den Neueintritten in der beruflichen Ersteingliederung jährlich zwischen 8.000 und 9.000 zu beziffern.

Am Beispiel eines jungen Mannes mit einer umfangreichen Lernbehinderung, der in einen Gartenbetrieb eingegliedert werden sollte, sei hier erläutert, wie wichtig die Orientierung an betrieblicher Eingliederung ist: Bis 2004 hätte der junge Mann am vorgenannten bis zu dreijährigen Förderungslehrgang teilnehmen können, wobei das dritte Jahr ausschließlich in betrieblicher Form durchgeführt wurde. Nach dem heutigen Förderrecht beträgt der Förderzeitraum maximal 17 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 zu überlegen, ob kompensativ für die Reduzierungen im Bereich der Bundesagentur für Arbeit andere Leistungen wie Probebeschäftigung, Eingliederungszuschuss, Hilfen des Integrationsfachdienstes, Arbeitsassistenz in den Eingliederungsplan einbezogen werden können, um zumindest geringe Chancen einer betrieblichen Eingliederung zu sichern.

Aus der Sicht von Menschen mit schweren Körperbehinderungen fordert Lelgemann: „Notwendig erscheint aber auch ein weitergehendes Rehabilitationsverständnis, welches berufliche Rehabilitation nicht als eine in ein oder zwei Jahren abgeschlossene Maßnahme versteht, sondern als kontinuierlichen Rehabilitationsprozess, der immer wieder neu evaluiert werden muss.“ [Lelgemann 2000, S. 184]

Eine andere, allerdings völlig konträre Auffassung von betrieblicher Orientierung mit weitgehendem Verzicht auf Qualifikationen im Sinne des Berufsbildungsge-

setzes, favorisiert der Vorstand der Bundesagentur für Arbeit in dem bereits genannten Papier: „Erst platzieren, dann qualifizieren“ oder „Keine Ausbildung um jeden Preis“ sind Zielsetzungen, die das Bundesagentur-Vorstandsmitglied Heinrich Alt verfolgt [Alt 2005], ohne jedoch Konzepte vorzustellen, wie eine Qualifizierung am Arbeitsplatz aussehen soll, und mit welchem Förderinstrumentarium. Die Äußerung ist wohl eher an Kostensenkung und -vermeidung orientiert als an einer gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen.

7.8.5. 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 verzahnte Ausbildung, die Berufsbildungswerke in einem Modellprojekt in Kooperation mit einem großen Handelskonzern durchführen, weisen Wege auf, Betriebe stärker in die Ausbildung von Rehabilitanden zu integrieren. Das Berufsausbildungswerk Mittelfranken hat diesen Wege bereits seit dreißig Jahren beschritten. Dort findet die praktische Ausbildung ausschließlich in Partnerfirmen statt.

Betriebliche Orientierung manifestiert sich auch in der Förderung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit im Sinne des weiter oben beschriebenen Konzeptes.

(s. Kap. 7.8) Sie muss deshalb Berücksichtigung in den Förderzielen und -plänen finden.

Bei Kritikern der stationären beruflichen Rehabilitationseinrichtungen ist es in den letzten Jahren populär geworden, eine stärkere Berücksichtigung des Lernortes Betrieb zu fordern. Die Evidenz über bessere Eingliederungsquoten bei betrieblicher Durchführung ist jedoch nicht belegt. In der Regel sind betriebliche Maßnahmen erheblich kostengünstiger, sie stehen allerdings nur den Rehabilitanden zur Verfügung, die keine barrierefreie Arbeitsumwelt und keine umfassenden rehaspezifischen Hilfen benötigen. Darüber hinaus sind Betriebe offensichtlich nicht bereit sind, Qualifikationen für Menschen mit Behinderungen anzubieten. Dies weist zumindest die bereits dargestellte Statistik über die Abnahme betrieblicher Lernorte aus.

Die Auswahl von angebotenen Ausbildungsmöglichkeiten der Bildungsträger muss sich an der Nachfrage des Arbeitsmarktes orientieren. So haben beispielsweise Berufsbildungswerke die Ausbildung von Näherinnen eingestellt, weil hierfür kein Bedarf auf dem Arbeitsmarkt besteht. Andere neue Berufsbilder z. B. Kfz-Servicetechniker sind hinzu gekommen.

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

Im Aktionsprogramm „Rehabilitation in den 80er Jahren“ [Bundesregierung o. J.] 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.⁴⁵ Obwohl fast 25 Jahre alt, klingt die Aussage vertraut und aktuell. Verändert hat sich allerdings die Rolle der Rehabilitationsträger.

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

7.8.7. 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.

⁴⁵ 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.)

7.9. Diskussion: 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.

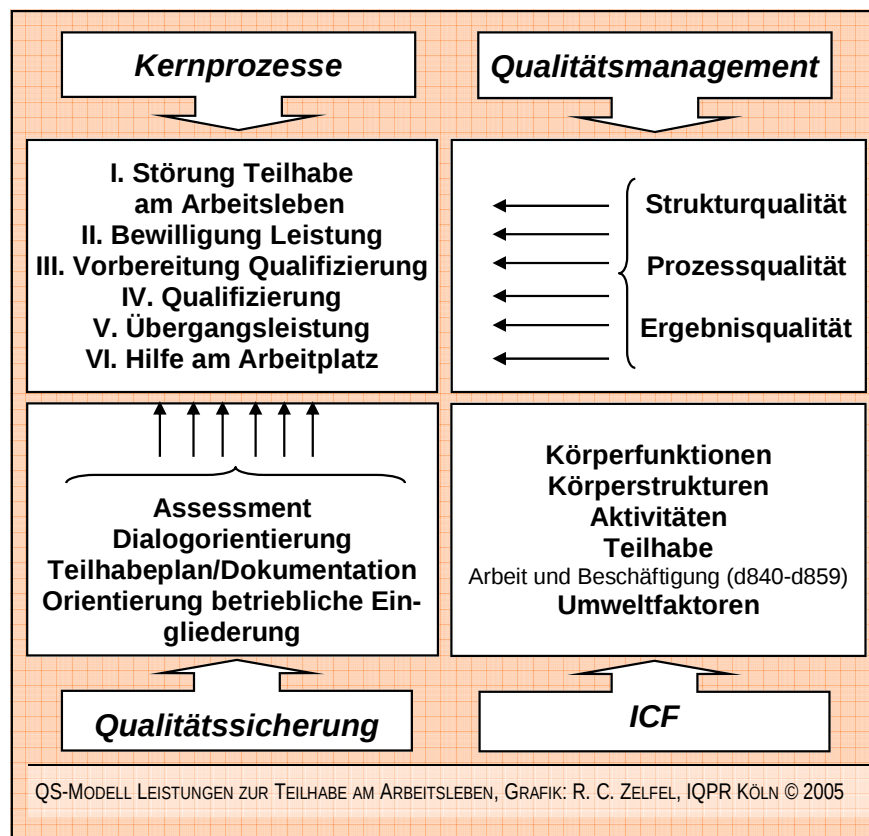


Abbildung 43: IQPR Qualitätssicherungsmodell bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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 Verfü-

gung, das interdisziplinär, geregelt und vergleichbar ist und vom Partizipationsgedanken ausgeht.

In ihrer gemeinsamen Empfehlung zur Qualitätssicherung verpflichten sich die Träger der Rehabilitation zu einer Transparenz von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, welche auch dem Leistungsempfänger zugänglich gemacht werden sollen [BAR 2003]. 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.

Das IQPR-Konzept zur Qualitätssicherung ist eine konsequente Umsetzung des Teilhabeauftrages des SGB IX. Es stellt sicher, dass der Paradigmenwechsel und die vom Gesetzgeber gesetzten Ziele bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter den Vorgaben Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe umgesetzt werden. Es sichert den Dialog mit den Betroffenen und trägt durch die Dokumentation zur Transparenz des Leistungsprozesses bei. Das Qualitätsmerkmal Orientierung an betrieblicher Eingliederung richtet den Gesamtprozess an der Zielsetzung aller beruflichen Rehabilitationsleistungen aus, der Teilhabe von behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen am Arbeitsleben.

8. Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

8.1. 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. Kap. 4.1) 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“ [BAR 2003] definieren die Rehabilitationsträger: „Qualität von Leistungen zur Teilhabe bedeutet eine wirksame und bedarfsgerechte, am Krankheitsfolgenmodell der WHO (ICF) orientierte fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche Leistungserbringung.“ [ebd. § 2]. Ergebnisqualität wird wie folgt beschrieben: „Ergebnisqualität bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß die mit der Leistung angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden.“ [ebd. §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 [Fuchs 2006, RN 6 § 4] 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 an-

knüpfenden 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.“ [ebd. 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.

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“ sollen“ [BAR 2003], weder entwickelt noch veröffentlicht.

8.2. 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 überflüssige 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 [Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke 2003].

Beschäftigungsstatus 12 Monate nach Entlassung BBW in Prozent			
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 11: Beschäftigungsstatus BBW ein Jahr nach Entlassung

In der Tabelle sind nur die Werte für unbefristete und befristete Beschäftigung aufgeführt. Ein Anteil von durchschnittlich 9% steht dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung, weil 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.

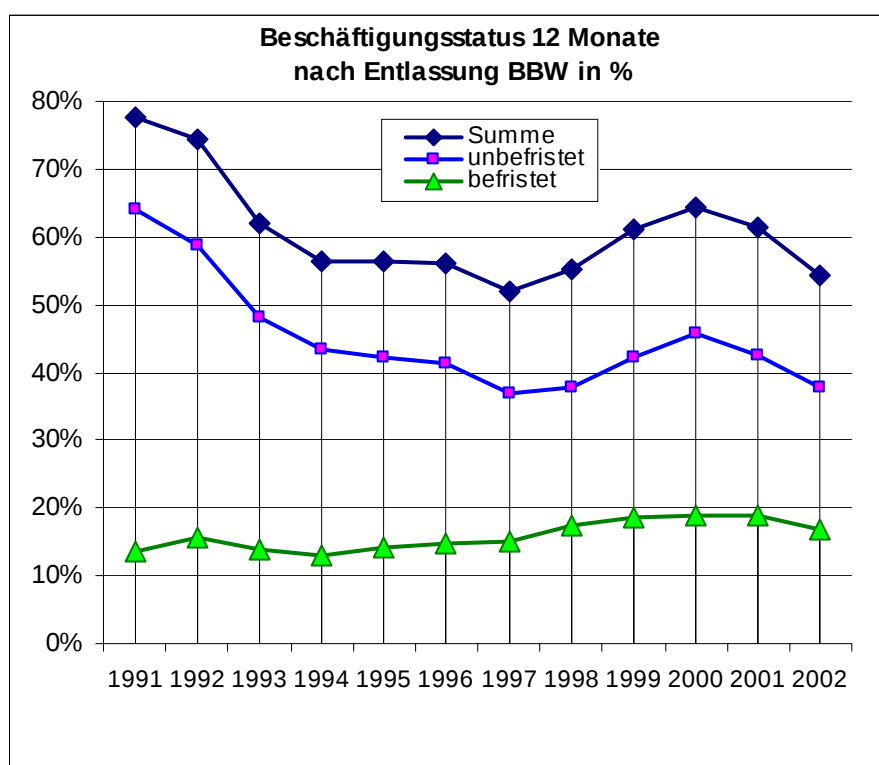


Abbildung 44: Zeitreihe Beschäftigungsstatus ein Jahr nach Abschluss im BBWW

Vergleichbare Zahlen liegen auch für die Berufsförderungswerke (1980–1995 zwischen 87% und 65% vgl. [Beiderwieden 2001] 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 die-

sem 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.

Plath und Blaschke [Plath & Blaschke 2002] schreiben hierzu in einer Veröffentlichung des Bundesagentur eigenen Institutes für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB): „Verbleibsanalysen geben lediglich Auskunft darüber, was aus den Teilnehmern von Maßnahmen geworden ist bzw. wo und wie sie untergekommen sind. (...) Im Unterschied zu ‚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.“ [ebd. S. 450 f.]

Es spricht vieles dafür, dass vermutlich die lokale Arbeitsmarktsituation den größten Einfluss auf den Eingliederungserfolg hat, denn die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes haben sich im letzten Jahrzehnt verändert. Dies bestätigen auch neuere Untersuchungen von Köster, Fehr und Slesina. [Köster 2007].

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.⁴⁶

8.3. 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.“ [BAR 2003].

In Kapitel 6.3.5 wurde bereits über Grenzen der Teilnehmerbefragung berichtet. Eser [Eser 2004] hat hierzu eine Handreichung mit 33 Items für die Berufsbildungswerke entwickelt und vorgestellt. „Er [der Fragebogen, Anm. d. Verf.] 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.“ [ebd. S. 84]

So wichtig 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 nicht ausreichend.

Wie aussagekräftig ist beispielsweise eine Erhebung von Leistungszufriedenheit, wenn die Teilnehmer sehr zufrieden sind, aber das Maßnahmeziel nicht erreichen, weil sie Prüfungen nicht bestehen? Wie ist andererseits die Unzufriedenheit von Teilnehmern zu bewerten, denen mehr Einsatz für Bewerbungsaktivitäten abgefordert wird? Auch hier ist der Vorwurf des deklamatorischen Charakters der gemeinsamen Empfehlungen von Fuchs [a. a. O.] nachzuvollziehen.

⁴⁶ Wegfall F2/F3 Lehrgänge, Verkürzung der Höchstförderdauer auf 17 Monate (Anm. d. V.)

8.4. 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 des IQPR-Konzeptes von Kernprozess I bis VI, trägerübergreifend aufzeichnet. [vgl. *BAR 2004b*]. 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 der 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. 2006, Volz-Sidropolou 2006*].

Erfolgversprechender scheinen Förderpläne mit Zielvereinbarungen zu sein, die in das Qualitätsmanagementsystem eingebunden sind. Einige wohnortnahe Träger haben diese nach Empfehlungen der Projektgruppe „Förderplan in der Benachteiligtenförderung“ entwickelt und in ihren Einrichtungen umgesetzt [*Espert 2000*]. 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, die 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.

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.

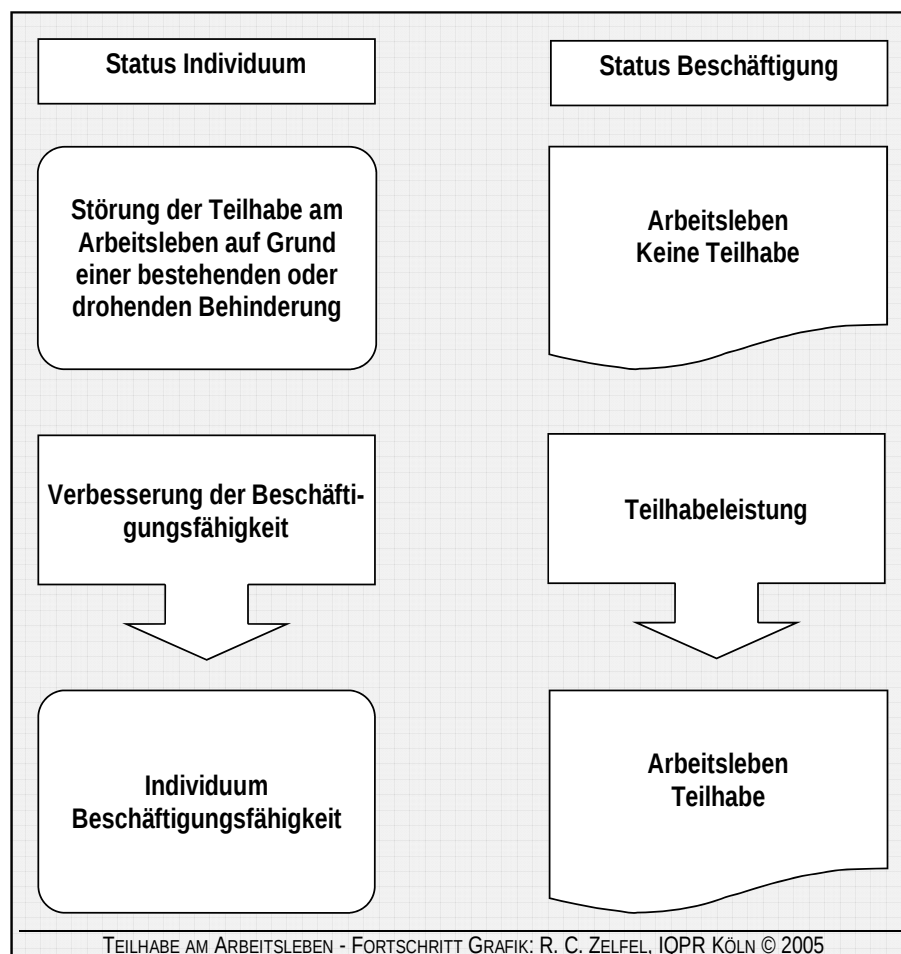


Abbildung 45: Design zur Ermittlung individueller Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Eine Fortschrittsmessung⁴⁷ ist während des Gesamtprozesses auf individueller Ebene mit folgenden Daten möglich:

⁴⁷ In der Psychotherapieforschung wurden vergleichbar GAS, Goal Attainment Scales entwickelt.

- 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 [TBS NRW 2005] sein, die empirisch geprüft und wahrscheinlich komprimiert werden müssen.

8.5. Ergebnisqualität in den Kernprozessen des IQPR-Konzepts

Bei der prozessorientierten Betrachtung des gesamten Rehabilitationsprozesses können für jeden einzelnen Prozess Ziele formuliert und die Ergebnisqualität des Prozesses überprüft werden. So lässt sich beispielsweise feststellen, ob eine berufsvorbereitende Maßnahme erfolgreich auf eine anschließende Eingliederung oder Qualifizierungsmaßnahme vorbereitet hat. Einer ganz besonderen Überprüfung bedarf jedoch der Kernprozess II, Auswahl und Bewilligung der Leistung.

Hier kann die Fragestellung zur Ergebnisqualität lauten: Ist die Bewilligung der Leistung unter Berücksichtigung von Assessment, Dialogorientierung erfolgt und trägt sie zur dauerhaften Teilhabe am Arbeitsleben bei? Ermöglicht sie Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe und trägt sie letztlich zu Erhöhung der Lebensqualität eines Menschen mit Behinderung bei?

9. Ausblick

Das System der beruflichen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland genießt weltweit hohes Ansehen und gehört zu einem der führenden aller 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 Zielsetzungen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe an allen Lebensbereichen sind 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 Sozialsystems bringen jährlich etwa 4,6 Milliarden 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 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, insbesondere Auswahl, Umfang sowie Ort der Erbringung, ist jedoch 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.

Durch sekundäranalytische 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 die Leistungen der 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.

10. Zusammenfassung

Die berufliche Rehabilitation in Deutschland hat eine fast 150jährige Geschichte. Es ist aber erst wenige Jahre her, dass Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Frauen und Männer mit Behinderungen zum Ziel der Sozialpolitik erhoben wurde. Das neunte Sozialgesetzbuch im Jahr 2001 und die Neufassung der Internationalen Klassifikation durch die WHO haben einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Behinderung wird nicht mehr über Defekte und Schädigungen definiert, sondern der Menschen mit einer Behinderung wird als Subjekt begriffen, dessen Teilhabe eine Aufgabe von Gesellschaft und Politik ist.

Gleichberechtigte Teilhabe beinhaltet auch die Teilhabe am Arbeitsleben und damit die Möglichkeit, für seinen eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, sich in der Arbeit selbst zu verwirklichen und weitgehend von mildtätigen oder Fürsorgeleistungen unabhängig zu werden. Dieses neue Menschenbild, das von der Emanzipation des Menschen mit Behinderung geprägt ist, erfordert eine neue Bewertung der Leistungen, die der Sozialstaat zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bereit hält. Staatliche Leistungen werden zu Dienstleistungen, die den behinderten Menschen bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unterstützen.

Die ersten Formen beruflicher Rehabilitationsleistungen sind durch die Hilfsschulpädagogik Ende des 19. Jahrhunderts entstanden. Durch die Vermittlung von Erwerbsbefähigung sollte Menschen mit Behinderungen eine Chance eröffnet werden, ihren Lebensunterhalt selbst zu verdienen und damit unabhängig von Fürsorge- und Wohlfahrtsleistungen zu sein. Es war ein großer Verdienst der Hilfsschulpädagogik eine gesellschaftliche Akzeptanz der Bildungsfähigkeit von „schwach- und blödsinnigen Menschen“ zu erreichen.

Die Krüppelfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte den Anspruch „den Krüppel zum Steuerzahler“ zu machen. Mit der Entwicklung neuer Orthopädietechnik und vor allem der Vermittlung berufsbezogener Qualifikationen konnten

Menschen mit Körperbehinderungen erstmals Berufe ergreifen und ihren Lebensunterhalt verdienen.

Der Aufbau der beruflichen Rehabilitation in der Bundesrepublik knüpfte an diese Entwicklung an. In den siebziger und achtziger Jahren wurden viele berufliche Rehabilitationseinrichtungen geschaffen. Integration durch berufliche Qualifikation und „Rehabilitation vor Rente“ waren die Leitsätze dieser Entwicklung. Eine Sozialgesetzgebung sicherte die Leistungen für Menschen mit Behinderung.

Das Menschenbild vom „Behinderten“ ist in dieser Zeit noch vom Fürsorgegedanken geprägt. Der behinderte Mensch ist Objekt staatlicher Leistungen, die sich an der Kompensation einer behinderungsbedingten Einschränkung orientieren. Separation und Qualifikation in Sondereinrichtungen bestimmen das Konzept der beruflichen Rehabilitation. Noch heute finden berufliche Rehabilitationsmaßnahmen fast ausschließlich in Sondereinrichtungen statt. Erst der Paradigmenwechsel des neunten Sozialgesetzbuch stellt den Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt des Geschehens.

Berufliche Rehabilitationsleistungen werden in der Bundesrepublik von verschiedenen Trägern erbracht. Jeder Träger hat seine eigene Konzeption und Bewilligungspraxis. Erst das Sozialgesetzbuch IX schuf trägerübergreifende Regelungen, die für alle Träger von Rehabilitationsleistungen verbindlich sind. So ist es denn nicht verwunderlich, dass ein Gesamtüberblick über alle Leistungen zur beruflichen Rehabilitation bisher fehlte.

Im Rahmen einer sekundäranalytischen Auswertung der statistischen Daten der Träger konnte ermittelt werden, dass in der Bundesrepublik beträchtliche Mittel aufgewendet werden. So wurden im Jahr 2005 etwa 9,5 Milliarden Euro für berufliche Rehabilitationsleistungen aufgewendet, wovon etwa 4,5 Milliarden durch die drei Träger Rentenversicherung, Arbeitsverwaltung und Unfallsversicherung erbracht werden, eine Größenordnung, die dem Haushalt des Bundesverkehrsministers entspricht. Im Jahr 2004 wurden insgesamt fast 300.000 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht.

Die Auswertung der statistischen Veröffentlichungen der Leistungsträger ergibt eine stetige Steigerung der Leistungen, der Rehabilitanden/innen sowie der Aufwendungen. Erst das Jahr 2005 weist leichte Rückgänge auf. In der Rentenversicherung sind die Aufwendung im Zehnjahreszeitraum um 350% auf etwa 1,3 Mrd. Euro gestiegen. In der Bundesagentur wurde der Höchststand mit 150.000 bewilligten Leistungen im Jahr 2002 erreicht. Inzwischen sind die Leistungen aufgrund geänderter Gesetzgebung um ein Drittel gesunken. Die Aufwendungen liegen bei etwa 2,5 Mrd. Euro.

Angesichts der beträchtlichen Aufwendungen ist es erstaunlich, dass bisher kein trägerübergreifenden Konzept zu Auswahl und Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben entwickelt wurden. Konzepte zur Auswahl und Bewilligung von Leistungen sind bisher nicht veröffentlicht und entziehen sich somit einer demokratischen Kontrolle.

Im Rahmen der Untersuchung wurde das derzeitige System der beruflichen Rehabilitation analysiert. Es konnten sechs Kernprozesse identifiziert werden:

- Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung.
- Bewilligung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Vorbereitung auf eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Qualifikation, Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung
- Übergang ins Arbeitsleben
- Hilfe im Arbeitsleben

In einem Forschungsprojekt des Bundesministerium für Gesundheit und Soziales hat das IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln ein Konzept zur Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe entwickelt. Dieses legt das Ziel der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe (§ 1 SGB IX) zugrunde. Die Elemente dieses Konzepts sind: ICF orientierte Beschreibung der Teilhabeleistung, Assessment, Dialogorientierung, Teilhabeplan/Dokumentation und Orientierung an betrieblicher Eingliederung.

Mit Hilfe dieses IQPR-Konzeptes können alle Leistungen zur Teilhabe trägerübergreifend beschrieben werden. Das Konzept erfüllt die Anforderung an eine Qualitätsbeschreibung der sechs identifizierten Kernprozesse. Es setzt den Paradigmenwechsel durch das neunte Sozialgesetzbuch um und stellt die Teilhabe des Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben in den Mittelpunkt der Teilhabeplanung. Darüber hinaus werden Ansätze geschaffen, die Ergebnisqualität von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beurteilen.

Das Konzept bietet eine trägerübergreifende Grundlage für Entscheidungen über Leistung und Steuerung des Prozesses von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Es erlaubt eine einheitliche Praxis der Feststellung und Durchführung, eine Verpflichtung, der die Rehabilitationsträger bisher nicht nachgekommen sind.

Abkürzungen

AA	Arbeitsamt, heute Agentur für Arbeit
AFG	Arbeitsförderungsgesetz
ARCON [®]	Functional Abilities Evaluation testing
ARGE BFW	Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke
AVEM	Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Fragebogen
AV	Arbeitsverwaltung, synonym für Bundesagentur für Arbeit
BA	Bundesagentur für Arbeit, auch für die frühere Bundesanstalt für Arbeit, die Arbeitsämter heißen heute Agentur für Arbeit, die Landesarbeitsämter Regionaldirektionen
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke
BAG WBR	Bundesarbeitsgemeinschaft wohnortnahe berufliche Rehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt
BBG	Bundesgleichstellungsgesetz, Gesetz zur Gleichstellung Behinderter
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
BG	Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung
BiBB	Bundesinstitut für Berufliche Bildung
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
DIMA	Diagnosegesteuerte Maßnahmenauswahl
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFQM	European Foundation for Quality Management
ERGOS [®]	ERGOS work simulator
FCE	Functional Capacity Evaluation
HwO	Handwerksordnung
IAB	Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung, Nürnberg
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO, 10. Revision

ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health der WHO
ICIDH	International Classification of Impairment, Disease and Handicap der WHO
IMBA	Integration von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt, Klassifikationsverfahren
IQPR	Institut zur Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln
IRES	Indikatoren des Reha-Status, Fragebogen
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
PACT	Performance Assessment and Capacity Testing
REGINE	REGIonale NETzwerke zur beruflichen Rehabilitation
RV	Rentenversicherung, heute Deutsche Rentenversicherung
SchwabAV	Schwerbehindertenausgleichsabgabeverordnung
SF-36	Fragebogen zum Gesundheitszustand
SGB	Sozialgesetzbuch
UV	Gesetzliche Unfallversicherung, Berufsgenossenschaften
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, heute Deutsche Rentenversicherung
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen, früher WfB
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Standorte und Anzahl von Hilfsschulklassen in den Jahren 1893–1912 [Basedow 1913, S. XV]	23
Abbildung 2:	Entwicklung der Hilfsschülerzahlen 1893-1912 [Basedow 1913, S. XV]	24
Abbildung 3:	Unterricht in der Schülerwerkstatt Hilfsschule Berlin Lankwitz, 1913 [Wehrhahn 1913, S. 109]	26
Abbildung 4:	Hilfsschülerinnen in der Haushaltungsschule, Städtische Hilfsschule in Elbing, 1913 [Wehrhahn 1913, S.319]	27
Abbildung 5:	Verbleibstatistik Hamburger Hilfsschulen 1907-1912 [Meyer 1913, S. 79]	28
Abbildung 6:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der drei großen Träger der Rehabilitation im Jahr 2004 [a.a.O.]	47
Abbildung 7:	Zeitreihe der Aufwendungen für Rehabilitation [BAR Geschäftsberichte 1998-2005]	51
Abbildung 8:	Zeitreihe Aufwendungen für berufliche Rehabilitation ohne Leistungen der Sozialhilfeträger für den Betrieb von WfbM [BAR Geschäftsberichte 1998-2005]	52
Abbildung 9:	Entwicklung der LTA Bewilligungen in der Rentenversicherung.....	54
Abbildung 10:	Kostenentwicklung für LTA in der Rentenversicherung	55
Abbildung 11:	Entwicklung Rehabilitanden/innenzahlen in der Rentenversicherung.....	56
Abbildung 12:	Entwicklung der psychischen Erkrankungen nach ausgewählten Krankenkassen.....	57
Abbildung 13:	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben RV in den Jahren 1990-2003 [Deutsche Rentenversicherung 2006d]	59
Abbildung 14:	Zeitreihe Eintritte in berufliche Rehabilitation BA in den Jahren 1991–2005 [Bundesagentur 1996-2007]	60
Abbildung 15:	Prozentualer Anteil von Zugängen in der Rehabilitation an den Absolventenzahlen allgemeinbildender Schulen [Bundesagentur 2006a, KMK 2007]	62
Abbildung 16:	Entwicklung der Haushaltszahlen für LTA der BA in den Jahren 1998 - 2007 [BA Haushalte 1998-2007]	63
Abbildung 17:	Zeitreihe Eintritte berufsfördernde Maßnahmen Reha BA 1994–2005 [a. a. O.].....	65

Abbildung 18: Zeitreihe berufsfördernde Maßnahmen Reha BA in Prozent 1994-2005 [a. a. O.]	66
Abbildung 19: Ziele von SGB IX Leistungen.....	78
Abbildung 20: Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ [BAR 2004b].....	86
Abbildung 21: Elemente des IQPR-Konzeptes	91
Abbildung 22: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, IQPR-Konzept	93
Abbildung 23: Das EFQM-Modell [Hummel 2004, S. 24].....	116
Abbildung 24: Der Deming Cycle, EFQM	117
Abbildung 25: Zufriedenheitsbefragung BBW Essen.....	118
Abbildung 26: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen der BA am Lernort Betrieb der Jahre 1991-2005	128
Abbildung 27: Anteil des Lernortes Betrieb in Prozent an berufsfördernden Leistungen der BA in den Jahren 1991–2005	128
Abbildung 28: Berufsfördernde Maßnahmen in der WfbM BA Zeitreihe in den Jahren 1991–2005 [Datenquelle: Bundesagentur ANBA 1996-2007]	132
Abbildung 29: Eintritte in berufsfördernde Maßnahmen WfbM im Vergleich der Jahre 1998 und 2004	133
Abbildung 30: Anteile in % Betrieb/WfbM an Eintritten in berufsfördernde Maßnahmen der BA	135
Abbildung 31: Matrix zur Lernortauswahl Ausbildung in der Ersteingliederung	136
Abbildung 32: Entscheidungsprozeduren bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	139
Abbildung 33: Kernprozesse bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	142
Abbildung 34: Zuordnung von Leistungen § 33 SGB IX zu den Kernprozessen	145
Abbildung 35: Kernprozess I: Störung der Teilhabe am Arbeitsleben auf Grund einer bestehenden oder drohenden Behinderung	147
Abbildung 36: Kernprozess II: Bewilligung Teilhabeleistung.....	149
Abbildung 37: Kernprozess IIIa Berufsvorbereitende Maßnahmen Ersteingliederung	153
Abbildung 38: Kernprozess IIIb Berufsvorbereitende Maßnahmen Wiedereingliederung	154
Abbildung 39: Kernprozess IV Ausbildung, Umschulung, Weiterbildung	156
Abbildung 40: Kernprozess V Teilhabeleistung Übergang ins Arbeitsleben	158

Abbildung 41: Kernprozess VI Teilhabeleistung Hilfe im Arbeitsleben	160
Abbildung 42: Vorschlag für Fallstrukturierung für „Lernbehinderung“	166
Abbildung 43: IQPR Qualitätssicherungsmodell bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	187
Abbildung 44: Zeitreihe Beschäftigungsstatus ein Jahr nach Abschluss im BBWW	192
Abbildung 45: Design zur Ermittlung individueller Ergebnisqualität bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	196

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgewählte Verbleibsquoten aus Hilfsschulen in Deutschen Reich [Wehrhahn 1913]	29
Tabelle 2:	Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der drei großen Träger der Rehabilitation im Jahr 2004 [BA 2005, VDR 2005, HVBG 2005]	46
Tabelle 3:	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2005 aller Träger [a. a. O., Berechnung d. V.]	48
Tabelle 4:	BAR Ermittlung der Gesamtaufwendungen für Rehabilitation	49
Tabelle 5:	BAR Ermittlung Gesamtaufwendungen für berufliche Rehabilitation	50
Tabelle 6:	Abgeschlossene LTA RV nach ausgewählten Zielgruppen [Deutsche Rentenversicherung 2005]	58
Tabelle 7:	Absolventenzahlen allgemeinbildender Schulen, Zugänge Rehabilitation BA	61
Tabelle 8:	Art und Anzahl der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen BA in den Jahren 1994–2005 [Datenquelle: BA ANBA 1994-2005]	64
Tabelle 9:	Zuständigkeiten Rehabilitationsträger im SGB IX	80
Tabelle 10:	Vergleich Einmündung in berufsfördernde Leistungen in der WfbM durch die BA der Jahre 1998 und 2004	132
Tabelle 11:	Beschäftigungsstatus BBW ein Jahr nach Entlassung	191

Literaturverzeichnis

- Alt, H. (2005). *Perspektiven der beruflichen Rehabilitation aus der Sicht der Bundesagentur für Arbeit*. Vortrag 11. Heidelberger Fachtagung Berufliche Rehabilitation – Quo Vadis? 24.01.2005. unveröffentlichtes Redemanuskript.
- Arbeitsförderungsgesetz (AFG) (1969). *Arbeitsförderungsgesetz i. d. F. v. 25.6.1969 bis 31.12.1997*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Arbeitsförderungsreformgesetz AFRG (1996). *Arbeitsförderungsreformgesetz i. d. F. v. 1.1.1997*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (ARGE BFW) (o. J.). RehaAssessment – was ist das?. Zugriff 2006-12-10 unter http://www.rehaassessment.de/e2_definition.html.
- Arbeitsgemeinschaft der Berufsförderungswerke (ARGE BFW) und Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) (o. J., 2000 d. Verf.). *Was zählt ist die Einstellung - Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke*. Frankfurt/Offenburg: Eigenverlag.
- BAG WBR / BAG JAW (2003). *Merkmale zur Beurteilung der fachlichen Qualität von Maßnahmen der wohnortnahen beruflichen Rehabilitation*. Erfurt/ Bonn: Eigenverlag.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2000). Geschäftsbericht 1998/1999. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_1998-1999_213.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2001). Geschäftsbericht 1999/2000. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_1999-2000_214.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2002). Geschäftsbericht 2000/2001. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_2000-2001_191.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003). Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003. Zugriff 2006-11-15 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/GemeinsameEmpfehlung_27.März2003_855.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004a). Geschäftsbericht 2002/2003. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_2002-2003_190.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004b). 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 Empfeh-

- lung „Teilhabeplan“) vom 16. Dezember 2004. Zugriff 2006-11-16 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Teilhabeplan_935.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004c). Mustervordruck Teilhabeplan I-III. Zugriff 2006-11-16 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Vordruckmuster_Teilhabeplan_1-3_1735.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation v. 22.01.2004 (2004d). Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation. Zugriff 2007-05-07 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Rahmen_derma_505.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2004). Gemeinsame Empfehlung nach §§ 12 Abs. 1 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX, dass Prävention entsprechend dem in § 3 SGB IX genannten Ziel erbracht wird (Gemeinsame Empfehlung „Prävention nach § 3 SGB IX“) vom 16. 12. 2004. Zugriff 2006-11-26 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Praevention_934.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005). Geschäftsbericht 2003/2004. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_2003-2004_189.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006a). Geschäftsbericht 2004/2005. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_2004-2005_188.pdf.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006b). *ICF Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation*. Frankfurt: BAR.
- BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2007). Geschäftsbericht 2005/2006. Zugriff 2006-04-17 unter http://www.bar-frankfurt.de/upload/Gesch%C3%A4ftsbericht_2004-2005_187.pdf.
- Basedow, K. (1913). Bedeutung und Entwicklung des Hilfsschulwesens und des Verbandes der Hilfsschulen Deutschlands. In Wehrhahn (Hrsg.), *Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild* (S. IX-XXI). Halle a. d. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (2006). *Fehlzeiten-Report 2005. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer.
- Baumgartner, F. & Schopf, P. (2005). *Profiling – Assessment – Eingliederungsdiagnostik. Berufliche Rehabilitation*, 18/19, 303-316.
- Begemann, E. (1970). *Die Erziehung der sozio-kulturell benachteiligten Schüler. Zur erziehungswissenschaftlichen Grundlegung der Hilfsschulpädagogik*. Hannover: Schroedel.

- Beiderwieden, K. (2001). Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 34, 182–206.
- Biefang, S., Potthoff, P. & Schliehe, F. (1999). *Assessmentverfahren für die Rehabilitation*. Göttingen: Hogrefe.
- Biesalski, K. (1909). *Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland nach der durch die Bundesregierungen erhobenen amtlichen Zählung*. Hamburg: Voss.
- BKK Bundesverband (2006). *BKK Gesundheitsreport 2006*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (2005). *BKK Gesundheitsreport 2006. Krankheitsentwicklungen –Blickpunkt: Psychische Gesundheit*. Essen: BKK Bundesverband.
- Blancke, S. Roth C. & Schmidt, J. (2000). Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt: auf dem Weg zur flexiblen Erwerbsgesellschaft. Eine Konzept- und Literaturstudie. Zugriff 2005-10-22 unter <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1716/>, urn:nbn:de:bsz:93-opus-17169.
- Bundesregierung (1980). *Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung 18.07.1980*. Bonn: Eigenverlag.
- Bundesagentur für Arbeit bis 2004/Bundesanstalt für Arbeit ab 2004 (1996-2007). *ANBA Amtliche Nachrichten der Bundesagentur/Bundesanstalt für Arbeit. Monats- und Jahreshefte 1996-2007*. Nürnberg: Bundesanstalt/Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2004a). *Haushaltsplan 2004*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2004b). *Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit 2004 (ANBA) (früher Bundesanstalt für Arbeit)*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2005). *Haushaltsplan 2005*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (2006a). *Durchführungsanordnung DA II 19.0.1 - 19.1.1. April 2006*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2006b). *Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Übersicht Eintritte, Bestand und Austritte von behinderten Menschen in Maßnahmen*. Zugriff 2007-04-29 über das Statistikportal unter <http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start>.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2006c). *Haushaltsplan 2006*. Bundesagentur für Arbeit.

- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2006d). 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. Zugriff 2006-12-03 unter <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A04-Vermittlung/A042-Vermittlung/Publikation/pdf/Arbeitshilfe-Reha-Zusammenarbeit-Argen-u-AA.pdf>.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2007). *Haushaltsplan 2007*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) (2003a). *Eckpunkte für eine Teilnehmervertretungsordnung in den Berufsbildungswerken. Beschluss der Mitgliederversammlung der BAG BBW v. 7./8.5.2003*. Freiburg: BAG BBW.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (BAG BBW) (2003b). *Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke. Teilnehmernachbefragung 2001 und 2002*. Potsdam: BAG BBW.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (1998). *Haushaltsplan 1998*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (1999). *Haushaltsplan 1999*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (2000). *Haushaltsplan 2000*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (2001). *Haushaltsplan 2001*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (2002). *Haushaltsplan 2002*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesanstalt für Arbeit (BA) (2003). *Haushaltsplan 2003*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Bundesregierung (o. J. vermutlich 1981). *Aktionsprogramm Rehabilitation in den 80er Jahren*. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kolleritz, B., Chatterji, S., Üstün, B. & Stucki, G. (2002). Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*, 34, 205-210.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Üstün, B. & Stucki, G. (2005). ICF Linking Rules: An Update based on Lessons Learned. *J Rehabil Med*, 37, 212-218.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2000). *Gesundheitsreport 2000*. Hamburg: DAK.

- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2001). Gesundheitsreport 2001. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2002). Gesundheitsreport 2002. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2003). Gesundheitsreport 2003. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2004). Gesundheitsreport 2004. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2005). Gesundheitsreport 2005. Hamburg: DAK.
- Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2006). Gesundheitsreport 2006. Hamburg: DAK.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2005). Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2005 insgesamt. Tabelle: 015.00 B Verteilung nach ausgewählten Diagnosengrundgruppen (1. Diagnose) sowie nach Beruf vor Durchführung der Leistung zur Teilhabe. Zugriff 2006-05-07 unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=DFDB697B51BA459DC12571E00036BF39&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIIOP674&open&viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIIOP674.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006a). Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Reha-Antrags-/Erledigungsstatistik 1954-2005. Zugriff 2006-05-07 unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?statzrID=CBB4F7B9B413FD39C1256A390043F801&chstatzr_Rehabilitation=WebPagesIIOP56&open&viewName=statzr_Rehabilitation#WebPagesIIOP56.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006b). Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rechnungsergebnisse, verschiedene Jahrgänge. Zugriff 2006-05-07 unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?statzrID=DC13BBF15050174CC1256F2A00307C6A&chstatzr_Rehabilitation=WebPagesIIOP224&open&viewName=statzr_Rehabilitation#WebPagesIIOP224.
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006c). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2005 insgesamt. Tabelle: 020.00 B Verteilung nach ausgewählten Diagnosengrundgruppen (1. Diagnose) sowie nach Altersgruppen. Zugriff 2006-05-07 unter http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=3DDCDE73B62C5431C12571E00036BF3D&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIIOP656&open&viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIIOP656.

- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2006d). *Rentenversicherung in Zeitreihen* (DRV Schriften Band Nr. 22). Berlin: DRV.
- Deutscher Bundestag (2001). Plenarprotokoll 6.4.2001, Nr. 14/165. *Bundestagsdrucksache 14/5531*.
- Deutsches Institut für Normung (1995). *Qualitätsmanagement DIN EN ISO 8402:1994*. Berlin: Beuth.
- Deutsches Institut für Normung (2006). *Qualitätsmanagement DIN EN ISO 9000 ff.* Berlin: Beuth.
- Dieterich, M., Goll, M., Pfeiffer, G., Tress, J., Schweiger, F. & Hartmann, F. (2001). *hamet 2*. Waiblingen: Berufsbildungswerk Waiblingen.
- DIHK Deutscher Industrie- und Handelskammertag (2006). DIHK unterstützt Verlängerung des EQ-Programms. *Bildung aktuell. Informationen zur Berufsausbildung der sächsischen Industrie- und Handelskammern*, 3 (2006), 1-6.
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2003). *ICD-10-GM 2004: Systematisches Verzeichnis für die Zwecke des SGB V*. Bern: Huber Lang.
- DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI.
- Erbstößer, S., Nellessen, G., Schuntermann, M. F. (2003). *FCE-Studie: FCE-Systeme zur Beurteilung der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit ; Bestandsaufnahme und Experteneinschätzung. Abschlussbericht* (DRV-Schriften Nr. 44). Bad Homburg: WDV.
- Eser, K.H., Gleixner, F. & Magin, P.T. (2002). Zur Ermittlung der Leistungsakzeptanz durch Befragungen von Teilnehmern, Eltern und Berufsberatern – eine empirische Untersuchung aus dem Berufsbildungswerk Dürrlauringen. *Berufliche Rehabilitation*, 16, 229-252.
- Eser, K.H. (2004). Qualitätssicherung durch Teilnehmerbefragung – Entwicklung und Monitoring eines Musterfragebogens. *Berufliche Rehabilitation*, 18, 73-85.
- Eser, K.H. (2005). Evaluationsforschung in der Erstrehabilitation. Referat auf der IQPR-Tagung "Berufliche Rehabilitation forscht. Evaluationsforschung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 8./9.11.2005. Zugriff 2006-11-29 unter http://www.iqpr.de/iqpr/download/veranstaltungen/Dokumentation_iqpr_BAR_Fachtagung_Nov2006.pdf.
- Espert, S. & Schnadt, P. (2000). *Instrumente, Methoden und Dokumentation der Förderplanung*. Lübeck: Hiba-Verlag.
- Ewert, T., Cieza, A. & Stucki, G. (2002). ICF in der Rehabilitation. *Phys Med Rehab Kuror*, 12, 157-162.

- Ewert, T., Geyh, S., Gril, E., Cieza, A., Zaisserer, S. & Stucki, G. (2005). Die Anwendung der ICF in der Neurorehabilitation anhand des ICF-Modellblattes und der ICF Core Sets. *Neurologie und Rehabilitation*, 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 unter Publikationen, Anm. d. V.)
- European Disability Forum (EDF) (2003). People with disabilities are holders of the same Fundamental Rights as the rest of the citizens. Madrid Declaration. Zugriff 2006-11-10 unter <http://www.madriddeclaration.org/fr/dec/dec.htm>.
- Frommelt, P., Grötzbach, H., Ueberle, M. (2005). NLS - ein Instrument zur sozialmedizinischen Beurteilung auf der Basis der ICF in der Neurorehabilitation. *Neurologie & Rehabilitation*, 11, 211-217.
- Fuchs, H. (2006). Kommentar. In D. Bihr et al. (Hrsg.), *SGB IX - Kommentar und Praxishandbuch*. Sankt Augustin: Asgard.
- Geuke, N. (2005). *Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Interventionsmöglichkeiten bestehender Assessmentverfahren in das ICF Konzept*. Diplomarbeit, Deutsche Sporthochschule Köln.
- Gewerkschaft ver.di (2006). Alle fördern – niemand zurücklassen. Berufliche Rehabilitation – ein unverzichtbarer Beitrag zur Realisierung des Benachteiligungsverbot. Positionspapier zur beruflichen Rehabilitation (Juni 2006). Zugriff 2006-08-04 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, 154-159.
- Haack, H.J. (2003). Vom bürokratischen Sozialstaat zum sozialen Bürgerstaat. Eine notwendige Provokation, Rede SEEHEIM Frühjahrstagung 11.04.2003. Zugriff 06-11-12 unter <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/338>.
- Haack, H.J. (2006). Karl Hermann Haack nimmt Abschied. Interview Karl Hermann Haack. Zugriff 06-11-14 unter http://www.aktion-grundgesetz.de/gleichstellung/seite_77205.html.
- Hansen, W. & Kamiske, G.F. (2003). *Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich. Assessment - Sicherung - Entwicklung*. Düsseldorf: Symposion Publishing.

- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) (2005). *Geschäftsbericht 2004. Anhang 2. Statistik der Rehabilitationsmaßnahmen 2004*. St. Augustin: HVBG.
- Hörmann, G. (2002). Gesundheit, Bildung und Soziale Arbeit - Perspektiven mit einem Ausblick auf das bayerische Sondermodell der Lehrerbildung. In J. Schulze-Krüdener (Hrsg.), *Grenzen ziehen - Grenzen überschreiten - Pädagogik zwischen Schule, Gesundheit und sozialer Arbeit* (S. 117-136). Baltmannsweiler: Schneider.
- Hummel, U. (2004). *Qualitätsentwicklung durch Selbstevaluation*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- IAB Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2004). Ergebnisse aus dem Betriebspanel. Übernahme von Leiharbeitern in die Stammbesellschaft: Wie groß ist der Klebeeffekt?. Zugriff 2006-11-22 unter http://doku.iab.de/betriebspanel/ergebnisse/2005_01_01_04_Uebernahme_von_Leiharbeitern.pdf.
- IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (2004). *Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung (PRVE)*. Bonn: Bundesminister für Gesundheit und Soziales.
- IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (2006a). Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (Kurzbeschreibung). Zugriff 07-04-29 unter http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/Kurzfassung_Teilhabeprojekt.pdf.
- IQPR Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln (2006b). Online-Datenbank Assessmentinstrumente. Zugriff 2006-10-10 unter <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/assessment/glossar/glossar-de.asp>.
- Jenschke, M.L. (2003). Das Zentrum für Berufliches Reha-Assessment (ZEBRA). Ein neues Angebot des Berufsbildungswerkes im Oberlinhaus Potsdam. *Berufliche Rehabilitation*, 17, 92-102.
- Kaiser, H., Kersting, M., Schian, H.M. (2000). Der Stellenwert des EFL-Verfahrens nach Susan Isernhagen in der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 39, 297-306.
- Kipp, M. (2004). *Produktionsschulen: Bestandsaufnahmen und Entwicklungsperspektiven*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kirschneck, M., Ewert, T. (2005). Die Entwicklung von ICF Core Sets. In H. P. Rentsch & P. O. Bucher (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (S. 287-298). Idstein: Schulz-Kirchner.

- Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen (2005). Eckpunktepapier zur Fortentwicklung des SGB IX. Zugriff 06-11-14 unter <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/aid/488>.
- Köster, T., Fehr, M. & Slesina, W. (2007). Zur Eingliederung von Rehabilitanden in das Erwerbsleben nach Umschulung in Berufsförderungswerken - ein Prognosemodell. *Rehabilitation*, 46, 258-265.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2005). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen* (Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Dokumentation, 177). Bonn: KMK.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2007). *Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 1996 bis 2005* (Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz, Dokumentation, 181). Bonn: KMK.
- Lay, W., Radoschewski, M.F. & Müller-Fahrnow, W. (2006). Der Individuelle Förder- und Integrationsplan als ein Instrument des Empowerments: defizit- und ressourcenorientierte Förderung mit dem IFP. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Rehabilitation und Arbeitswelt. Herausforderungen und Strategien* (Tagungsband; DRV-Schriften, 64, S. 81-83). Frankfurt, M: WDV Wirtschaftsdienst.
- Lelgemann, R. (2000). Berufliche Rehabilitation für und mit Menschen mit sehr schweren Körperbehinderungen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 51, 178-184.
- Lotze, R. (1999). *Von der "Krüppelfürsorge" zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung : 90 Jahre Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V.* Heidelberg: Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter.
- Masendorf, F. & Tullius, S. (2000). Modellversuch zur beruflichen Eingliederung von Jugendlichen durch gezielte Fördermaßnahmen an der Schnittstelle zwischen Schule und Beruf. *Sonderpädagogik*, 30, 236-242.
- Mattern, R. (2007). Chronisch krank - chronisch vergessen? - Kommunikation/Mobilität/Alltag. *Gesundheitswesen*, 69, 195-205.
- Meyer, T.M. (1913). Das hamburgische Hilfsschulwesen. In Wehrhahn (Hrsg.), *Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild* (S. 61-81). Halle a. d. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Niehaus, M., Kurth-Laatsch, S. & Nolteernsting, E. (2001). *Wohnortnahe berufliche Rehabilitation von Frauen. Evaluationsforschung zum Modellprojekt für Frauen in der betrieblichen Rehabilitation*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Nüchtern, E. & Mohrmann, M. (2006). Wozu braucht evidenzbasierte Medizin die ICF, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit? *Medizinische Klinik*, 101, 6-14.
- Osten, P. (2004). *Die Modellanstalt*. Frankfurt am Main: Mabuse.

- Preußisches Gesetz Krüppelfürsorge (1920). Gesetz betr. die öffentliche Krüppelfürsorge v. 6. Mai 1920. *Volkswohlfahrt*, 1, 177-196.
- Plath, H.E. & Blaschke, D. (2002). Ebenen der Erfolgsfeststellung beruflicher Rehabilitation. In G. Kleinheinz (Hrsg.), *IAB-Kompendium Arbeitsmarkt- und Berufsforschung / Bundesanstalt für Arbeit* (S. 447-460). Nürnberg: Zentralamt der Bundesanstalt für Arbeit.
- Rabenstein, E. (2003). Diskussionsbeitrag zu § 20 Qualitätssicherung. Zugriff 06-11-15 unter <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/526>.
- Rappaport, J. (1985). Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 257-278.
- Rentsch, H.P. (2005). Umsetzung der ICF in den praktischen Alltag auf der Neurorehabilitationsabteilung des Kantonsspital Luzern. In H.P. Rentsch & P.O. Bucher (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktischer Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (S. 301-342). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Schäfer, D. (1999). 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.
- Schauerhofer, M. (2005). Expertise zu Empowerment für das Projekt www.sozialwirtschaft.at. Zugriff 06-11-12 unter http://www.sozialwirtschaft.at/TCgi/TCgi.cgi?target=home&P_GKat=1.
- Schneikert, J. (1913). Die Hilfsschule zu Ludwigshafen a. Rh. In Wehrhahn (Hrsg.), *Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild* (S. 14-18). Halle a. d. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Schoch, H., Boomers, M. & Rumpler, F. (1990). *Gemeinsamer Vorschlag zur Verbesserung der beruflichen Eingliederung von lernbehinderten Jugendlichen*. Köln: LERNEN FÖRDERN-Bundesverband.
- Schönle, P. W. (2003). Anforderungen an eine patientenorientierte Rehabilitation. *Rehabilitation*, 42, 231-268.
- Schopf, P. (1998). Lernschwäche, Lernbeeinträchtigung, Lernbehinderung: Aspekte zur Klärung. *Informationen für die Beratungs- und Vermittlungsdienste - ibv*, 1998 (6), 341-449.
- Schopf, P., Huber, G. & Reisinger, P. (1999). Projekt DIMA: Entwicklung von Instrumenten zur Verbesserung der individuellen Förderung und der Steuerung von Maßnahmen für lernbehinderte junge Menschen. *Berufliche Rehabilitation*, 13, 174-182.

- Schuntermann, M. F. (2005). *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin.
- Schwerbehindertengesetz (SchwbG) (1986). *Gesetz zur Sicherung und Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz-Schwbg) i. d. F. v. 26.08.1986*. München: dtv.
- Seidel, W. & Stauss, B. (2003). Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich. In W. Hansen & G.F. Kamiske (Hrsg.), *Qualitätsmanagement im Dienstleistungsbereich* (S. 131-142). Düsseldorf: Symposion.
- Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) (2004) *Sozialgesetzbuch IX i. d. F. v. 23.04.2004*. Karlsruhe: Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen.
- Spitzenverbände der Krankenkassen und für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen (2004). Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der stationären Vorsorge und Rehabilitation nach § 137d Abs. 1 und 1a SGB V. Zugriff 2005-11-12 unter <http://www.qs-reha.de/downloads/vereinbarung.pdf>.
- Stichting Reïnvallidatie Limburg (2004). Een klacht en dan?. Zugriff 2004-10-24 unter <http://www.srl.nl/srl/Klachtenregeling.html>.
- TBS NRW (2005). SelbstCheck Beschäftigungsfähigkeit. Eigene Potenziale einschätzen und Ziele entwickeln. UnternehmensCheck Beschäftigungsfähigkeit. Betriebliche Potenziale erheben und einschätzen. Zugriff 2005-10-22 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 Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.), *DRV Schriften Bd. 64* (S. 180-182). Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Uniklinik Freiburg (2006). Therapeutisches Assessment Netzwerk. Zugriff 2006-11-22 unter <http://www.uniklinik-freiburg.de/zggf/live/forschung/TherapieEvaluation.html>.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2004). *VDR-Statistik Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2003* (VDR-Statistik Bd. 150). Frankfurt: VDR.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (2005). *VDR-Statistik Rehabilitation. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, sonstige Leistungen zur Teilhabe und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 2004* (VDR-Statistik Bd. 154). Frankfurt: VDR.

- Vogedes, M. (2004). Teilnehmerbefragung - ein Mittel zur Qualitätsverbesserung in der beruflichen Rehabilitation. *Berufliche Rehabilitation*, 18, 231-235.
- Volz-Sidiropoulou, E., Gauggel, S., Spijkers, W., Schulze, S. & Hofmann, I. (2006). Das Aachener Profilmodul (ProMo). Erste Ergebnisse einer psychometrischen Evaluation mit einer Rasch-Analyse. In R. Buschmann-Steinhage (Hrsg.), *Rehabilitation und Arbeitswelt. Herausforderungen und Strategien. Tagungsband* (DRV-Schriften Bd. 64, S. 138-140). Frankfurt: WDV Wirtschaftsdienst.
- Wehrhahn, o. V. (1913). *Deutsche Hilfsschulen in Wort und Bild*. Halle a. d. S.: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Weinkopf, C. (2004). Personal-Service-Agenturen - Was ist vom sogenannten Klebeeffekt zu halten? Folien zum Redemanuskript v. 28.10.2004. Zugriff 2006-11-22 unter <http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/2004/weinkopf09.pdf>.
- 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 06-12-02 unter http://www.imew.de/imew.php/cat/126/aid/94/title/Es_ist_normal,_verschieden_zu_sein.
- Wikipedia o. N. (2007). Otto Perl. Zugriff 07-05-24 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Otto_Perl.
- Wolfensberger, W. (1972). *The principle of normalization in human services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation.
- Zelfel, R.C. (1999). Steuerzahler oder Sozialhilfe? 12 Thesen zu Veränderungen der gesetzlichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Paradigmen in der beruflichen Rehabilitation Lernbehinderter. *Berufliche Rehabilitation*, 13, 193-214.
- Zelfel, R.C. (2002). Der Umgang mit dem Begriff „lernbehindert“ im Rahmen der beruflichen Rehabilitation, der ICIDH-2 der WHO und des SGB IX. *Berufliche Rehabilitation*, 16, 52-69.
- Zelfel, R.C. (2007). Möglichkeiten und Grenzen von ICF-Kriterien bei der beruflichen Ersteingliederung von jungen Menschen mit Lern- und anderen Behinderungen. *Berufliche Rehabilitation* in Druck.