

Kommentar aus Sicht eines Rentenversicherungsträgers

Jürgen Rodewald

I. Einleitung

Der „schaffende Mensch mit Behinderungen“ ist eine besondere Herausforderung für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in ihrer Eigenschaft als Rehabilitationsträger. Hatte die Rentenversicherung praktisch seit ihrem Bestehen auch die Aufgabe, mit Gesundheitsleistungen, im Volksmund „Kuren“ genannt, Invalidität abzuwenden, so ist seit Inkraft-Treten des SGB VI im Jahre 1992 in § 9 ausdrücklich als Rehabilitationsziel normiert, dass die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbringt, um

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Das SGB IX hat im Jahr 2001 den Anspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf selbstbestimmte Teilhabe neu formuliert und gestärkt wobei ein nahtloser Übergang zwischen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben¹, eine Koordination der Leistungen und Kooperation der Leistungsträger eine zentrale Forderung darstellt.²

Nach der Ratifizierung ist auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)³ Leitlinie für das rehabilitative Handeln der Rentenversicherung geworden. Artikel 26 verpflichtet die Vertragsstaaten, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die

1 Vgl. § 11 SGB IX.

2 BR-Drucks. 49/01 v. 26.01.01, S. 284.

3 Gesetz zum Übereinkommen, BGBl 2008 II S. 1419ff.

Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste. Artikel 27 verpflichtet die Vertragsstaaten, durch geeignete Schritte die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit zu fördern, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben. Hierzu wird auch ausdrücklich als Ziel angegeben, Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen⁴. Zur Unterstützung dieser Ziele hat die Deutsche Rentenversicherung ein Aktionsprogramm 2014-2017 beschlossen⁵, mit dem sie dem Bemühen, für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen bestehenden Arbeitsplatz zu erhalten, die allerhöchste Priorität zuweist.

Die übergeordneten behinderungspolitischen Ziele sowohl auf der Ebene der UN-BRK als auch in dem für die Rentenversicherung einschlägigen SGB VI und SGB IX stellen die Rentenversicherungsträger angesichts der Entwicklung der Krankheitsbilder mit dem Schwerpunkt chronische Erkrankungen⁶ in Verbindung mit den heutigen Anforderungen des Arbeitslebens insbesondere auch für geringer qualifizierte Arbeitnehmer⁷ vor besondere Herausforderungen. Sie hat daher Instrumente und Verfahren weiterentwickelt, um Beschäftigungsverhältnisse zu erhalten und damit die behinderungspolitischen Vorgaben in ihrer Verwaltungspraxis umzusetzen – und somit zugleich einen Beitrag zur Fachkräftesicherung für die Wirtschaft zu leisten, die als unverzichtbar für Innovation und Wettbewerbsfäh-

4 Art. 27 Abs. 1 d) UN-BRK.

5 Aktionsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention, Stand 1.1.2014, abrufbar unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (22.8.2014).

6 S. dazu bereits Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001, Band III, Kapitel 7.

7 Vgl. dazu die Beschreibung aktueller Aspekte in: *Schröder/Urban* (Hrsg.), *Gute Arbeit – Ausgabe 2014, Profile prekärer Arbeit – Arbeitspolitik von unten*, Frankfurt/Main 2014.

higkeit, Wachstum und Beschäftigung, Wohlstand und Lebensqualität angesehen wird⁸.

II. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Das „klassische“ Instrument der Rentenversicherung zur Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und damit auch zur Sicherung von Beschäftigungsverhältnissen sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie haben sich aus der Tradition von Gesundheitsmaßnahmen entwickelt, die nach Schaffung der entsprechenden rechtlichen Grundlagen am Ende des 19. Jahrhunderts⁹ seinerzeit auch dazu dienten, über die Bekämpfung von Infektionserkrankungen, schwerpunktmäßig der Tuberkulose, Invalidität und damit auch Leistungen der Invaliditätsversicherung abzuwenden und den Versicherten zu ermöglichen, den Lebensunterhalt weiter durch Erwerbseinkommen sicherzustellen.

Über einen langjährigen Entwicklungsprozess von der Dominanz kurortgebundener Heilmittel und passiver Therapieformen hin zu aktivierenden und gesundheitsbildenden Maßnahmen, deren Evidenz durch die Rehabilitationsforschung nachgewiesen ist¹⁰, hat sich die Rentenversicherung heute der Forderung der UN-BRK gestellt, die die vollumfängliche Teilhabe von behinderten Menschen als Person fordert und die Beseitigung der Faktoren, die bei einer bestehenden Gesundheitsstörung und bei funktionellen Beeinträchtigungen überhaupt erst zur Teilhabeeinschränkung, mithin zur Behinderung führen. Die Rentenversicherung muss sich mit der Aufgabe auseinandersetzen, auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) durch die WHO¹¹ einerseits Verbesserungen auf der Ebene der Strukturen und Funktionen zu erreichen, wie dies der Hauptzielrichtung ihrer medizinisch-rehabilitativen Leistungen der Gegenwart entspricht, sich aber andererseits damit auseinandersetzen, dass sie

8 Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, S. 37.

9 Vgl. § 12 des Gesetzes, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 22.6.1889, RGBl. Nr. 13, S. 97–144.

10 S. hierzu: grundlegend: Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung, <http://forschung.deut-sche-rentenversicherung.de> (22.8.2014).

11 S. hierzu: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, <http://www.dimdi.de>.

bei den für chronische Erkrankungen typischen verbleibenden Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit gleichwohl zu einer optimalen Teilhabe beitragen muss.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass zahlreiche Versicherte auch nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation nicht an ihren Arbeitsplatz zurückkehren, Beschäftigungsverhältnisse vielmehr nicht selten aus gesundheitlichen Gründen beendet werden, haben sich Rehabilitationswissenschaftler mit der Frage auseinandergesetzt, wie eine besondere berufliche Problemlage zu Beginn der medizinischen Rehabilitation erkannt werden kann und wie die Rehabilitation inhaltlich weiterzuentwickeln ist, um bessere Wiedereingliederungsquoten zu erreichen¹². Gemeinsam mit Rehabilitationswissenschaftlern und -klinikern wurde von den Rentenversicherungsträgern die Konzeption einer MBOR – Reha (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) entwickelt¹³, auf deren Basis diagnostische Verfahren und therapeutische Module in die medizinische Rehabilitation integriert werden¹⁴, um optimal auf die Wiederaufnahme der bisherigen oder einer adäquaten beruflichen Tätigkeit vorzubereiten und zugleich auch die Schnittstelle zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abzubilden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt die Rentenversicherung im Regelfall für ihre Versicherten, solange sie im Erwerbsleben stehen oder wieder in das Erwerbsleben integrierbar sind. Eine aktuell deutlich älter werdende Gesellschaft fragt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verstärkt nach. So wurden im Jahr 2013 immerhin 956.153 – ambulante und stationäre – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Erwachsene durchgeführt. Als Indikation stehen die muskuloskeletalen Erkrankungen im Vordergrund, gefolgt von psychischen Störungen und Krebserkrankungen.

-
- 12 Streibelt/Bethge, *Return to Work? – Identifikation besonderer beruflicher Problemlagen in der Rehabilitation*, Lengerich 2008.
- 13 Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Stand: August 2012, abrufbar unter <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (22.8.2014).
- 14 Löffler et al., *Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation; Praxishandbuch*, 3. Auflage 2012, abrufbar unter <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de> (22.8.2014).

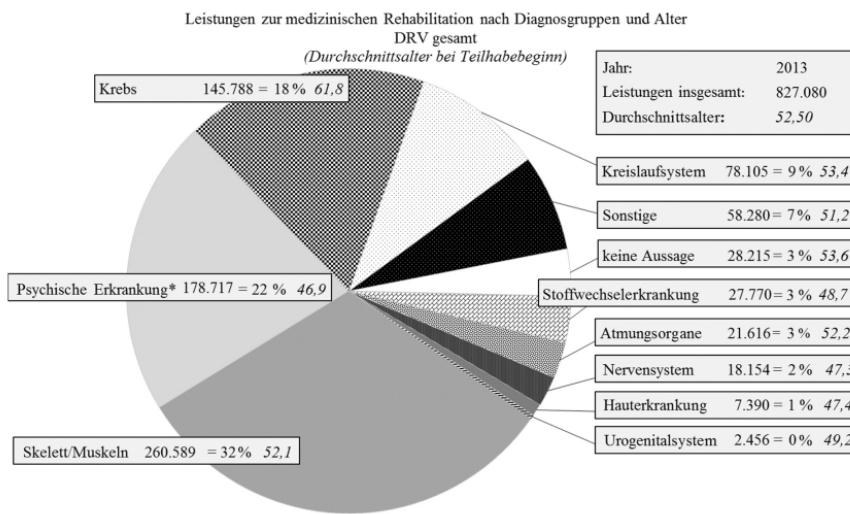


Abb. 1: Durchgeführte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, DRV, 2013¹⁵

Wenn in der medizinischen Rehabilitation häufig schnell erkennbar wird, dass durch ein aktivierendes Training eine vollständige Befreiung von Schmerzen oder eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit von Gelenken nicht erreicht werden kann, muss es zum einen darum gehen, die Versicherten etwa im Rahmen der Patientenschulungen auch in Verbindung mit Entspannungstechniken, psychologischer Beratung o.ä. zum Umgang mit den verbleibenden Einschränkungen zu beraten, sie zu schulen und zu Experten in eigener Sache zu entwickeln. Andererseits kann im Rahmen besonderer Seminare auch vermittelt werden, wie am Arbeitsplatz mit diesen Einschränkungen möglichst viel von dem verbliebenen Leistungsvermögen eingesetzt werden kann, also der behinderte versicherte Arbeitnehmer seinem Arbeitgeber noch ein Maximum an Leistungsfähigkeit unter Beachtung zu vermeidender Belastungen anbieten kann. Dies markiert zugleich die Schnittstelle zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die regelhaft dann zum Einsatz kommen, wenn über Kuration und medizinische Rehabilitation sich krankheitsbezogene Auswirkungen von Erkrankung und Behinderung nicht beseitigen lassen und auch unter

15 Quelle: Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2013, Tabellen-Nr. 0160.00M u. 92.00M.

Einbeziehung der daraus folgenden Teilhabebeeinträchtigung eine Erwerbstätigkeit im bisherigen Berufsfeld nicht mehr realisierbar ist, sondern wenn es darum geht, wie Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens durch spezifischen Einsatz von Instrumenten der beruflichen Rehabilitation teilhabebezogen ausgeglichen werden können.

III. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ist das Beschäftigungsverhältnis aufgrund der Teilhabestörung allein mit medizinischen Leistungen nicht zu erhalten, so steht der Rentenversicherung für praktisch alle Versicherten, für die sie medizinische Leistungen erbracht hat, das Instrumentarium der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung, das in Kapitel 5 des SGB IX (§§ 33 bis 43) beschrieben wird. § 33 Abs. 1 enthält den Auftrag, dass zur Teilhabe am Arbeitsleben die erforderlichen Leistungen erbracht werden, 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. In der beruflichen Rehabilitation geht es mithin darum, bei erkannter Unmöglichkeit oder bei begrenzter Möglichkeit der Wiederherstellung der körperlichen Strukturen und Funktionen teilhabebezogen ein besonderes Instrumentarium einzusetzen, mit dessen Hilfe die Versicherten einer beruflichen Tätigkeit weiter oder wieder nachgehen können. Das gesetzlich vorgegebene Instrumentarium hierzu ist umfassend; es sind de lege lata alle Leistungen denkbar, von der Vermittlung neuen beruflichen Wissens über die entsprechende Hilfsmittelausstattung, technische Arbeitshilfen im Betrieb bis zu Geldleistungen an den Arbeitgeber, etwa zur Kompensation von Leistungsminderungen während der Einarbeitung in neue Aufgabenbereiche. Die rechtliche Basis bietet eine Vielzahl von Handlungsoptionen und wirkt in keiner Weise begrenzend, sondern ist eher eine Aufforderung zur offensiven Nutzung der Vielfalt der Optionen.

IV. Renten wegen Erwerbsminderung: das Dilemma der F-Diagnosen

Im Jahr 2013 gab es in Deutschland 175.135 neue Bezieher von Erwerbsminderungsrenten. Anspruchsvoraussetzung ist in der Regel, dass eine Er-

werbstätigkeit nur noch in geringfügigem Umfang, d.h. weniger als 3 Stunden täglich, ausgeübt werden kann¹⁶. Hiermit scheiden auch dringend benötigte Fachkräfte aus gesundheitlichen Gründen – faktisch zum ganz überwiegenden Teil auf Dauer – aus dem Erwerbsleben aus.

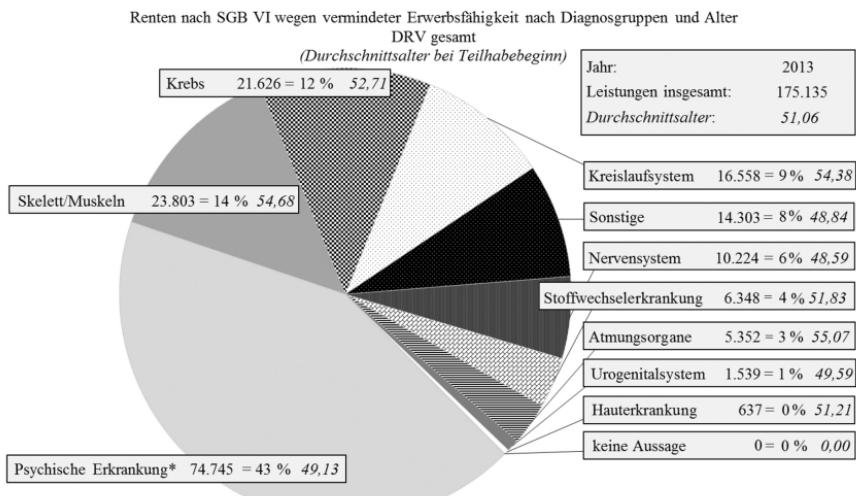


Abb. 2: Zugänge Erwerbsminderungsrenten, DRV, 2013¹⁷

Analysiert man die Zugänge zu Erwerbsminderungsrenten nach Indikationsgruppen, so dominieren mit einem Anteil von 43 % die psychischen Erkrankungen, die sog. F-Diagnosen (bei einem Durchschnittszugangsalter von 49 Jahren), die muskuloskeletalen Erkrankungen stellen mit einem Anteil von 14 % (bei einem Durchschnittszugangsalter von 55 Jahren) nur ein vergleichsweise kleines Risiko dar, aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Andererseits gelingt es offenbar nicht, psychisch Erkrankten mit medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in einem Umfang zu helfen, dass sie weiter einer – wie auch immer gearteten – Erwerbstätigkeit nachgehen könnten. Allerdings werden medizinische Leistungen zur Rehabilitation auch nur zu 22 % für Versicherte mit psychischen Erkrankungen erbracht, es dominieren hier muskuloskeletale Erkrankungen mit einem An-

16 Vgl. § 43 SGB VI.

17 Quelle: Rentenzugangsstatistik der Deutschen Rentenversicherung 2013, Tabellen-Nr. 229.00 Z.

teil von 32 %. Fakt ist, dass etwa die Hälfte der Rentenneuzugänge in einem Zeitraum von 5 Jahren vor Rentenbeginn – und dies gilt insbesondere für psychische Erkrankungen – an keiner Leistung zur medizinischen Rehabilitation teilgenommen hat.

Stellt man die Zahlen der Indikationen, die zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben führen, gegenüber, so fällt auf, dass die F-Diagnosen hier nur einen Anteil von 18 % ausmachen – wohingegen die muskuloskeletalen Erkrankungen mit einem Anteil von 51 % im Vordergrund stehen. Diese Tendenz gilt in ähnlicher Weise auch für neurologische Erkrankungen, die mit einem Anteil von 3 % bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vertreten sind bei einem Anteil von 6 % beim Zugang zu Erwerbsminderungsrenten¹⁸.

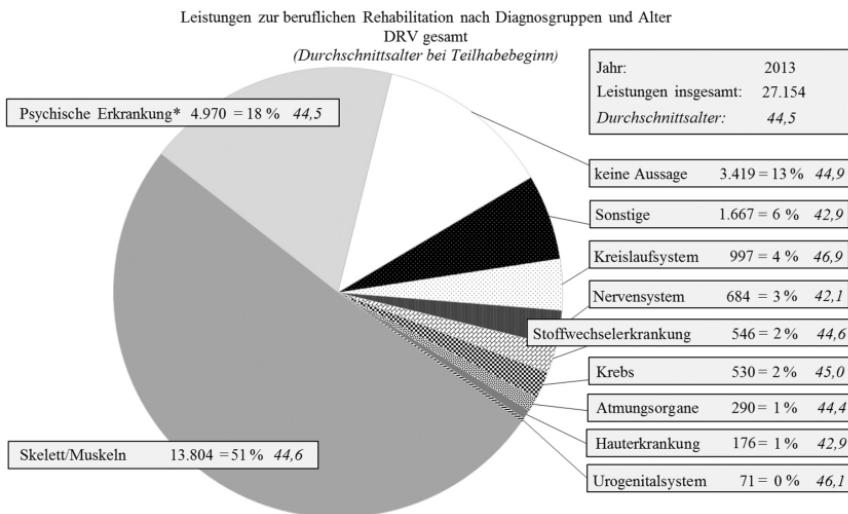


Abb. 3: Zugänge Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, DRV, 2013¹⁹

Weshalb werden bei psychischen und auch bei neurologischen Erkrankungen weniger medizinische Leistungen und insbesondere weniger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht, wohingegen bei „sichtbaren“

18 Vgl. Rollnik et al., Die medizinisch-berufliche Rehabilitation in der Neurologie, Aktuelle Neurologie 2013; 40: 1-5.

19 Quelle: Reha-Statistik der Deutschen Rentenversicherung 2013, Tabellen-Nr. 026.00 B.

orthopädischen Befunden Teilhabeleistungen in großem Umfang gewährt werden? Liegt ein Grund darin, dass bei schwereren psychischen und neurologischen Befunden eher eine Berentung, auch auf dem Weg einer Umdeutung nach § 116 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI erfolgt, ohne dass rehabilitative Chancen genutzt werden, und bei leichteren psychischen Erkrankungen kein Anspruch auf Teilhabeleistungen, insbesondere nicht auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 10 SGB VI gesehen wird?

Betrachtet man den anspruchsgrundlegenden Behinderungsbegriff, so fällt auf, dass sowohl der UN-BRK, dem für die Rentenversicherung einschlägigen SGB VI als auch dem Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen grundsätzlich regelnden SGB IX offenbar unterschiedliche Begriffe von Behinderung zugrunde liegen. § 2 Abs. 1 SGB IX bezeichnet die Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung zu erwarten ist. Den konkreten Zugang zu Teilhabeleistungen der Rentenversicherung bestimmt wiederum § 10 SGB VI, wonach für Leistungen zur Teilhabe Versicherte die persönlichen Voraussetzungen erfüllt haben,

- deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
- bei denen voraussichtlich
 - bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann,
 - bei teilweiser Erwerbsminderung ohne Aussicht auf eine wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann.

Wir sehen, dass die Zugangsvoraussetzungen im Recht der gesetzlichen Rentenversicherung sich am Begriff „Erwerbsfähigkeit“ und deren erheblicher Gefährdung bzw. Minderung orientieren. Nur wenn die Behinderung

gen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben und wenn durch die Leistungen zur Teilhabe prognostisch die Erwerbsfähigkeit wesentlich verbessert oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden kann oder zumindest der Arbeitsplatz durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten werden kann, ist die Rentenversicherung in der Lage, mit ihrem Leistungskatalog die bei ihr versicherten behinderten Menschen zu unterstützen²⁰. Voraussetzung des § 10 ist dabei nicht, dass eine Behinderung im Sinne des zweiten Teils des SGB IX, mithin eine Schwerbehinderung vorliegen muss, jede Form von Behinderung in einem bestimmten die Fähigkeit beeinträchtigten Grad reicht im Prinzip für die Zuständigkeit der Rentenversicherung aus.

Nach der Rechtsprechung des BSG zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben²¹ ist die Erwerbsfähigkeit als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Dabei ist entscheidend, ob der Versicherte den typischen Anforderungen seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr gewachsen ist; spezifische, nicht berufstypische Belastungen an einem bestimmten Arbeitsplatz bleiben unberücksichtigt. Auch bei ungerierten Arbeitnehmern ist dabei nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt abzustellen. In der Praxis der Rechtsanwendung wird häufig argumentiert, dass bei psychischen Erkrankungen die erlernte bzw. letzte berufliche Tätigkeit im Prinzip weiter ausgeübt werden kann – und damit ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht besteht. Dies mag auch zutreffen – wenn man sich einen „idealen“ Arbeitsplatz ohne belastende Umweltfaktoren (cholesterischer Vorgesetzter, mobbende Kollegen, hoher Zeitdruck, bescheidene Gratifikation) vorstellt. Die durch die psychische Erkrankung eingeschränkte Wettbewerbsfähigkeit, die narzisstische, leicht kränkbare Persönlichkeitsstruktur, die Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit, der fehlende Antrieb und das reduzierte Durchhaltevermögen, die geringe Frustrationstoleranz – im Vergleich zu einem „Normarbeiter“ – werden häufig nicht als anspruchsbegründend wahrgenommen, weil sie auch sozial-medizinisch als schwer fassbar angesehen werden und zur adäquaten Beurteilung einer besonderen gutachterlichen Erfahrung bedürfen²².

20 Vgl. Zabre in: Kreikebohm, SGB VI, 4. Auflage 2013, § 10, Rn. 4.

21 BSG vom 17.10.2006, Az.: B 5 RJ 15/05R m.w.N.

22 Foerster et al., Psychische und Verhaltensstörungen, 24.1 (S. 542 ff.) in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., Berlin 2011.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung der F-Diagnosen im Berentungsgeschehen sollte die aktuelle Verwaltungspraxis kritisch reflektiert werden, müssten die einschlägigen unbestimmten Rechtsbegriffe in einem neuen Licht gesehen werden, um zu Verbesserungen zu kommen. Wenn dabei ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu begründen ist, sollte zumindest in den Fällen, in denen eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation vorangegangen ist, überlegt werden, geeignete nachsorgende Leistungen nach § 31 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI anzubieten, etwa in Form einer psychosomatischen Nachsorge nach dem sog. Hannover-Curriculum²³ oder eines begleitenden Fallmanagements, im Rahmen dessen auch psychosoziale Hemmfaktoren bearbeitet werden können^{24 25}. An dieser entscheidenden Schnittstelle ist in Zukunft mit einer weitergehenden Professionalisierung der Angebote der Rentenversicherungsträger zu rechnen²⁶.

V. Die logistischen Herausforderungen

In der Praxis ist es eher die fehlende Kenntnis von Arbeitgebern, insbesondere in Kleinst-, Klein- und mittleren Unternehmen, in denen mehr als 60 % der Beschäftigten arbeiten²⁷, sowie auch nur eine begrenzte Vorstellung der behinderten Menschen über die Vielfalt und die Chancen beruflich-rehabilitativer Leistungen sowie zudem die Notwendigkeit der Klärung des zuständigen Leistungsträgers im gegliederten Sozialleistungssystem, die limitierend wirken, als die rechtlichen Möglichkeiten selbst.

Das Nebeneinander verschiedener Sozialleistungsträger in unserem gegliederten Sozialleistungssystem ist nicht einfach zu durchschauen, und die gesetzlich vorgedachten Unterstützungslösungen, etwa der Betrieb Ge-

23 Kobelt et al. Ambulante psychosomatische Nachsorge. Integratives Trainingsprogramm nach stationärer Rehabilitation, Stuttgart 2002.

24 Niemann, Fallmanagement als notwendige Ergänzung klinikinterner MBOR-Strategien, in: Deck/Glaser-Möller (Hrsg), Reha-Nachsorge – Aktuelle Entwicklungen, Lage 2014, S. 79ff.

25 Piegza et. al., Fallmanagement als innovativer Ansatz in der medizinisch-psychosomatischen Rehabilitation, Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2013; 23: S. 348-352.

26 Keck et al., Case-Management als Handlungsmethode im Kontext der Rehabilitation, RVaktuell, 4/2014, S. 99-106.

27 S. Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2013, S. 519.

meinsamer Servicestellen nach §§ 22 ff. SGB IX, funktioniert in der Praxis nicht in der perfekt-übergreifenden und aktiv-unterstützenden Weise, wie es sich der Gesetzgeber vorgestellt hat²⁸. Das Nebeneinander von Krankenkassen, die neben der Kuration auch einen präventiven Auftrag haben, von Unfallversicherungsträgern, die neben der Rehabilitation von Unfallopfern auch präventiv, insbesondere bei Risiken für Berufserkrankungen, agieren, von der Arbeitsverwaltung mit ihren Angeboten zur Fort- und Weiterbildung sowie auch beruflich-rehabilitativer Leistungen bei jüngeren Versicherten, der Rentenversicherung mit ihrer Zuständigkeit für Versicherte mit 15 Versicherungsjahren oder nach medizinischer Rehabilitation, ergänzt durch das Integrationsamt, das gerade für schwerbehinderte Arbeitnehmer während des laufenden Beschäftigungsverhältnisses mit dem Angebot der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben nach § 102 Abs. 1 SGB IX ein wichtiger Leistungsträger sein kann, ist im Einzelfall sicher schwer zu durchschauen²⁹. Ein gegliedertes System, welches aus einer bestimmten Tradition einzelner Zweige entstanden ist, kann daher nur dann funktionieren, wenn diese Zweige optimal miteinander vernetzt arbeiten. Dies ist etwa, gerade wenn es um Bedarfserkennung und Kooperation geht, in Gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX³⁰ geregelt. Anforderungen an das jeweilige Engagement der Leistungsträger und insbesondere eine ausreichende Personalausstattung werden vorausgesetzt. Da aber auch in diesen Bereichen der sozialen Sicherung zunehmend knappe Haushaltssmittel den Umfang des Möglichen bestimmen, besteht eine besondere Herausforderung darin, Strategien zu entwickeln, wie mit begrenzten Mitteln gleichwohl Rehabilitationserfolge verbessert werden können.

Die Rentenversicherung erfüllt offensiv ihre gesetzlichen Aufträge nach allgemeiner Information und Aufklärung bis zur spezifischen Beratung. Sie hat einen regional strukturierten Reha-Fachberatungsdienst geschaffen, der mit Arbeitgebern und Versicherten nach optimalen Lösungen der Unterstützung sucht, wobei auch technische Berater der Arbeitsagentur oder des Integrationsamtes sowie sonstige Experten zugezogen werden können, um alle Möglichkeiten optimal auszuloten. Sie unterhält zudem

28 BR-Drucks. 49/01 v. 26.01.01, S. 312-315.

29 Vgl. zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben *Rodewald, Aktuelle Rheumatologie* 2004; 29: 282-289.

30 Abrufbar unter <http://www.bar-frankfurt.de> (22.8.2014).

zahlreiche Reha-Servicestellen nach § 22 SGB IX, in denen hilfesuchende behinderte Menschen umfassend beraten und betreut werden.

Während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgt zunehmend ein Blick darauf, ob das nach Durchführung der medizinischen Rehabilitation verbliebene Restleistungsvermögen und die beruflichen Anforderungen kongruent sind, mithin ob eine besondere berufliche Problemlage zu erwarten ist. Dies führt nicht nur dazu, dass nach Möglichkeit spezifische Arbeitsplatztrainings, besondere berufliche Problemgruppen sowie sonstige spezielle Beratungen bereits während der medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden; über die Verkürzung von Schnittstellen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation versuchen die Rentenversicherungsträger zudem, nahtlos Hilfen anzubieten und die Versicherten auf unbürokratischem Weg zu ihren Arbeitgebern im Sinne eines Fallmanagements zu begleiten, um gemeinsam Problemlösungen zu erarbeiten. Ein wachsender Bekanntheitsgrad, ein intensives Netzwerken gerade bei Arbeitgebern sind in jedem Fall erstrebenswert.

Ergänzt werden die Beratungsangebote der Rentenversicherungsträger durch einen Firmenservice, den einige Rentenversicherungsträger bereits projektweise erproben und der zukünftig nicht nur zu medizinischer und beruflicher Rehabilitation sowie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement nach § 84 SGB IX beraten wird, sondern auch zum Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bis hin zu Demografiefragen.

VI. Erfolgsfaktoren

Aus der Praxis und den Erfahrungen einer Verwaltung lässt sich beschreiben, welche Bedingungen beachtet werden müssen, um Beschäftigungsverhältnisse, gegebenenfalls unterstützt durch rehabilitative Leistungen erfolgreich zu erhalten. Behinderte Menschen müssen frühzeitig erreicht werden, dies gilt insbesondere auch für medizinische Leistungen, um vor Eintritt fortschreitender Chronifizierung die Menschen in einem Stadium zu rehabilitieren, in dem sie sich die (Wieder-)Aufnahme einer Beschäftigung noch selbst vorstellen können. Dabei werden bei akut auftretenden gesundheitlichen Ereignissen generell bessere Ergebnisse erzielt als bei chronischen Prozessen, insbesondere im Bereich Schmerz/Psychosomatik. Versicherte bedürfen auch nach einer medizinischen Leistung der Unterstützung bei der Bearbeitung von Hemmfaktoren nach der ICF, etwa bei Partnerschaftskonflikten oder finanziellen Problemen. Das Angebot von

unterstützendem Fallmanagement stellt sich hierbei als ein zielführendes Angebot dar. Schließlich sind die Förderfaktoren, etwa ein positives soziales Umfeld oder ein besonderes Engagement des Arbeitgebers, offensiv zu nutzen. Das umfassende Instrumentarium der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt die dauerhafte Wiedereingliederung auf einem der Teilhabebeeinschränkung angepassten Arbeitsplatz.

VII. Fazit

Das rechtliche Instrumentarium, das der Rentenversicherung zum Erhalt von Arbeitsplätzen zur Verfügung steht, ist sehr weitreichend; Unsicherheiten bei der Anspruchsberechtigung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben müssen unter dem Aspekt „Reha vor Rente“³¹ überwunden werden. Die möglichen Dienstleistungsangebote müssen offensiv gegenüber Arbeitgebern und Versicherten kommuniziert werden, um auch in der Breite alle Chancen, die das Recht ermöglicht, zu nutzen. Zudem muss ein Bewusstseinswandel dahin unterstützt werden, dass behinderte Menschen, gegebenenfalls mit adäquaten Unterstützungsleistungen, als wertvolle Mitarbeiter im Betrieb wahrgenommen werden.

31 § 8 Abs. 2 SGB IX.