



## Dokumentation der IQPR/BAR Fachtagung

## "Teilhabepotenziale frühzeitig erkennen und nutzen – betriebliche Eingliederung gestalten"

im Gustav-Stresemann-Institut Bonn 07./08. November 2006

## **Impressum**

## Herausgeber:

IQPR – Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln Sürther Str. 171 D - 50999 Köln

Diese Broschüre können Sie kostenlos im Internet erhalten unter: <a href="https://www.igpr.de">www.igpr.de</a>

## **Ansprechpartner:**

Christof Schmidt Tel: 0221/35 97 570 Fax:0221/35 97 555

Email: info@iqpr.de

Herausgabe: November 2006

## Rahmenbedingungen der Teilhabe am Arbeitsleben

- Teilhabe am Arbeitsleben zukunftsorientiert gestalten welche sozialpolitischen Herausforderungen ergeben sich? Achim Backendorf, Sozialverband VdK Deutschland
- 2. Berufliche Rehabilitation Querschnittaufgabe im Gesundheitssystem? Bernd Petri, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
- 3. SGB II/III und SGB IX zwei Welten der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben?
  - Dr. Helmut Schröder, infas
- 4. 5 Jahre SGB IX was hat sich bewährt? Dr. Hartmut Haines, BMAS

## Teilhabepotenziale frühzeitig erkennen und nutzen

- 5. Die mehrstufige betriebliche Gesundheitsanalyse *Ricardo Baumann, igpr*
- 6. Anforderungs- und patientenorientiertes Assessment in der medizinischen Rehabilitation
  - Torsten Alles, iqpr
- 7. Assessment und Schnittstellenmanagement
  - Dr. Hans-Martin Schian, igpr
- 8. ICF-Orientierung in der sozialmedizinischen Begutachtung
  - Dr. Walther Heipertz, Bundesagentur für Arbeit
- 9. Eckpunkte einer ICF-orientierten Qualitätssystematik in der Rehabilitation Prof. Dr. Klaus Schüle, DSHS/iqpr

## Betriebliche Eingliederung gestalten

- 10. Qualitätskriterien für ein gutes Eingliederungsmanagement Matthias Mozdzanowski, iqpr
- 11. Betriebliche Vereinbarungen als Steuerungsinstrument Dr. Alexander Gagel, iqpr
- 12. Chancen und Grenzen ökonomischer Evaluation Dr. Holger Wellmann, igpr
- 13. Prävention aus einer Hand Projekte und Erfahrungen der LSV Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben Michael Holzer, Land- und forstwirtschaftliche Sozialversicherung Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben

## Zukunft der Teilhabe am Arbeitsleben

- 14. Perspektiven der beruflichen Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung
  - Dr. Thomas Hansmeier, DRV-Bund
- 15. Die Krise als Chance Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in den Berufsförderungswerken Reiner Eggerer, ARGE – BFW
- 16. Blick zurück nach vorn
  - Dr. Hans-Martin Schian, iqpr & Prof. Dr. Hans-Peter Riedel

## **Ausblick**

17. Prof. Dr. Ingo Froböse, DSHS/igpr

## Teilhabe am Arbeitsleben zukunftsorientiert gestalten Welche sozialpolitischen Herausforderungen ergeben sich?



- Welche Herausforderungen bestehen für die Sozialpolitik bezogen auf die Teilhabe am Arbeitsleben?
- Welche Folgerungen ergeben sich daraus für die Sozialpolitik im Hinblick auf eine zukunftsorientierte Gestaltung?



## Herausforderungen

- humane
- gesundheitliche
- demografische
- ökonomische
- systembedingte



## Menschliche Aspekte

- "Wer länger arbeitet, ist eher tot"
- Arbeitslosigkeit macht krank
- Angst um Arbeitsplatz verhindert Rehabilitation
- In den Betrieben fehlen
   Vertrauenspersonen, die sich kümmern





## Wandel im Krankheitsgeschehen

- Dominanz chronischer Erkrankungen als Behinderungsursache
  - 30 % dieser Erkrankungen durch Arbeitsplatz bedingt
  - durch moderne Primärprävention in großem Umfang vermeidbar
  - nicht heilbar, erfordert lebenslange Begleitung, Anpassung und Unterstützung
- sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Beschäftigungschancen





## demografische Herausforderungen

- 2015 wird jeder dritte Beschäftigte zwischen 55 und 64 Jahren alt sein
- parallel wird ein Mangel an Facharbeitern und besonders qualifizierten Beschäftigten befürchtet



## ökonomische Herausforderungen

- großen Unternehmen geht es um Gewinnmaximierung ohne Verantwortung gegenüber Arbeitnehmern und Gesellschaft
- Junge, gesunde m\u00e4nnliche Mitarbeiter sind billiger
- Unternehmen geben heute weniger Geld für interne Weiterbildung aus als Ende 90er-Jahre



## systembedingte Herausforderungen

- Sektorierung im Versorgungs- und Leistungsgeschehen durch verschiedene Leistungsgesetze
- Fehlanreize in den Systemen
- Haushaltstreue vor Gesetzestreue
- Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation gegenüber Akutversorgung und Rentenleistung



## Folgerungen

- Prävention als eigenständige Säule im Gesundheitswesen aufbauen und
- SGB IX als trägerübergreifendes Leistungsrecht weiterentwickeln



## Zielbestimmung nach § 4 SGB IX

- Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft sichern
- persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen



## Konsequenzen aus Hartz IV

- Streichung der § 7 SGB IX
- gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sozialpolitische Aufgabe aller Rehaträger
- In Prävention und Rehabilitation investieren
- Trägerübergreifende Finanzausgleiche oder Umstellung auf Steuerfinanzierung um Fehlanreize zu vermeiden
- Servicestellen als Schnittstellen der Rehaträger zu Betrieben bei Eingliederungsmanagement ausbauen
- Zielbestimmung bei Ausgestaltung der Leistung dauerhafte Eingliederung statt Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit



## Folgerungen aus Gesundheitsreform

- Verbesserung der integrierten Versorgung zukunftsweisend
- Rechtsanspruch auf geriatrische Reha richtig
- Bestimmung von deren Inhalten durch GemBa zu überdenken
- Mehrkosten bei Inanspruchnahme von zertifizierten Rehaeinrichtungen ohne Versorgungsvertrag Verstoße gegen SGB IX
- Bestrafung bei Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen oder nicht therapiegerechtem Verhalten kontraproduktiv
- Leistungsausschluss bei nicht medizinisch notwendigen Eingriffen systemwidrige Einführung des Verschuldensprinzips

## Verantwortung der Betriebe

- Bereitschaft in Unternehmen, Beschäftigungsfähigkeit von Älteren zu reflektieren und deren Potenziale anzuerkennen muss deutlich wachsen
- demografiebewusstes Personalmanagement
  - Förderung des Arbeitsschutzes und der Mitarbeitergesundheit
  - Förderung lebenslangen Lernens
  - Verbesserung der Arbeitsbedingungen ("Humanisierung der Arbeit")
- Behindertenpolitik in Unternehmen
  - behinderte Menschen nicht benachteiligen
  - behinderten Menschen gleiche Teilhabechancen eröffnen



## **Fazit**

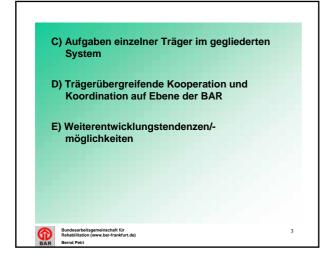
- Gegenseitige Schuldzuweisungen nützen nichts.
- Man muss wollen !!!



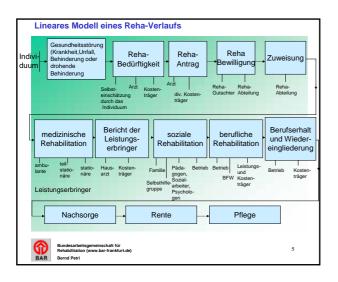






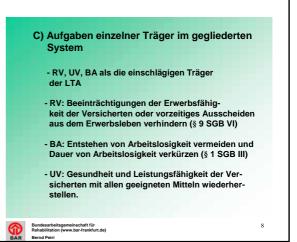




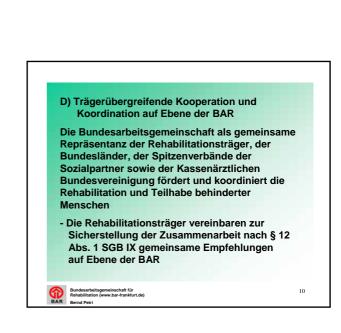


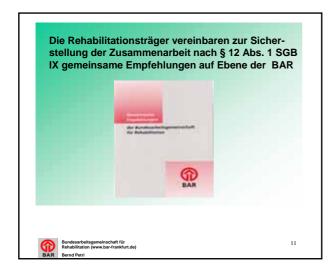


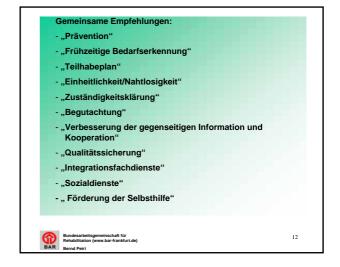


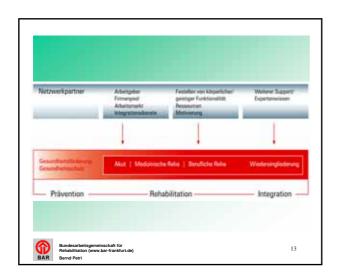




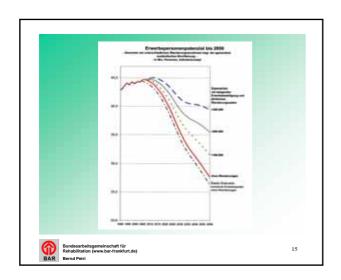






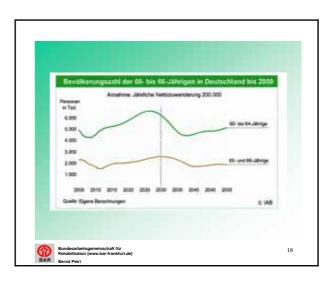


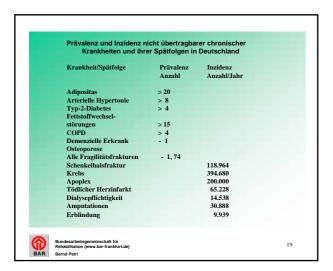


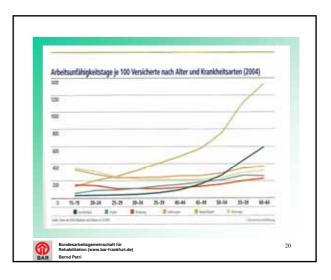












B) § 3 Vorrang der Prävention

Die Reha-Träger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitätion (www.bar-frankfurt.de)

Bund Perf

-GE "Prävention", z.B.

- Prävention als "Grundprinzip", das im Zusammenhang mit allen Leistungen zur Teilhabe zu beachten ist (§2)

-GE "der gegenseitigen Information und Kooperation", z.B.

- § 5 Verfahren zur Bedarfserkennung auf betrieblicher Ebene, z.B. Aufsuchen von Betrieben zur Beratung und Abklärung eines möglichen Rehabedarfs oder Teilhabeleistungen

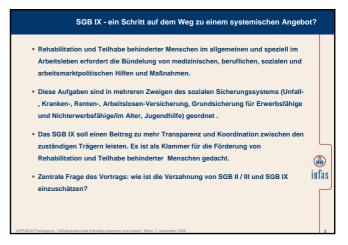
- direkter Bezug zu betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 7)

- Reha-Träger als Service-Anbieter übernehmen die Rolle des Impulsgebers, der Konzeptentwicklung, Beratung, Moderation (§ 8)

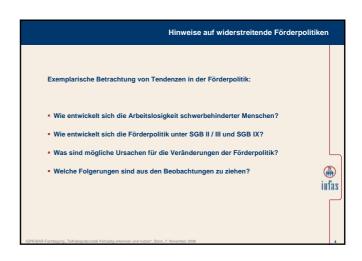
- Berndesarbeitsgemeinschaft für Rebabilitation (rew Jahr frankfurt.de)

- Bernd Petri



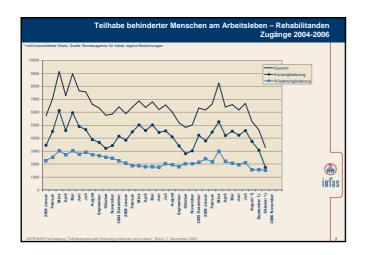


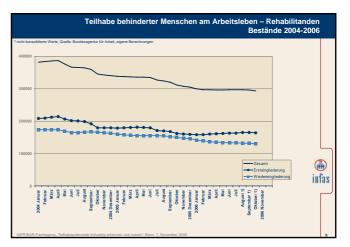
## These: bei der Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik haben die Belange schwerbehinderter Menschen eine untergeordnete Rolle gespielt • Für die Hartz-Kommission spielt "Leistungsminderung" nur im Zusammenhang mit dem Alter von Beschäftigten eine Rolle. Es wird m.E. nicht zu Ende gedacht, dass die Beschäftigung und betriebliche Integration Älterer auch neißt, gesundheits- und behinderungsbedingte Probleme einer alternden Belegschaft zu lösen – sei es durch Prävention, Rehabilitation oder berufliche Integrationsmaßnahmen. • Die Hartz I-III-Gesetze richten vor allem die arbeitsmarktpolitischen Instrumente sowie die Organisation der Bundesagentur für Arbeit neu aus. Belange schwerbehinderter Menschen sind nicht gesondert berücksichtigt. • Das Hartz IV-Paket führte die Arbeitslosenhilfe mit der Sozialhilfe zu einem Leistungssystem im SGB II zusammen. Belangen schwerbehinderter Arbeitsloser wird dadurch Rechnung getragen, dass Regelungen des SGB III als freiwillige Leistungen über § 16.1 SGB II übernommen werden.

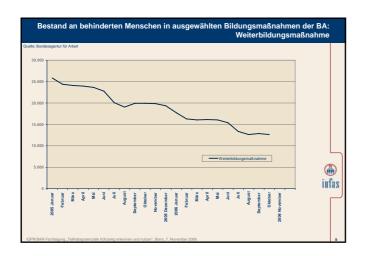


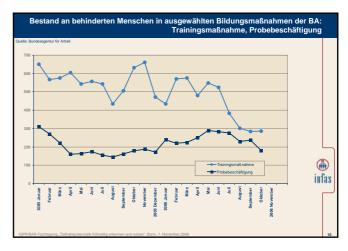


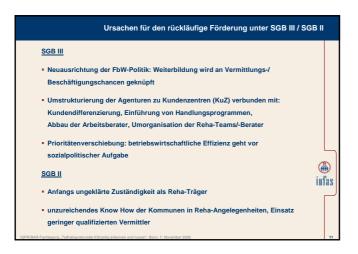


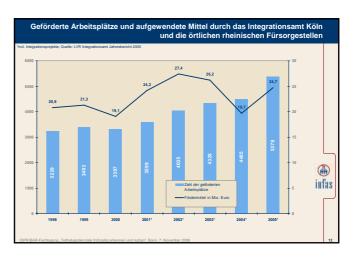


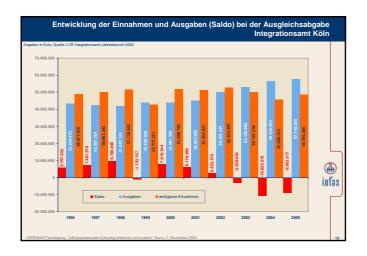


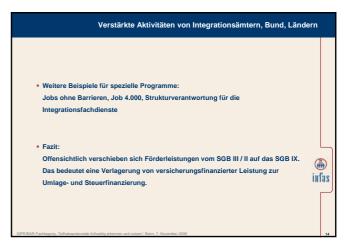


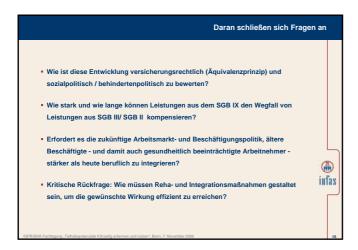


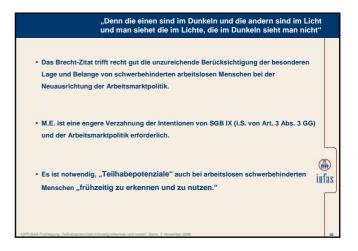


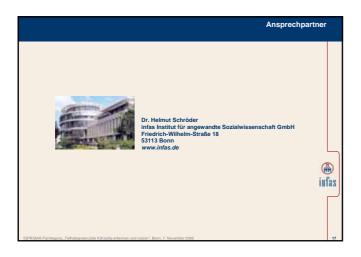












## **Hartmut Haines, BMAS**

## 5 Jahre SGB IX - was hat sich bewährt?

Beitrag zur IQPR/BAR-Fachtagung "Teilhabepotentiale frühzeitig erkennen und nutzen - betriebliche Eingliederung gestalten" am 7. und 8. November 2006

Nachdem andere Beiträge heute die langjährige Kontinuität der Bemühungen um die Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben dargestellt haben, gehe ich aufgrund meines Themas eher von den Fragen aus: Was ist neu? Was hat sich seit dem SGB IX verändert?

Als ich vor fast einem Vierteljahrhundert die Branche erstmals kennen lernte, wurden dort zu meinem Erstaunen behinderte Menschen zu Bildungs"maßnahmen" in Berufsförderungswerke "einberufen". Daran störte mich nicht nur der militärähnliche Sprachgebrauch; mehr noch störte mich das Verständnis von "fertigen" Maßnahmen, deren sich die Teilnehmer "nur noch unterziehen" sollten. Und wenn solche "Maßnahmen" den Teilnehmern nicht "passten" (wie beispielsweise ein Stahlhelm), dann war das natürlich deren Versagen. Folgerichtig las ich dann bald in einem Jahresbericht eines bis heute stolzen Berufsförderungswerks die stolze Darstellung, dass bei einem neuen Bildungsgang, den man einige Zeit zuvor eingerichtet hatte, erfreulicherweise mehr als die Hälfte der Teilnehmer die Teilnahme abgebrochen hatten, weil sie offenkundig eines solch wertvollen Angebots nicht würdig seien …

Von dieser Welt zu der des SGB IX war der Weg lang, nicht nur zeitlich. Wer die Vorgaben des SGB IX ernstnimmt, gibt behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen Hilfe zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben nicht durch "Einberufung" zu "Maßnahmen", sondern begleitet und unterstützt sie in zielorientierten Prozessen, bei Bedarf durch Leistungen zur Teilhabe.

Und noch etwas hat sich verändert, seit ich die Berufsförderungs- und die Berufsbildungswerke kennenlernte. Damals gingen Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik von zwei Axiomen aus: dass Kenntnisse und Fertigkeiten, die man in der Berufsausbildung gelernt hat, für das ganze Arbeitsleben zu gebrauchen sind – und zweitens, dass jeder, der eine ordentliche Berufsausbildung hat, sein ganzes Arbeitsleben lang Beschäftigung findet, und zwar in aller Regel in dem erlernten Beruf. Wer behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen heute Rat und Unterstützung zu ihrer Teilhabe am Arbeitsleben geben will, kann von solchen Voraussetzungen nicht mehr ausgehen.

Ausgehen können und sollen Leser und Anwender des SGB IX heute und morgen von dessen inhaltlichen Vorgaben:

- von den Zielsetzungen in § 1, also von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen (sowie der Festlegung, dass diese nicht nur für die eingangs erwähnte, potentiell militärnah anzusprechende Adressatengruppe, also für ältere Männer, sondern auch für Frauen und Kinder gelten sollen);
- von dem Behinderungsbegriff in § 2, nach dem es nicht auf körperliche, geistige oder seelische "Defizite", sondern auf die durch sie tatsächlich bewirkten Teilhabeprobleme ankommt:
- von dem übergreifenden Ziel der Prävention von Beeinträchtigungen aller Art nach § 3;
- von den inhaltlichen Vorgaben für Leistungen zur Teilhabe, wie sie trägerübergreifend für alle Leistungsbereiche in § 4 und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben insbesondere in § 33 festgelegt sind.

"Berufliche Rehabilitation" ist danach nicht (mehr) Ziel, sondern "nur" Mittel zu dem Ziel: Teilhabe am Arbeitsleben; und die Reihenfolge der beim jeweiligen Problem zu prüfenden Ansatzpunkte für Leistungen ist im § 33 Abs. 3 verbindlich festgelegt:

- 1. Hilfen zur a) Erhaltung oder b) Erlangung eines Arbeitsplatzes beide einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen -,
- 2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- 3. berufliche Anpassung und Weiterbildung,
- 4. berufliche Ausbildung ...

Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nach § 33 Abs. 1 nicht "Maßnahmen", sondern 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. Mit anderen Worten: Besteht eine berechtigte Erwartung, dass eines dieser Ziele erreichbar ist, und gibt es keine realisierbaren alternativen Wege zum Erreichen eines dieser Ziele, dann sind die einschlägigen Leistungen "erforderlich". Damit entspricht die von der Bundesagentur für Arbeit "erfundene" Kategorie von "Betreuungskunden" zumindest insoweit nicht den gesetzlichen Vorgaben, als es um behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben geht; denn bei der genannten Kategorie werden Probleme gesucht, gesehen und bewertet, nicht aber Möglichkeiten und Chancen, um die es dem SGB IX geht. Und die gleichen inhaltlichen Vorgaben zu Gunsten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gelten, wie im Sommer dieses Jahres noch einmal gesetzlich klargestellt wurde, auch für Berechtigte bei der Grundsicherung für Arbeitsuchende,

gleichgültig, ob sie – gegebenenfalls auf Vorschlag der Bundesagentur für Arbeit - von Kommunen oder von Arbeitsgemeinschaften mit den erforderlichen Leistungen auszustatten sind. Und hier wie dort gilt das Ziel der Prävention mit der Pflicht, zur Vermeidung schädlicher Entwicklungen im Einzelfall möglichst früh zu intervenieren.

An dieser Stelle sind in den letzten Jahren noch einmal die Probleme sehr deutlich und schmerzhaft spürbar geworden, die sich aus der Linie des SGB IX ergeben, an der Aufteilung der verantwortlichen Leistungsträgerschaft entsprechend der traditionell gewachsenen Gliederung festzuhalten und bei Probleme Abhilfe durch eher individuell ausgerichtete Lösungen zu suchen. Ich sehe nach wie in und für Deutschland vor keine sinnvolle und realistische Alternative zu dieser Linie; aber behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen müssen für ihre Teilhabe am Arbeitsleben den gleichen Zugang zu den erforderlichen Sozialleistungen haben, gleich welcher Rehabilitationsträger für sie zuständig ist. "Die Gesellschaft" und "die Politik" sind im Obligo, nicht zuzulassen, dass betroffene Menschen "von Pontius zu Pilatus geschickt", von unterschiedlichen Rehabilitationsträgern nach unterschiedlichen Maßstäben behandelt oder gar zwischen ihnen zerrieben zu werden. Aber ein Rückblick über die vergangenen Jahrzehnte zeigt, dass die Beteiligung unterschiedlicher Träger und Trägergruppen an der Gesamtaufgabe, behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen bei ihrer Teilhabe am Arbeitsleben beizustehen, das langfristige Verfolgen und das langfristige Erreichen der im SGB IX festgelegten Zielsetzungen eher stabilisiert als gefährdet hat. Ich sage das nicht nur mit Blick auf finanzielle Bedrohungen und Zwänge, die bei einzelnen Rehabilitationsträger(gruppe)n manchmal zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlicher Weise spürbar werden und dann mit Blick auf die mit dem SGB IX angestrebten gemeinsamen Zwänge manchmal leichter überwunden werden konnten und können. Ich sage das auch für die Anpassung von Leistungspraktiken der Rehabilitationsträger an die vorhin angesprochene Fortentwicklung des Arbeitslebens; beispielsweise hat die Rentenversicherung der wachsenden Bedeutung behinderungsgerecht angepasster Arbeitsplätze im Rahmen der Prioritäten des § 33 Abs. 3 viel früher Rechnung getragen als die Arbeitsverwaltung.

Die meisten "Mittäter" des SGB IX wussten, dass die Schaffung und politische Durchsetzung das Eine war, seine Umsetzung aber das Andere, Schwierigere und Wichtigere, nachdem sie das über ein Vierteljahrhundert andauernde Siechtum des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes ja miterlebt, manche auch mitverursacht hatten. Wichtig für diese Umsetzung sind einmal die bereichsübergreifenden und damit automatisch systemstabilisierenden Instrumente des SGB IX wie die Pflicht zur raschen Zuständigkeitsklärung nach § 14 sowie die gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger nach § 22. Mindestens

ebenso wichtig ist aber die schrittweise Umsetzung von Zielen und Vorgaben des SGB IX in den einzelnen Leistungsbereichen. Die schrittweise Einführung dieser Vorgaben im Rahmen des SGB II habe ich schon angesprochen; ich wage die Aussage, dass die Probleme mit Leistungen zur Teilhabe in diesem Bereich zwar auch aus ungeklärten und ungenutzten Zuständigkeiten entstehen; vor allem aber beruhen sie auf dem Abhandenkommen früherer "Bildungsgewissheit" und dem Mangel an überzeugenden Teilhabekonzepten. Daher wünsche ich allen Ansätzen und Versuchen viel Erfolg, im Wettbewerb von Ideen, Anbietern und Verantwortlichen solche Konzepte auch für behinderte und von Behinderung bedrohte Grundsicherungsberechtigte zu entwickeln.

Ein anderes Feld, Ideen und Wertungen des SGB IX umzusetzen, erleben wir für den Bereich der Krankenversicherung derzeit im Rahmen der - mal wieder so genannten - "Gesundheitsreform". § 27 SGB IX hatte hier die ersten Vorgaben zur "Homogenisierung" der zu verfolgenden Zielsetzungen gemacht, die bei der letzten - auch so genannten - "Gesundheitsreform" insbesondere mit § 2a SGB V ausgebaut wurden. Derzeit stehen erweiterte Vorgaben hinsichtlich der Leistungen zu medizinischen Rehabilitation auf der Tagesordnung, aber auch zu den präventiven Leistungen der Krankenversicherung. Auch hier muss die leistungsrechtliche Fortentwicklung vorbereitet, begleitet und umgesetzt werden durch die Fortentwicklung inhaltlicher Konzepte, etwa im Bereich geriatrischer Versorgung. - Als weiteren Bereich, der unter den Vorgaben von Selbstbestimmung und gleichberechtigter Teilhabe fortzuentwickeln sein wird, nenne ich hier nur die Pflegeversicherung. In der teilweise verwandten und angrenzenden Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in der Sozialhilfe zeigt sich insbesondere mit dem dort besonders sichtbar voranschreitenden Einsatz Persönlicher Budgets, wo wichtige Entwicklungsmöglichkeiten liegen.

Zurück zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierzu enthält § 11 zwei Regelungen, deren Potenziale bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind. Ich gehe zunächst auf den Absatz 2 ein; danach wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind, wenn erkennbar wird, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist. Dies ist nach §§ 4, 10 und 33 eigentlich selbstverständlich; aber die Regelung stellt klar, dass dies auch während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation geschehen soll, also bereits dann, wenn medizinische Schritte zur Besserung noch nicht abgeschlossen sind.

Der erste Absatz des § 11 geht in seinem "medizinkritischen" Ansatz noch einen Schritt weiter - mit Geltung zwar seit dem Rehabilitations-Angleichungsgesetz, aber bis heute weitgehend unbeachtet. Da heißt es: "Soweit es im Einzelfall geboten ist, prüft der zuständige Re-

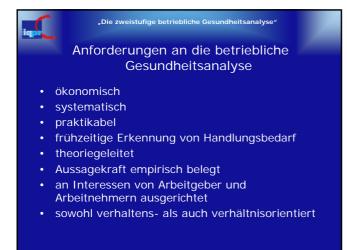
habilitationsträger gleichzeitig mit der Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, während ihrer Ausführung und nach ihrem Abschluss, ob durch geeignete Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die Erwerbsfähigkeit des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann." Der Gesetzgeber wollte und will damit zweierlei erreichen: wenn ein persönliches Problem eine berufsbezogene Lösung finden kann - beispielsweise in der Arbeitsplatzausstattung, in der Arbeitszeit oder in der Arbeitsorganisation -, dann ist auch diese Lösung anzusteuern, ohne dass man den betroffenen Menschen zu einem kranken Menschen erklären und folgerichtig zunächst erst mal alle medizinischen Wege zur Lösung des Problems ausschöpfen muss. Außerdem wird es damit möglich, viele Probleme als solche zu betrachten und zu lösen, ohne sie zunächst erst mal durch die "medizinische Brille" wahrzunehmen; denn eines weiß jeder Psychologe: wer einen Hammer besitzt, neigt dazu, jedes Problem möglichst und erst einmal als Nagel wahrzunehmen.

Zur Regelung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement in § 84 Abs. 2 und 3 möchte ich heute nichts sagen, da dies hier morgen andere tun werden. Sie baut diesen "medizinkritischen" Ansatz des SGB IX aus, indem sie Aktivitäten zur Sicherung des Arbeitsplatzes völlig unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung und völlig unabhängig von erfolgter medizinischer Behandlung vorsieht und vorschreibt - und zwar immer dann, wenn durch längere Abwesenheit vom Arbeitsplatz die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet ist, in präventiver Intervention zugunsten von Menschen, die jetzt behindert oder von Behinderung bedroht sind oder die es später einmal werden.

Was hat sich beim SGB IX bewährt? Vor allem das Ingangsetzen eines Entwicklungsprozesses unter aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen und ihrer Organisationen, in dem sich Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen schrittweise durchsetzen lassen - auch, aber nicht nur im Sozialrecht, im Sozialleben und im Arbeitsleben.

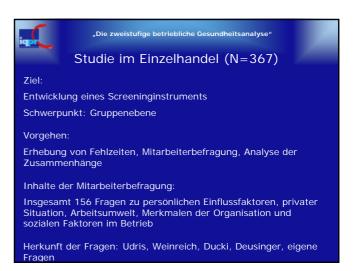


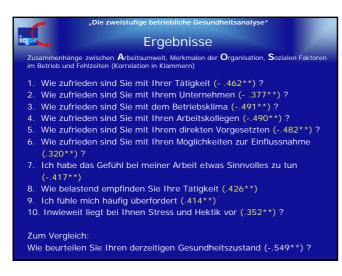








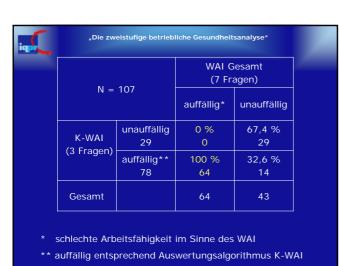




	"Die zweistufige	betriebliche Gesundheits	sanalyse"
Zufriede	nheit mit	Vorgesetzten	und Fehlzeite
Filiale (von 23)	Mitarbeiter N	Zufriedenheit mit Vorgesetzten Rang	Niedrigste Fehlzeiten Rang
Α	11	1	2
В	12	2	1
С	12	3	4
D	13	4	20
E	16	5	5
F	16	6	3
G	7	7	14
Н	14	8	15
1	14	9	8
J	13	10	9







Nutzungsmöglichkeit im Rahmen der Gesundheitsanalyse

• Einsatz des K-WAI für Screening auf Individualebene

• Zusätzliche Frage an Mitarbeiter: Erscheint Ihnen ihr Arbeitsplatz bzw. Ihre Arbeitsumgebung gesundheitlich aus irgendeinem Grund problematisch?

Ja □ Nein □

Wenn ja, warum?

• Ist ein Mitarbeiter nach K-WAI auffällig, oder beantwortet er die zusätzliche Frage mit Ja, dann erfolgt die Ansprache durch betrieblichen Gesundheitsförderer, der der Schweigepflicht unterliegt (z.B. Betriebsarzt), um weitere Analysen bzw. Interventionen einzuleiten



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Studie in einem metallverarbeitenden Betrieb (N=173)

### Ziel:

Nutzung routinemäßig erhobener Daten für Gesundheitsanalyse

### Vorgehen:

Sichtung und Auswertung der verfügbaren Daten

### Ergebnis (unter anderem):

- Sorgfältig erstellte Gefährdungsbeurteilungen des Arbeitsplatzes (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit (z.B. Arbeitsschwere, Gefahrstoffe,...)
- 2. Keine personenbezogenen (psychischen) bzw. organisatorischen Belastungen erfasst



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Nutzungsmöglichkeit im Rahmen der Gesundheitsanalyse

- Im Rahmen einer Detailanalyse erfolgt Abgleich zwischen aktuellem Leistungsbild des Mitarbeiters oder Bewerbers mit Arbeitsanforderungen (Betriebsarzt)
- Bei Diskrepanzen zwischen Person und Arbeitsplatz Einleitung einer Intervention
- Bei Beantragung med. Reha können Gefährdungsbeurteilungen zur Unterstützung der Reha-Entscheidung und Behandlung beigefügt werden



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Eigene Studie in einem Setting der der beruflichen Rehabilitation (N=53)

### (Teil-) Ziel:

Überprüfung der Güte eines Instruments zur Erfassung arbeitsbezogenen Erlebens – und Verhaltens (AVEM) in Bezug auf Integrationserfolg

### Vorgehen:

- Fragebogenbearbeitung durch 53 Rehabilitanden, die an einer betrieblichen Integrationsförderung teilnahmen.
- 2. Erhebung des Integrationserfolgs nach mehreren Monaten (3-7 Monate)



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

### Ergebnisse

Teilnehmer mit positivem AVEM-Ergebnis (G-Typ) wurden besser integriert als Teilnehmer mit problematischem AVEM-Ergebnis

### Literaturrecherche:

- Zusammenhänge zwischen AVEM-Ergebnissen und Fehlzeiten
- Zusammenhänge zwischen AVEM-Ergebnissen und Rentenantragstellungen

Nutzungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsanalyse: Unterstützung der Detailanalyse auf Individualebene



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Zusammenfassung der Ergebnisse

- K-WAI ist geeignet als individuumsbezogenes
   Screening- Instrument (keine falsch negative Auslese)
- Einige selbst entwickelte Fragen und einige Fragen aus bereits validierten Skalen (z.B. SALSA) sind geeignet für Screening auf Gruppenebene (deutliche Zusammenhänge mit Fehlzeiten)
- Gefährdungsbeurteilungen von Arbeitsplätzen k\u00f6nnen bei sorgf\u00e4tiger Erstellung in Einstellungs- und Routineuntersuchungen bzw. nach Arbeitsunf\u00e4llen hilfreich f\u00fcr Betriebsarzt sein (Detailanalyse)
- AVEM eignet sich zur Erfassung der arbeitsbezogenen seelischen Ressourcen (Detailanalyse)



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Entwurf einer zweistufigen Gesundheitsanalyse im Betrieb

Ziel	Gesundheitsförderung auf Individualebene	Gesundheitsförderung auf Gruppenebene (Abteilungen, Filialen)
Erste Stufe	Screening (personenbezogene Daten, geschützte Erhebung)	Screening (anonym)
Zweite Stufe	Detailanalyse (z.B. Arzt)	Detailanalyse (z.B. betriebliche Steuerungsgruppe)
Intervention	verhaltens- und verhältnisorientiert	überwiegend verhältnisorientiert



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

## Beispiel einer zweistufigen Gesundheitsanalyse auf Individualebene

Erste Stufe (je nach Zugänglichkeit von Daten):

- Routinemäßiges Screening mit K-WAI, ggf. Fehlzeitenanalyse
- Identifizierung von Mitarbeitern mit potentiellem Handlungsbedarf auf Basis von K-WAI.

### Zweite Stufe

- Betriebsarzt nimmt Kontakt zu betreffenden Mitarbeitern auf (Denkbar ist auch Kommstruktur)
- Detailanalyse durch med. Diagnostik. Einsatz von AVEM, Heranziehen der Gefährdungsbeurteilungen

### Intervention

 Bei Einwilligung des betreffenden Mitarbeiters Kontakt zu Vorgesetztem bzw. betriebl. Steuerungsgruppe zur Umsetzung von Maßnahmen



Erste Ebene (je nach Zugänglichkeit von Daten):

- Routinemäßiges Screening mit AOS in anonymisierter Form, ggf. Fehlzeitenanalyse
- Identifizierung von Abteilungen, Filialen mit potentiellem Handlungsbedarf durch betrieblichen Gesundheitsförderer auf Basis von AOS.

### Zweite Ebene

- Weitergabe von Infos an betriebliche Steuerungsgruppe.
- Betriebliche Steuerungsgruppe beschließt weitere Vorgehensweise für betreffende Abteilungen, z.B. tiefer gehende Befragung von Vorgesetzten, Mitarbeitervertretern

### Intervention

• z.B. Führungskräftecoaching



"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

### **Ausblick**

- Erprobung und Evaluation zweistufiger Analyse-Prozeduren in Betrieben
- Unfassende Einbindung betrieblicher Interessensvertretungen bei der Umsetzung
- Anpassung der Analysetools an spezifische betriebliche Voraussetzungen
- Evaluation von Interventionen (auch ökonomisch), die auf Basis zweistufiger Gesundheitsanalysen erfolgen
- Vernetzung der betrieblichen Gesundheitsanalyse mit externer Diagnostik und Behandlung (z.B. med. Reha)

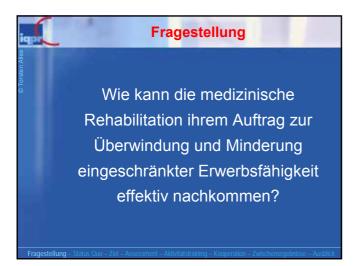


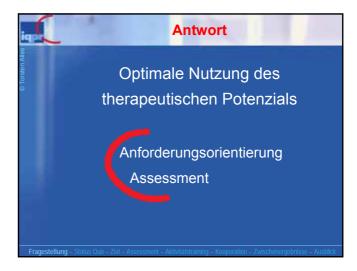
"Die zweistufige betriebliche Gesundheitsanalyse"

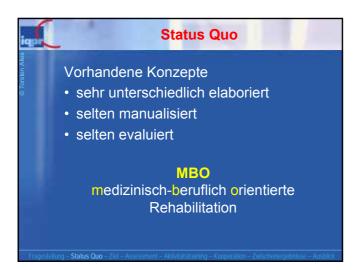
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

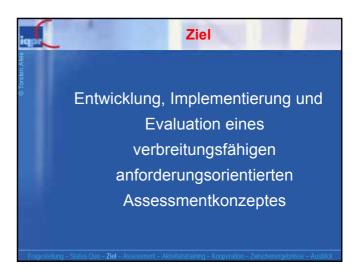




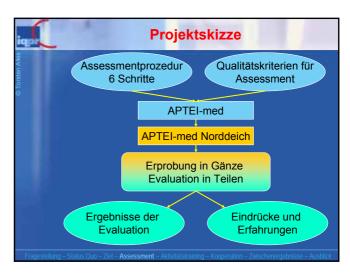


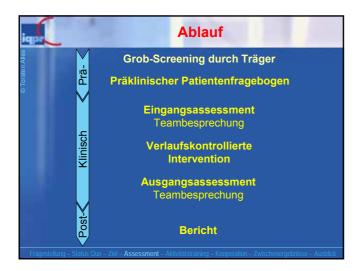




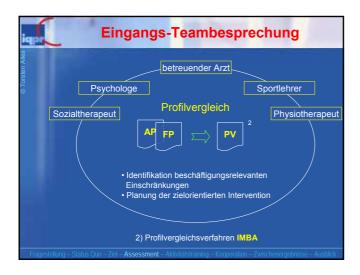


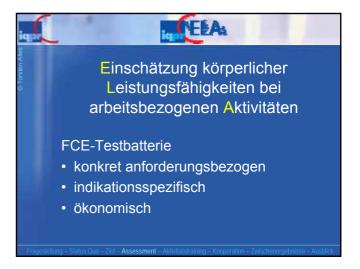














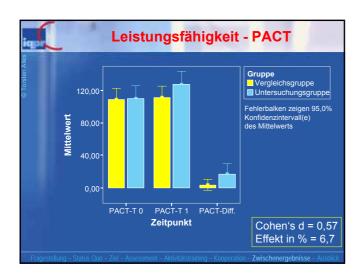


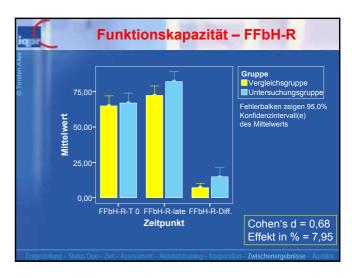




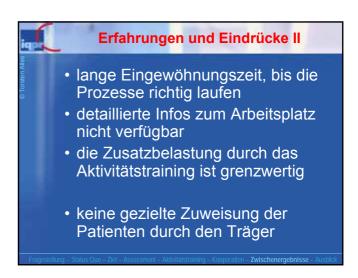
iqp	Kooperation			
© Torsten Alles	<ul><li>Klinik Norddeich Dr. Becker Klinikgesell</li><li>Orthopädische Abteilui</li></ul>			
	<ul><li>Anbahnung</li><li>Schulungen</li><li>Aufbau der Strukturen</li><li>Beginn</li></ul>	Okt. 2005 Dez. 2005 bis April 2006 Mai 2006		

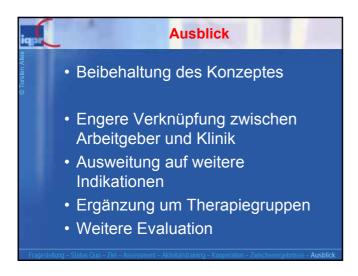
	Untersuchungsgruppe	Vergleichsgruppe
N	26	40
Alter	Ø 45	Ø 48
Geschlecht	30% ♂ / 70% ♀	25% ♂ / 75% ♀
Dauer	78% 3Wo. / 22% 4Wo.	65% 3Wo. / 35% 4W
E-Status	82% AF / 18% AU	84% AF / 16% AU
PACT	Ø 108,9	Ø 110,2
FFbH-R	Ø 66,3	Ø 54,2
SF12-KSK	Ø 36,3	Ø 33,2
SF12-PSK	Ø 39.5	Ø 40.9





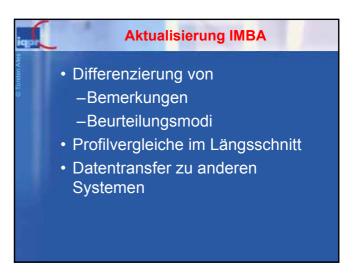
# Gelebte Anforderungsorientierung konsequente Anwendung und Dokumentation von Assessment enge interdiszipl. Zusammenarbeit aktive Einbeziehung des Patienten Schärfung des sozialmedizinischen Auges geringer Mehraufwand Fragesteilung - Status Quo - Ziel - Assessment - Albitatsstaning - Kooperation - Zwischenergebnisse - Ausbilde







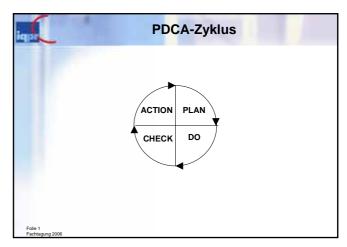
# Aktualisierung IMBA Anpassung an Setting spezifische Anforderungen Einbeziehung individueller Merkmale Videosequenzen zusätzliche fein gestufte Skala Merkmalgewichtung

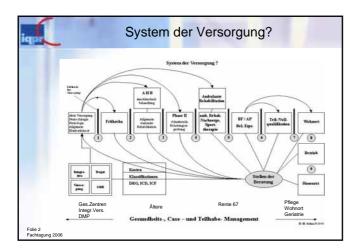


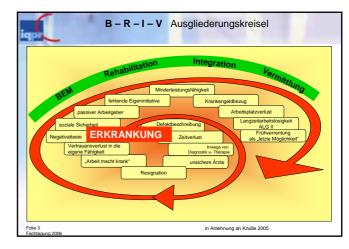


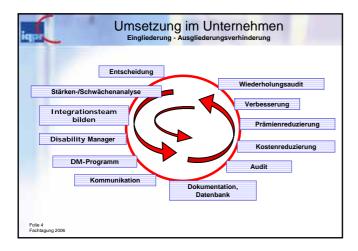


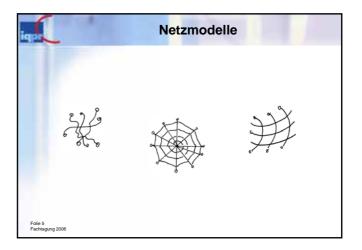


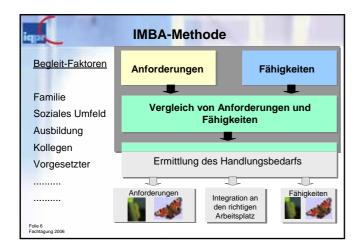




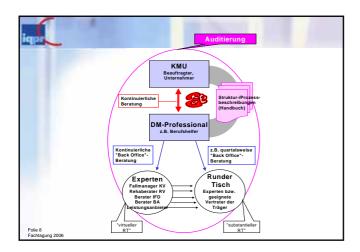


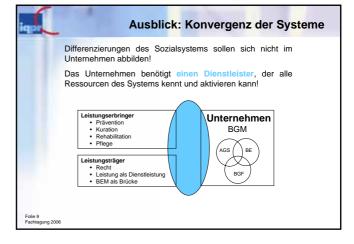




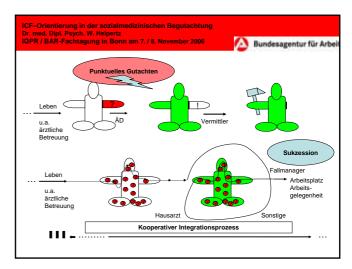




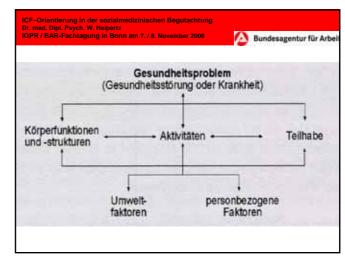


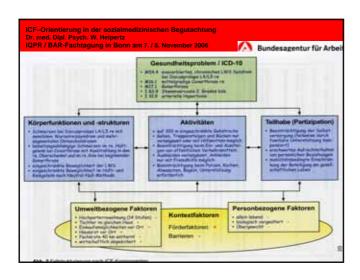








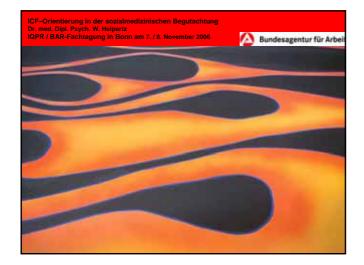




ICF-Orientierung in der sozialmedizinischen Begutachtung Dr. med. Dipl. Psych. W. Heipertz IQPR / BAR-Fachtagung in Bonn am 7. / 8. November 2006 Bundesagentur f
ür Arbei Fallstrukturierung unter ICF Gesichtspunkten Rehabilitationsbedürftigkeit / funktionale Gesundheit: Rehabilitationsrelevante Schädigungen:
• Schmerzen bei Discusprolaps L4/5 rechts mit sensiblem Wurzelreizsyndrom und mehrsegmentalen Osteochondrosen Schmerzen bei der Beugung des rechten Hüftgelenks sowie belastungsabhängig beim Gehen und Treppensteigen mit Ausstrahlung von der Leiste rechts in den Oberschenkel bei Coxarthrose Schmerzen bei Beugung des rechten Kniegelenkes und retropatellarem Reiben Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Teilhabe: Kommunikation: keine Beeinträchtigungen Mobilität Beeinträchtigungen beim Gehen, Treppensteigen, Laufen und Bücken, deshalb Unterstützung bzw. Hilfsmittel erforderlich
 Selbstversorgung: Schwierigkeiten beim An-/Auskleiden, Unterstützung erforderlich • Häusliches Leben: Einschränkungen bei der Haushaltsführung, Unterstützung notwendig Interpersonelle Aktivitäten: durch Mobilitätseinschränkung erschwertes Aufrechterhalten von persönlichen Beziehungen, zunehmende Isolation (Gehstrecke < 300 m mit Bedeutende Lebensbereiche: mobilitätsbedingte Einschränkungen des gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Lebens

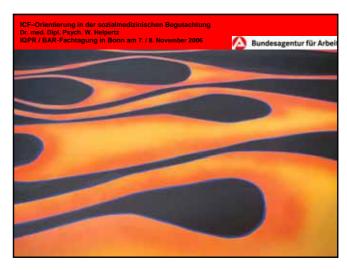












ICF-Orientierung in der sozialmedizinischen Begutachtung Dr. med. Dipl. Psych. W. Helpertz IQPR / BAR-Fachtagung in Bonn am 7. / 8. November 2006



### Zusammenfassung

- Das neue Rehabilitationsrecht postuliert mit dem teilhabeorientierten Behinderungsbegriff eine Neuausrichtung aller Sozialleistungen bei Behinderung. Der Rehabilitand wird gesehen als Subjekt in einem kooperativen Prozess mit dem Leistungsträger und Leistungserbringer und muss deshalb auch dementsprechend "abgebildet" – nicht etikettiert – werden.
- 2. Im sozialmedizinischen Gutachten muss nach fachgerechter, ggf. assessment-gestützter Befundermittlung eine Beschreibung der funktionalen Gesundheit unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen Gesundheitsstörung und inneren und äußeren Kontextfaktoren erfolgen. Nur so wird das rehabilitationsrelevante Problem konkret fassbar und kann in einen tragfähigen Eingliederungsplan münden.
- Perspektivisch klärt diese Weiterentwicklung der Begutachtung und ihrer Terminologie im "Nebenschluss" Unschärfen an der Schnittstelle zwischen dem Sozialmediziner und dem Berater / Vermittler / Fallmanager beim Rehabilitationsträger:

Krankheitsdiagnosen werden zunehmend uninteressant.

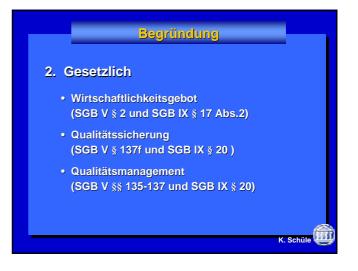


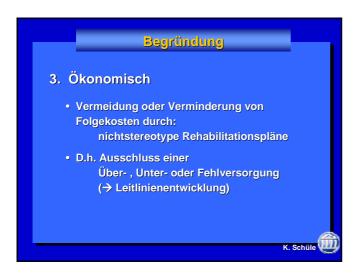


## Gliederung 1. Begründung 2. Qualitätsbegriff in der Rehabilitation 3. ICF-Orientierung einer Qualitätssystematik 4. ICF-Vorgaben als Qualitätsziele der MBO (R) 5. ICF-Orientiertes Interventionsmodell 6. Qualitätssystematik zur MBO (R)

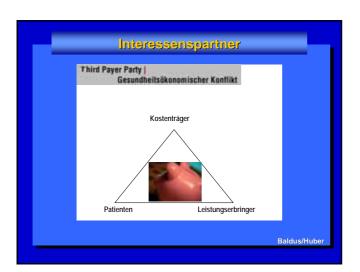


## 1. Rehabilitationswissenschaftlich • Versorgungsauftrag mit erwerbsspezifischem Ansatz • Heute: "indikationsspezifische" Ausrichtung mit geringer Dialog-Orientierung • Notwenig: "individuelle" Behandlungskorridore







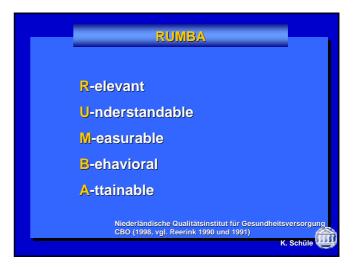


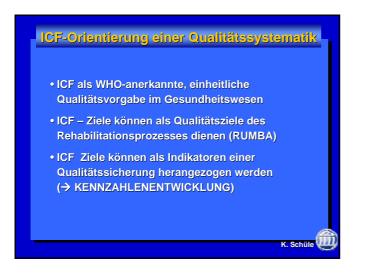


ICF-Orientierung einer Qualitätssystematik

• ICF als WHO-anerkannte, einheitliche
Qualitätsvorgabe im Gesundheitswesen

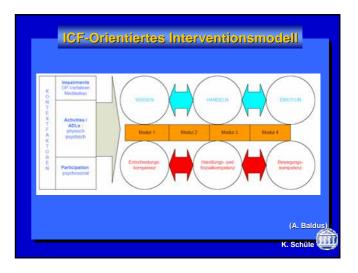
• ICF – Ziele können als Qualitätsziele des
Rehabilitationsprozesses dienen (RUMBA)

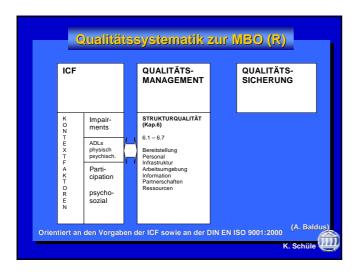


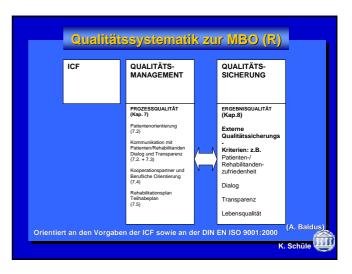


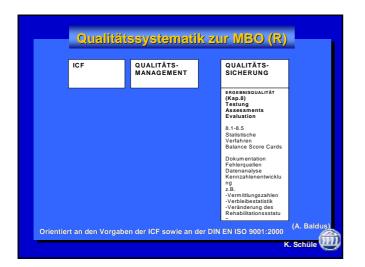


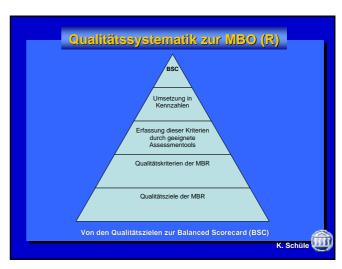


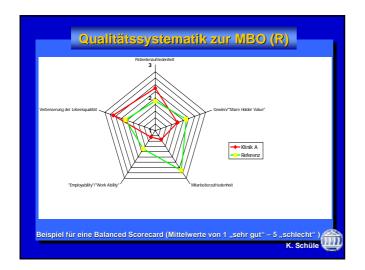








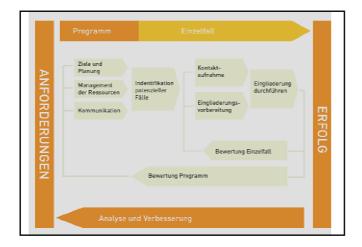


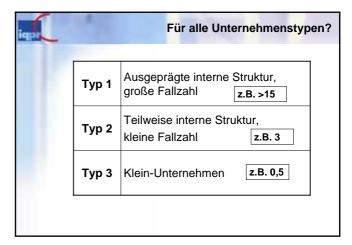










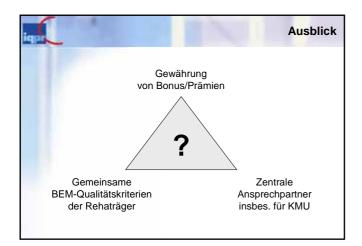


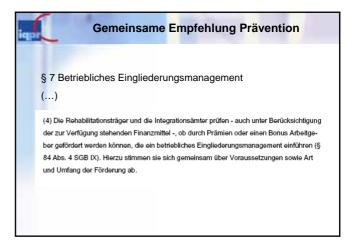


			Standard		
			1	2	3
I. VERANTWORTUNG	I-1	Grundsätze und Ziele	+++	++	+
DER SOZIALPARTNER	I-2	Planung des BEM	+++	+++	+
	I-3	Sozialpartnerbewertung	+++	++	+
II. MANAGEMENT VON RESSOURCEN	11-4	Disability Manager und DM-Team	+++	++	+
	II-5	Beteiligung der Beschäftigten	+++ ++		+
	II-6	Kooperation mit externen Partnern	+++	++	+
	11-7	Infrastruktur	+++	++	+
III. KOMMUNIKATION	III-8	Interne und externe Kommunikation	+++	++	++
IV.EINGLIEDERUNG IM EINZELFALL	IV-9	Identifikation von potenziellen Kandidaten	+++	+++	+++
	IV-10	Kontaktaufnahme	+++	+++	+++
	IV-11	Erfassung der Ausgangssituation	+++	++	++
	IV-12	Planung von Maßnahmen	+++	++	++
	IV-13	Durchführung der Maßnahmen	+++	++	++
	IV-14	Bewertung von Prozess und Ergebnis	+++	++	++
V. ANALYSE UND BEWERTUNG	V-15	Analyse und Programmbewertung	+++	++	+
VI.DOKUMENTATIONS-	VI-16	Manual	+++	++	+
ANFORDERUNGEN	VI-17	Aufzeichnungen	+++	++	+

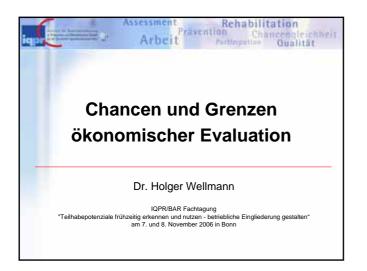


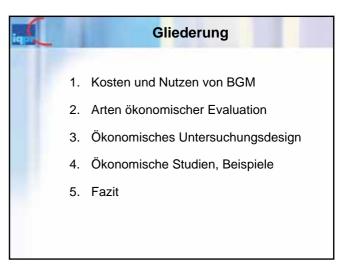








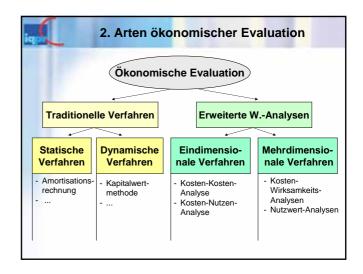








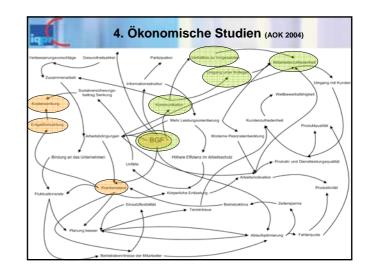




### 3. Ökonomisches Untersuchungsdesign Empfehlung Arbeitsgruppe Reha-Ökonomie (I) - Kosten-Wirksamkeits- und Kosten-Nutzwert-Studien - gesellschaftliche Perspektive und möglichst alle Kostenkategorien einbeziehen (bei A'geber wird empfohlen, nur die Kostenseite zu minimieren!) - Vergleich der zu evaluierenden Intervention mit Alternativen

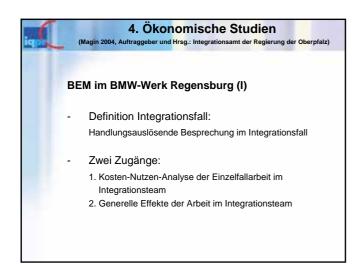
### 3. Ökonomisches Untersuchungsdesign Empfehlung Arbeitsgruppe Reha-Ökonomie (II): - Subgruppen- und Standortanalysen - Stichprobe und Zielpopulation - Zeithorizont, Inflation, Diskontierung - Detaillierungsgrad des Ressourcenverbrauchs

# 4. Ökonomische Studien (AOK 2004) Wirtschaftlicher Nutzen BGF aus Sicht der Unternehmen - 46 Unternehmen verschiedener Branchen und Größe - Models of good practise - Fragebogen an Führungskräfte, Personalleiter etc. - Wirkungsketten

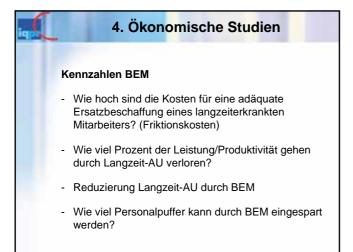


# 4. Ökonomische Studien (Degener 2003) Soziale Verantwortung und Unternehmenserfolg - 28 KMU aus der Software und IT-Branche - Region Berlin/Brandenburg - Mindestens seit 3 Jahren am Markt - Gute Vergleichbarkeit hinsichtlich Größe, Produkte, Dienstleistungen - Instrumente: u.a. SALSA, BIP, AVEM

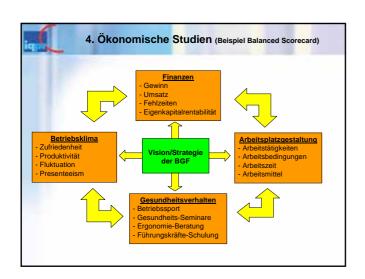
	4. Õk	. Ökonomische Studien (Degener 2003)									
Erfolgskriterien	Gewinn	Umsatz	Wertschö	Eigenkapital-	Kranken-	Fluktua					
			pfung	rentabilität	stand	-tion					
Aufgabenmerkmale											
Ganzheitlichkeit	.80	.78	.77	.78	82	82					
Aufgabenvielfalt	.77	.78	.80	.77	80	80					
Tätigk.spielraum	.73	.73	.77	.74	76	75					
Partizipations- möglichkeit	.72	.74	.73	.73	74	75					
Qualifikations- anforderungen	.74	.74	.78	.74	78	76					
Qualifikations- potenzial	.75	.73	.75	.73	76	75					
Personenmerkmale											
Commitment	.77	.78	.79	.77	78	79					
Berufl. Selbstwirksamkeit	.77	.78	.72	.77	78	78					
Lebenszufr.heit	.70	.71	.73	.70	72	71					

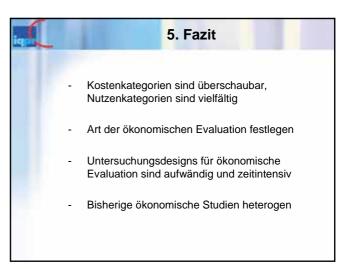






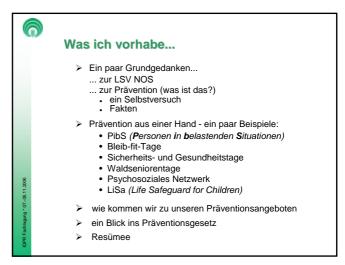


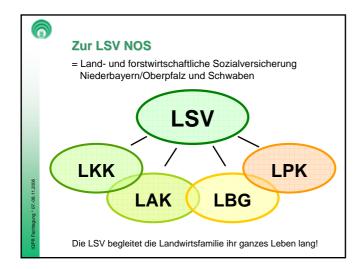






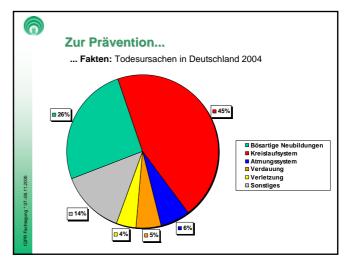


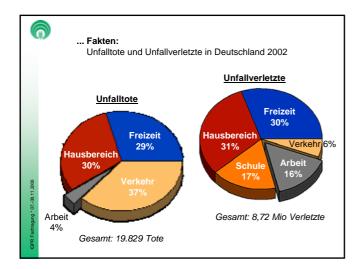




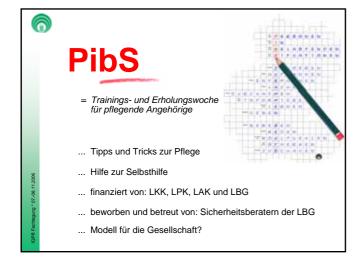






















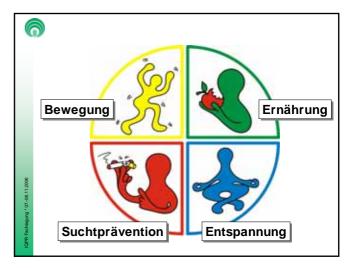


### Bleib-fit-Tage...

- ... Informations- und Motivationsveranstaltungen für Ortsbäuerinnen (Multiplikatoren)
- ... Die Idee dazu: Ortsbäuerinnen organisieren Gesundheitskurse (Primärprävention) im Dorf - das Angebot soll dorthin, wo es angenommen werden kann
  - sie werben dafür
  - sie fragen den Bedarf ab
  - sie organisieren Räumlichkeiten
  - sie nehmen Kontakt zur LKK auf
- ... Sicherheitsberater der LBG helfen mit
- ... Ablauf



















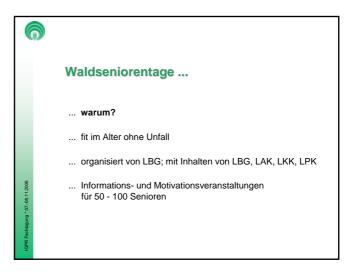




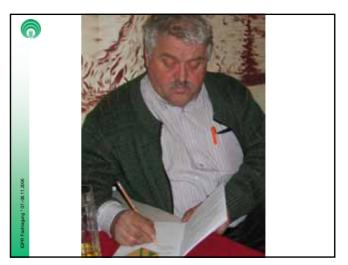










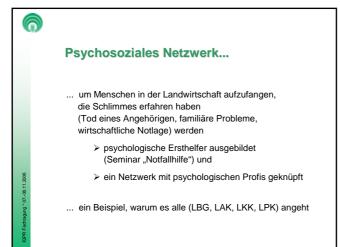


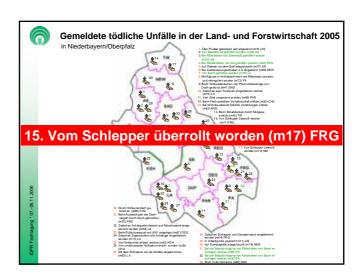


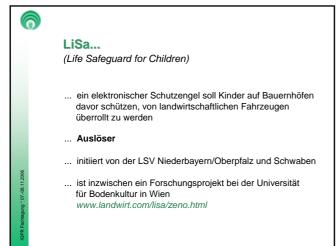








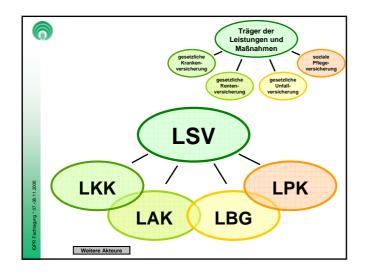


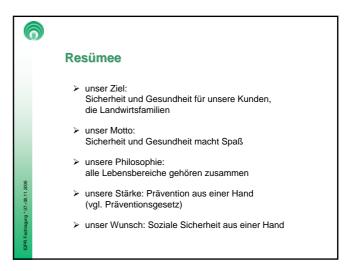


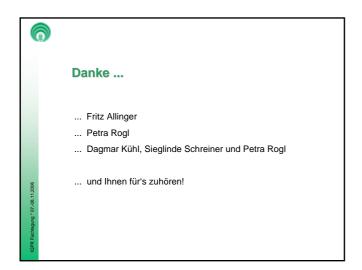


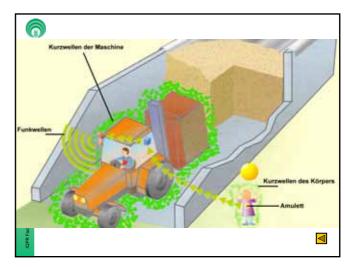


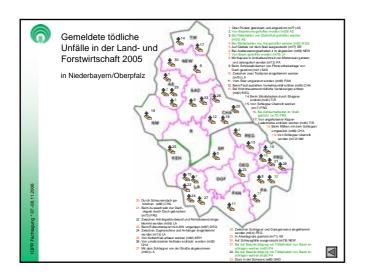


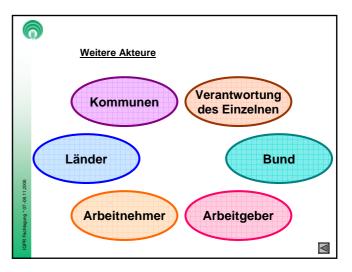




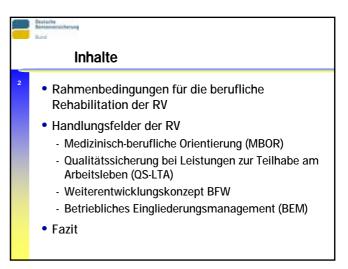




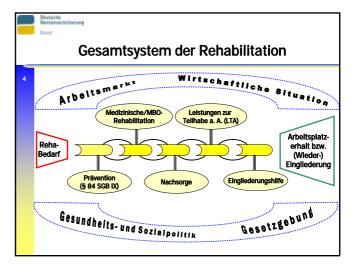












Veränderte Makrobedingungen
Gesetzlicher Rahmen

S § 84 SGB IX

- Abs. 2: Eingliederung von Beschäftigten nach längerer oder wiederholter AU ist Aufgabe der AG

- Abs. 3: Unterstützung und Förderung von AG bei Einführung von BEM durch Reha-Träger und Integrationsämter

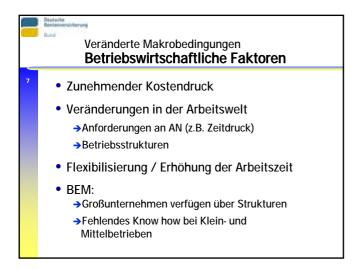
SGB II/SGB III

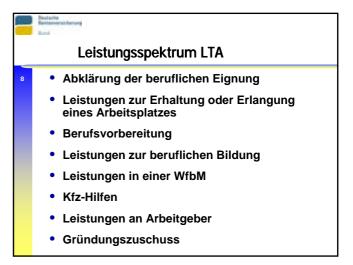
- Stichworte: Neue Zuständigkeiten für Arge und opt. Kommunen

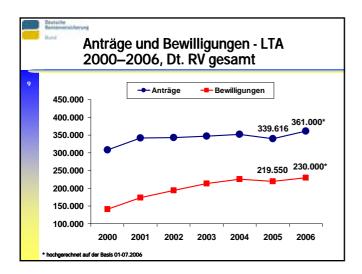
- Ist ausreichende Beratung in diesem Kontext gegeben?

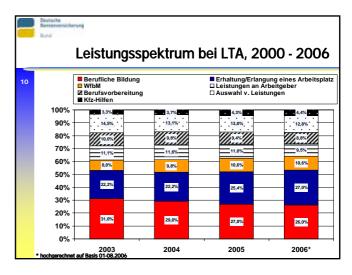
Veränderte Makrobedingungen
Volkswirtschaftliche/soziale Faktoren

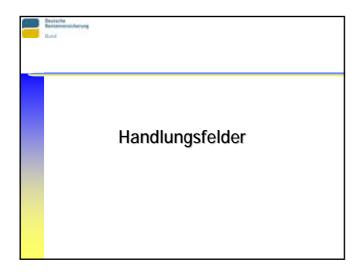
• Demografische Entwicklung
• Alternde Belegschaften
• Zunahme chronischer Erkrankungen
• Weniger Jobs für gering Qualifizierte











Handlungsfeld MBOR
Strategien der Rentenversicherung

Implementation einer MBOR-Basis-Philosophie in allen von der Deutschen Rentenversicherung Bund belegten Reha-Einrichtungen (indikationsübergreifend)

Ausbau von einzelnen Reha-Einrichtungen zu regionalen MBOR-Kompetenzzentren (indikationsspezifisch)

Bessere Verzahnung und Kooperation medizinischer und beruflicher Reha-Einrichtungen

Handlungsfeld MBOR
Mögliche Charakteristika von
Kompetenzzentren

• Geschultes Personal (evtl. betriebs-/arbeitsmedizinische Kompetenz)

• MBOR-Diagnostik-Instrumentarium (z.B. Erstellung eines Anforderungs-Fähigkeitsprofils)

• Spezifisches funktionales Interventionskonzept (z.B. Arbeitserprobung, EFL)

• Spezifisches psychologisches Interventionskonzept (z.B. Mobbing-Gruppen)

• Ausstattung: Modellarbeitsplätze

Handlungsfeld QS-LTA
Prozessdokumentation (IFP)

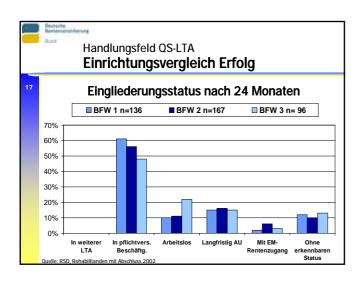
• Flächendeckender Einsatz in BFW

• Mögliche Aufgaben: Interne Prozessstrukturierung (QM), Empowerment, Prozesskontrolle (Wächterfunktion), Standardisierte Verlaufs- und Ergebnisdokumentation

• Ergebnisse der Evaluation:
 - für QM modifizieren
 - für Wächterfunktion abkoppeln und kürzen
 - als Basis für externe QS standardisieren

Handlungsfeld QS-LTA
Ergebnisqualität – mit Routinedaten

• Beschreibung der Rehabilitanden und Leistungen
• Auswertungen zur Ergebnisqualität (Ergebnis, Sozialmedizinischer Verlauf)
• Einflussfaktoren auf die Ergebnisqualität
• Einrichtungsvergleiche
• RV-Trägerspezifische Auswertungen
Erste Rückmeldung an RV-Träger und
Leistungserbringer (vorerst für BFW) in 2007



Handlungsfeld OS-LTA
"Berliner Fragebogen"

• Rehabilitandenbefragung
• katamnestischer Fragebogen für Bildungsleistungen
• Prozesse und Ergebnisse der Reha
• Befragung 6 Monate nach Leistungsende
• Vollerhebung
• Beginn des Einsatzes: Juli 2006
• Pilotphase: 2 Jahre
• Reha-Trägerübergreifender Einsatz?

Handlungsfeld QS-LTA Anerkennungsverfahren - Erfolgsnachweis Anerkennungsverfahren der DRV-Bund von

- Leistungen privater Bildungsträger
  - Standardisierte Vorgaben zur Anerkennung von beruflichen Bildungsmaßnahmen freier Träger
  - Bisher anerkannt: ca. 560 Maßnahmen (Okt. 2006)
- Ergebnisqualität: Bildungsträger müssen Integrationsmeldungen 6 Monate nach Kursende liefern

Handlungsfeld BFW Grundsätze zur BFW-Struktur

- RV steht zu den Berufsförderungswerken, da die Angebote für besonders beeinträchtigte Versicherte zwingend notwendig sind
- Rückläufige Belegungszahlen erfordern eine Konsolidierung des Netzplans
- Wirtschaftliches Handeln soll unterstützt werden
- Flexibilisierung der Angebotsstruktur der BFW: Erweiterung/Erschließung neuer Geschäftsfelder

Handlungsfeld BEM Aufgaben der RV als Reha-Träger

- Reha-Träger als Partner der AG bei **Durchführung** des BEM (§ 84 Abs. 2 SGB IX)
- Förderung der Einführung von BEM (§ 84 Abs. 3 SGB IX)

Handlungsfeld BEM Förderung der AG durch Dt. RV Bund

· Informationen im Internet

- Reha-Beratungsdienst
- AuB-Stellen
- Gemeinsame Servicestellen
- Eigenes Modellprojekt

• Fördermöglichkeiten durch die Reha-Träger werden anhand von Erfahrungen in Modellprojekten konzipiert (bedarfsorientierte Unterstützung)

Handlungsfeld BEM Modellprojekt "Regionale Initiative BEM"

• Ort: Teltow und Berlin-Lichterfelde

• Start: April 2006 · Dauer: 1 Jahr

· Zielgruppe: Alle AG der Modellregion (alle Branchen, alle Betriebsgrößen)

• Förderung durch BMAS und Europ. Sozialfonds



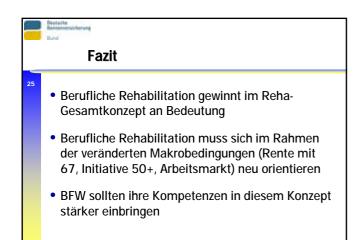


Handlungsfeld BEM Modellprojekt "Regionale Initiative BEM"

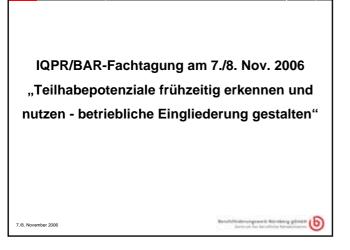
- · Befragung aller AG der Modellregion
- Entwicklung aufsuchender Beratungsangebote
- Entwicklung von Assessmentverfahren/ Konsiliarservice für niedergelassene Ärzte durch das Reha-Zentrum Seehof der Dt. RV Bund
- Klärung des konkreten Förderbedarfs der AG
- Bessere Zusammenarbeit der Reha-Träger

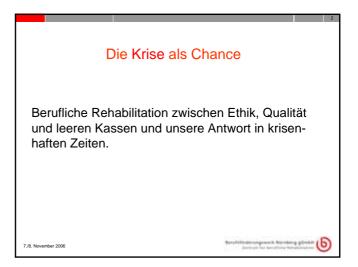


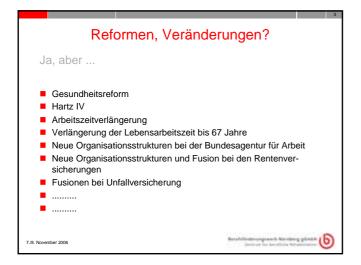


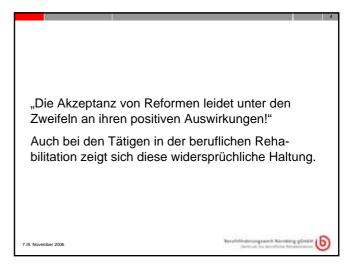




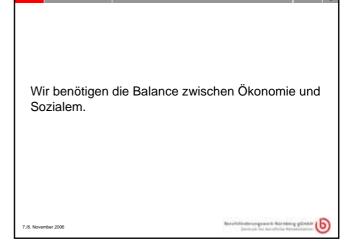


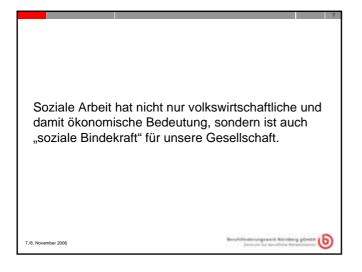


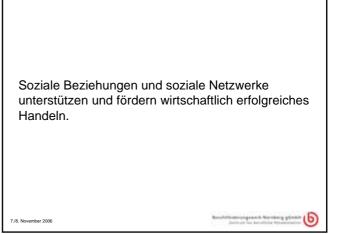


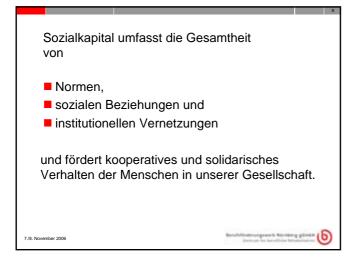








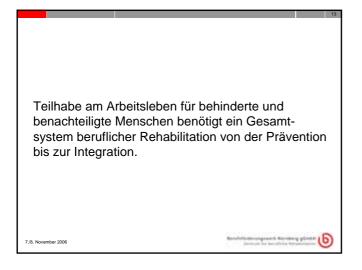


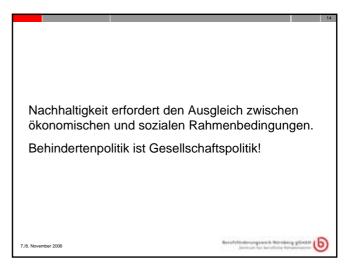


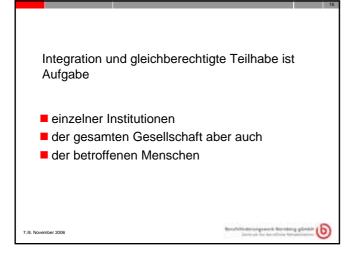




In einem Veränderungsprozess müssen sich alle Beteiligten, Politik, Rehabilitationsträger und die Berufsförderungswerke gemeinschaftlich und kontinuierlich beteiligen.









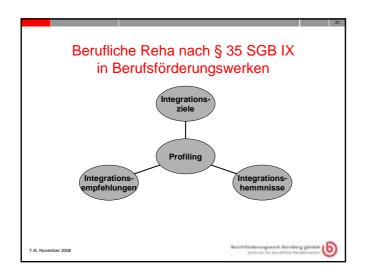
Reha-Prozesse sind individuell zu gestalten und von der Integration aus zu organisieren.

Die Vielfalt an Lebensstilen, an Sozialisation und Unterstützungsbedürfnissen behinderter und benachteiligter Menschen erfordert eine ebenso vielfältige Angebotsstruktur in der Rehabilitation.

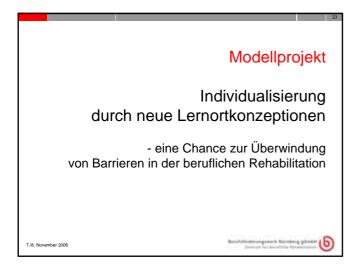


Berufsförderungswerke der Zukunft sind Kompetenzzentren mit Angeboten von der Prävention bis zur Integration. Sie organisieren bzw. bauen regionale Netzwerke mit unterschiedlichen Partnern auf, um Reha-Prozesse z. B.

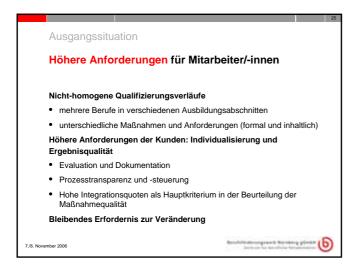
wohnortnah
individuell
betriebsnah und
ökonomisch
zu gestalten.





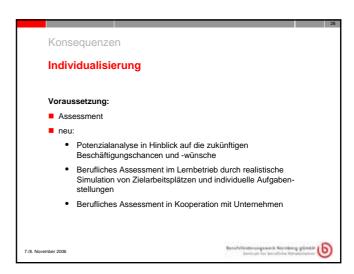








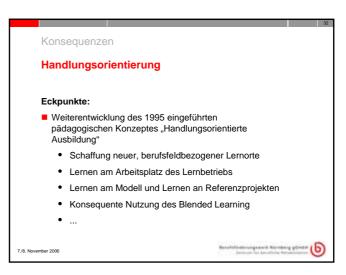


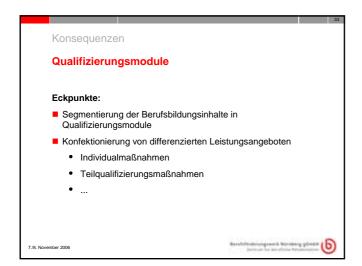






















### IQPR/BAR-Fachtagung am 7./8. November 2006 "Teilhabepotenziale frühzeitig erkennen und nutzen - Folie 1 betriebliche Eingliederung gestalten"

### Vortrag

Die Krise als Chance -

Berufliche Rehabilitation zwischen Ethik, Qualität und lee- Folie 2 ren Kassen und unsere Antwort in krisenhaften Zeiten

Wenn wir die Debatten der letzten Wochen verfolgen, in denen es um Themen wie Unterschicht und Präkariat geht, können wir erahnen, welche massiven Veränderungen offenbar in den letzten Jahren und Monaten abgelaufen sind.

### Reformen, Veränderungen? Ja, aber ...

Folie 3

Gesundheitsreform, Hartz IV, Arbeitszeitverlängerung, Verlängerung der Lebensarbeitszeit bis 67, Reformen, Veränderungen. All die notwendigen geplanten Maßnahmen müssen von allen Beteiligten unterstützt und umgesetzt werden. Festzustellen ist, dass viele Betroffene zwar nicht grundsätzlich Widerstand gegen diese Veränderungen leisten, aber zunehmend in ihrer Bereitschaft zu Veränderungen "müder" werden. Dass dies so ist, ist vor allem die Folge psychologischer Fehler von Verantwortlichen in Politik und Management.

"Ich halte eine grundlegende Erneuerung unseres Landes für notwendig und überfällig", so mahnte Horst Köhler gleich nach seiner Wahl zum Bundespräsidenten. Die meisten seiner Zuhörerinnen und Zuhörer dürften ihm zugestimmt haben, denn nach Jahrzehnten relativer Beschaulichkeit und Kontinuität wurden und werden in unserem Lande massive Reformen durchgeführt. Der Ruf nach mehr Eigeninitiative und Risikobereitschaft ist unüberhörbar.

Aber Veränderungen schmerzen. Und zwar vor allem da, wo sie persönliche Nachteile bringen. Umfragen haben ergeben, dass die überwältigende Mehrheit der Bundesbürgerinnen und Bundesbürger überzeugt ist, dass an tiefgreifenden Reformen der sozialen Sicherungssysteme, des Steuersystems und des Arbeitsmarktes kein Weg vorbeiführt. Allerdings wird die Zustimmung in dem Moment entzogen, wenn Maßnahmen zur Diskussion stehen. Details dieser Befragung häufig widersprüchlich zeigen, dass sie in sich Verantwortlich für diese widersprüchliche Haltung ist nach Einschätzung einiger Institute nicht nur blanker Egoismus, sondern auch ein tiefes Misstrauen. Die Akzeptanz von Reformen leidet unter den Zweifeln an ihren positiven Auswirkungen.

Folie 4

Auch in der beruflichen Rehabilitation zeigt sich diese widersprüchliche Haltung. Einerseits sind die meisten der dort verantwortlich Tätigen der Ansicht, dass sich dieses System in Deutschland über Jahrzehnte bewährt hat und viele Veränderungen und Weiterentwicklungen erfolgreich durchgeführt wurden und damit andererseits scheinbar ihren Beitrag zu notwendigen Veränderungen im System bereits geleistet haben bzw. leisten.

### Soziale Arbeit zwischen Ethik, Qualität und leeren Kassen - statt Qualität nun leere Kassen?

Berufliche Rehabilitation behinderter Menschen, Prävention, Qualifizierung und Integration ist soziale Arbeit. Unser Blick auf die "soziale Arbeit zwischen Ethik, Qualität und leeren Kassen" weist also darauf hin, den Sozialmarkt nicht nur verkürzt im Hinblick auf betriebswirtschaftliche Probleme und Einsparungsmöglichkeiten zu betrachten, sondern ihn Kontext seiner gesamtgesellschaftlichen Bedeutung für die Schaffung von sozialer Daseinsvorsorge für Behinderte und als Sicherung eines Standortvorteils der Wirtschaft zu sehen. Der Sozialmarkt ist somit kein unproduktiver Markt. Er leistet wertvolle Investition für die Gegenwart und Zukunft unserer Gesellschaft

### Rehabilitation ist soziale Arbeit

Problemlos lässt sich der enorme ökonomische Wert der sozialen Arbeit, des sozialen Marktes sowohl in Arbeitsplätzen als auch im Anteil an der gesellschaftlichen Wertschätzung messen. Doch letztlich reicht der Hinweis auf die volkswirtschaftliche und damit auch ökonomische Bedeutung nicht aus, um die

Folie 5

Folie 6

umfassende gesellschaftliche Bedeutung der Berufsförderungswerke als Institutionen des sozialen Marktes zu beschreiben.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch meine Überlegungen ergänzen, mit dem zu Beginn meines Referats erfolgten Hinweis auf die Debatte um Unterschicht und Präkariat. Seit langer Zeit ist bekannt und es gibt genügend Beispiele aus der Geschichte, dass im sozialen Markt ein Teil der "sozialen Bindekraft" liegt, der die Gesellschaft zusammenhält. Dies bedeutet, dass soziale Arbeit nicht nur volkswirtschaftlich und ökonomische Bedeutung hat, sondern auch "soziale Bindekraft" für die Gesellschaft ist.

Jüngere Studien in den Sozialwissenschaften zeigen, dass die Fähigkeiten einer Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung unserer sozialen Vernetzung die politische Stabilität und das wirtschaftliche Wachstum positiv beeinflussen. Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Wirtschaft, Politik und Gesellschaft wird in neueren Veröffentlichungen mit dem Begriff des "Sozialkapitals" beschrieben. Damit ist unter anderem gemeint, dass soziale Beziehungen und soziale Netzwerke wirtschaftlich erfolgreiches Handeln unterstützen und fördern. In einer Reihe von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass das ausgeprägte Sozialkapital einer Gesellschaft einen messbaren Standortvorteil bringt. Sozialkapital so betrachtet umfasst die Gesamtheit von Normen, Einstellungen, sozialen Beziehungen und institutionellen Vernetzungen, die dauerhaftes kooperatives

Folie 7

Folie 8

Folie 9

und solidarisches Verhalten der Menschen in einer Gesellschaft fördern.

Folie 10

Bezogen auf die berufliche Rehabilitation Behinderter ist festzustellen, dass das erste wichtigste Ziel die Integration in Arbeit
ist. Das heißt, die Integration in Beruf und Gesellschaft. Daran
müssen wir uns bei unseren Anstrengungen und unserem
Engagement immer wieder erinnern und messen lassen. Über
viele Jahre, Jahrzehnte wurde und wird in diesem System
erfolgreich gearbeitet. Dies lässt sich anhand von vielen Untersuchungen unschwer feststellen.

Auch bei selbstkritischer Betrachtung aus der Sicht als Vertreter der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke und eines Berufsförderungswerkes kann ich doch feststellen, dass sich die jeweiligen Unternehmen auf die notwendigen Entwicklungen und Rahmenbedingungen eingestellt haben. Nun sind wir seit einem längeren Zeitraum mit einer Situation konfrontiert, in der die Alternative, vor allem bezogen auf einen Rehabilitationsträger, nicht mehr vertretbares Kürzen und Gestalten lautet, sondern nur noch ausweglos kürzen. Natürlich hat dies auch teilweise ihre Ursachen in den aufgeteilten Zuständigkeiten zwischen SGB II und SGB III.

Hinweis: Rolle BA/Politik/Berater - Gleichgewicht Ökonomie - Soziales

Gerade in der jüngeren Vergangenheit wurden gravierende Fehler und Versäumnisse bei allen Beteiligten offenbar. Erlebt werden Streitigkeiten, Beschuldigungen, Unsicherheiten und anderes. Mit das wichtigste bei Veränderungsprozessen sind klare Aussagen, Positionen und Zielsetzungen.

In der Praxis erleben wir häufig, dass gegen solche elementaren Bedingungen und Bedürfnisse verstoßen wird. Diese Erscheinung zieht sich quer durch alle Bereiche hindurch. Dies hat unter anderem zur Folge, dass Motivation und Produktivität bei vielen betroffenen Beschäftigten leidet. Bezogen auf die Situation der Berufsförderungswerke, die ja von Veränderungen besonders massiv betroffen sind und wo in vielen einzelnen Unternehmen Arbeitsplätze abgebaut werden, reagieren die Beschäftigen mit Angst, Wut, Ärger, Enttäuschung und Misstrauen. Damit geht auch ein Stückweit das wichtige Gemeinschaftsgefühl einer gemeinsamen Zielsetzung verloren und absorbiert viel Energie. Notwendig aber sind die weitere Bereitschaft für Veränderung und Entwicklung und die dazu erforderlichen Ressourcen. Die Beschäftigten in Berufsförderungswerken sind es gewohnt und zeigen dies seit vielen Jahren, sich auf neues einzulassen, aber sie müssen an Veränderungen beteiligt sein.

Da Reformen und Veränderungen in Politik und Gesellschaft nicht nur Realität, sondern notwendig sind, werden diese auch im Bereich der beruflichen Rehabilitation weitere Auswirkungen haben.

Auch dies hat die jüngste Vergangenheit gezeigt: In der Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen in Politik und bei Rehabilitationsträgern kann ein Veränderungsprozess nur dann erfolgreich gestartet und gestaltet werden, wenn eine ausführliche Diskussion über Ziele und Wege geführt wird. Kurzfristige und hektische Aktionen in einem schwierigen SO Reformprozess sind kontraproduktiv. Erfreulicherweise sind jetzt positive Ansätze erkennbar. Aber aus den jetzigen Erfahrungen müssen wir als Erkenntnis mitnehmen, dass es eine zwingende Voraussetzung ist, dass sich in einem solch komplexen System, wie es auch die berufliche Rehabilitation alle Beteiligten kontinuierlich an Veränderungsdarstellt. prozessen beteiligen.

Folie 12

Veränderung braucht Perspektive - das heißt auch, dass sich die Verantwortlichen in Politik, bei den Rehabilitationsträgern und in den Unternehmen der beruflichen Rehabilitation in der Einschätzung einig sind, dass die "Teilhabe am Arbeitsleben" von behinderten und benachteiligten Menschen, so wie es im SGB IX apostrophiert ist, nur dann möglich sein wird, wenn es ein Gesamtsystem der beruflichen Rehabilitation gibt. Die Ausgestaltung dieses Systems darf sich dabei nicht nur an betriebswirtschaftlichen Faktoren orientieren, sondern benötigt im

Folie 13

Folie 14

Sinne der Nachhaltigkeit den Ausgleich zwischen ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen.

Werden behinderte Menschen als Bürgerinnen und Bürger mit gleichen Rechten anerkannt, so muss Behindertenpolitik mehr als Sozialpolitik sein: Behindertenpolitik ist Gesellschaftspolitik! Der Perspektivwechsel in der Behindertenpolitik manifestiert sich darin, inwieweit Ressourcen und Kompetenz in allen gesellschaftlichen Bereichen für die Belange der behinderten Menschen bereit gestellt werden und inwieweit Menschen mit Behinderungen ermutigt, unterstützt, befähigt, d. h. "ermächtigt" werden, über ihre eigenen Belange selbst entscheiden zu können.

Ziel einer modernen Gesellschaft muss es sein, auf die unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Einzelnen zu schauen und jeden Menschen in seiner Individualität und Einzigartigkeit anzunehmen. Wird diese Verschiedenheit bejaht und für die Gemeinschaft fruchtbar gemacht, so entsteht eine Inklusion von der letztendlich alle Mitglieder der Gesellschaft profitieren. Inklusion (Einschluss) ist mehr als Integration (Eingliedern), weil bereits bei der Gestaltung der gesellschaftlichen Bedingungen die Belange aller Menschen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen berücksichtigt werden. Integration hingegen meint Aufnahme der Menschen mit Behinderungen in bestehende Strukturen, wobei beide Seiten - die Menschen mit Behinderungen und die Strukturen - einen Anpassungsprozess

- oft nachträglich - vollziehen müssen. Der Begriff Inklusion beinhaltet somit eine Zielfunktion für zukünftige gesellschaftliche Entwicklungen. Je weniger Verschiedenheit eine Gesellschaft zulässt, je mehr sie ausgrenzt, um so ärmer wird sie.

Selbstverständlich lässt sich ein öffentliches, von einer breiten Mehrheit getragenes Verständnis von Integration nicht verordnen. Kernbestandteil sozialstaatlichen Handelns ist daher gesellschaftliche Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass ein auf Emanzipation und Sozialgerechtigkeit aufgebautes Grundverständnis in der Gesellschaft wahrgenommen, akzeptiert und gelebt werden kann. Integration und gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen ist eine Aufgabe nicht nur einzelner Institutionen, sondern der gesamten Gesellschaft, aber auch der Menschen mit Behinderungen selbst.

Folie 15

Wenn wir die gegenwärtige Entwicklung betrachten, dann sieht die Wirklichkeit nicht gerade positiv aus. Die bisherige politische Bedeutung der Eingliederung behinderter Menschen wird vielfach in unserer Gesellschaft auf wirtschaftspolitische Aspekte reduziert. Menschen mit Behinderungen und Benachteiligte sind auf die Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme angewiesen. Man kann nur hoffen, dass die jetzige Diskussion im politischen Bereich dies erkennt. Nicht unterschätzt werden dürfen die Langzeitfolgen, wenn Minderheiten wie z. B. auch Behinderte und Benachteiligte, der Gefahr der Ausgrenzung

und Vernachlässigung ausgesetzt sind. Die Folgewirkungen und damit auch die Folgekosten sind schwer kalkulierbar. Alle, die in diesem System Verantwortung tragen, die Politik, die Institutionen und die sozialen Dienstleistungsunternehmen sollten sich von dem Grundsatz leiten lassen:

Folie 16

Füreinander statt gegeneinander Integration statt Ausgrenzung Rehabilitation statt Resignation.

Teilhabe am Arbeitsleben ist gerade auch für Menschen mit Behinderungen und Benachteiligte nicht nur wirtschaftliche Existenzsicherung, sondern prägt vor allem das Selbstwertgefühl und bestimmt damit auch den Platz in unserer Gesellschaft mit. Menschen mit Behinderungen und Benachteiligte benötigen den Zugang zum Berufsleben an für sie geeigneten Lernorten. Sie brauchen Chancengleichheit wie Nichtbehinderte. Chancengleichheit bedeutet Beteiligung, um damit wirkliche Chancen zu schaffen. Dazu gehört nicht zuletzt die mentale Veränderung in den Köpfen der Menschen. Nur wenn es gelingt, die Teilhabe in den Köpfen aller zustande zu bringen, wird es zu jenen Änderungen kommen, die wir benötigen. Dazu ist eine notwendige Voraussetzung: die berufliche Rehabilitation auch unter veränderten Rahmenbedingungen zukunftsfähig zu erhalten. In welchem Umfang und welcher Güte und mit welchem Gewicht dies möglich sein wird, hängt von der Verantwortung aller Beteiligten ab.

Verändertes Rollenverständnis bei den Prozessbeteiligten, Paradigmenwechsel bedeutet für alle gesellschaftlichen Bereiche und beteiligten Personengruppen ein Umdenken beim Umgang mit Menschen mit Behinderungen und bei Benachteiligten. Besonders herausgefordert sind alle, die am Integrationsgeschehen beteiligten Fachleute. Sie werden ihre Dienstleistungen noch mehr als bisher auf die tatsächlichen ganzheitlichen Bedingungen und individuellen Bedürfnisse der behinderten Menschen und der Benachteiligten ausrichten müssen. Dazu sind vor allem auch Formen der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zu entwickeln.

Das Rehabilitationssystem selbst ist angesichts enger Finanzbudgets, veränderter Qualitätsanforderungen und durch die betroffenen Personen selbst, zu Veränderungen herausgefordert, die weg von der umfassenden Hilfe für Menschen mit Behinderungen und Benachteiligte hin zu individualisierten personenbezogenen Rehabilitationsprozesse geht. Dies bedeutet, dass Reha-Prozesse individuell zu gestalten und vor allem von der Integration her zu organisieren sind. Dies ist möglich, durch eine effiziente und effektive Zielsteuerung.

Folie 17

Die Vielfalt an Lebensstilen, an Sozialisation und Unterstützungsbedürfnissen erfordert eine ebenso vielfältige Angebots- Folie 18 struktur in der Rehabilitation. Deshalb gehen wir den Weg einer starken Differenzierung von stationären Rehabilitationsleistungen und dem Ausbau ambulanter Dienste.

Die Wertschöpfungskette im Leistungsangebot der Berufsförderungswerke muss von der Prävention bis zur Integration reichen. Dazu ist es erforderlich, dass vielfältige individualisierte Angebote entwickelt und vorhanden sind.

Die Entwicklung von Präventionssystemen zur Früherkennung von gesundheitlichen Störungen und deren Vernetzung mit der Rehabilitation ist eine vorrangige Aufgabe, um eine Ausgrenzung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen aus dem Arbeitsleben zu vermeiden. Sinnvollerweise sollte der Verlust der Beschäftigungsfähigkeit gar nicht eintreten. Mit der Entwicklung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements sind die Berufsförderungswerke dabei Früherkennungs- und Integrationssysteme den Unternehmen anzubieten. Diese dienen unter anderem auch der Vernetzung des Gesundheits- und Rehabilitationssystems mit den Unternehmensinteressen (Hinweis auf Projekt "Barmer" und "EIBE"). Durch das frühzeitige Erkennen gesundheitlichen Störungen und Leistungseinvon schränkungen sowie Rehabilitationsbedarf und durch frühzeitiges Einleiten von Maßnahmen (wie medizinischer beruflicher einschließlich betrieblicher) kann für die betroffenen Menschen oft die Arbeitsfähigkeit gesichert oder es kann gar eine durch Behinderung bedingte Ausgrenzung vermieden werden (Stichwort Disability-Management).

### <u>Handlungsmaximen</u>

Folie 19

Mögliche Handlungsmaximen der Zukunft könnten sein:

Prävention vor Reha - Reha vor Rente

betrieblich vor außerbetrieblich

wohnortnah vor stationär

langfristige Effizienz vor kurzfristiger Effektivität

Nachhaltigkeit vor kurzfristiger Erfolgsmeldung

Die Berufsförderungswerke der Zukunft sind Kompetenzzentren mit Angeboten von der Prävention bis zur Integration. Sie müssen in ihrem regionalen Umfeld Netzwerke aufbauen mit unterschiedlichen Partnern, um für die betroffenen Menschen ein Höchstmaß an Individualität zu erreichen. Wir erfüllen damit auch unseren Auftrag nach Paragraph 35 SGB IX. Für die in der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke zusammengeschlossenen Berufsförderungswerke gibt es eine Selbstverpflichtung bzw. ein Qualitätsversprechen, die die Ganzheitlichkeit als Grundlage unseres Tuns darstellt.

Folie 22

Folie 20

Folie 21

Weiterentwicklung der ARGE zu einem Verband/ Entwicklungsgesellschaft - Bedeutung der Forschung

Beispiel Modellprojekt BFW Nürnberg
Individualisierung durch neue Lernortkonzeptionen

Folie 23 bis Folie 37

### Schlussbetrachtung

Berufliche Rehabilitation behinderter und benachteiligter Menschen ist ein Paradebeispiel für moderne Sozial- aber auch Wirtschaftspolitik. Sie verbindet Leistung mit Gegenleistung, eigene Anstrengung mit Solidarität, Fördern mit Fordern.

Berufliche Rehabilitation hat aber auch nur dann eine Zukunft, wenn alle Beteiligten, d. h. alle Verantwortlichen aus Politik, der Rehabilitationsträger und der Institutionen bereit sind zu solidarischem Handeln und zur gemeinsamer Verantwortung für die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Interesse der betroffenen Menschen. Auf die Berufsförderungswerke bezogen heißt dies, sich noch mehr als bisher diesem Veränderungsprozess zu stellen und neue Rehabilitationsmodelle zu entwickeln. Dies ist dann erfolgreich, wenn verlässliche Rahmenbedingungen ein Veränderungs- und Investitionsklima ermöglichen.

Der besondere Wert beruflicher Rehabilitation ist, dass es immer das Ergebnis eigener Anstrengung und eigener Mühen der Betroffenen ist. Viele Beteiligte, Betroffene und Verantwortliche in Politik und Gesellschaft wissen, dass das System der beruflichen Rehabilitation in Deutschland seit Jahrzehnten ein erfolgreiches Modell ist. Dies drückt sich unter anderem dadurch aus, dass im Auftrag des BMAS dieses Modell in viele andere europäische Länder- adaptiert auf die jeweiligen Verhältnisse des Landes - exportiert wurde. Alle im System Beteiligten wissen aber auch, dass ein System nur dann Zukunft hat, wenn es sich verändert bzw. wenn es adaptiert ist auf die jeweiligen Rah-

menbedingungen. Dies setzt allerdings voraus, dass alle Verantwortlichen zu diesem System stehen und Verantwortung übernehmen.

Erinnern wir uns: Wir hatten in unserem Land eine gute und sinnstiftende Rehabilitationskultur. Erstaunlicherweise hat sich diese seit dem In-Kraft-Treten des SGB IX verändert. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke ist bereit, sich wieder für die Erneuerung dieser Kultur einzusetzen. Alle im System Tätigen sind gefordert, Eigeninitiative zu ergreifen.

Wir alle, die Verantwortung tragen, sind aber auch aufgefordert, Mut zu machen und Ansporn zu geben: früher, heute und sicher auch morgen. Diese Einsicht verlangt viel in einer Zeit, in der Miesmachen Hochkonjunktur hat.

Mut machen statt miesmachen, das ist die eigentliche Botschaft unserer Zeit. Sie wird nicht nur in der beruflichen Rehabilitation erfolgreich sein, aber gerade auch dort.

Folie 38







