

IAB-Kurzbericht

25/2008

Aktuelle Analysen und Kommentare aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

In aller Kürze

■ Seit längerem schon geht die Zahl der Anerkennungen von beruflichen Rehabilitanden erkennbar zurück. Mit dem Inkrafttreten des SGB II hat sich dieser Rückgang gerade im Bereich der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt verstärkt.

■ Mit dem SGB II wurden neue Schnittstellen im Bewilligungsverfahren eingeführt. Nun sind verschiedene Ansprechpartner in unterschiedlichen Institutionen für einzelne Aspekte zuständig. Dies kompliziert den Prozess zusätzlich.

■ Denn die berufliche Rehabilitation steht jetzt im Spannungsfeld zweier Sozialgesetzbücher mit unterschiedlichen Schwerpunkten: Effizienz und beschleunigte Vermittlung im SGB II versus leidensgerechte, dauerhafte Integration im SGB IX.

■ Welches Gewicht den Regelungen des SGB IX im Reha-Prozess künftig zukommt und wie die Arbeitsmarktintegration von behinderten Menschen gestaltet wird, ist eine Frage, die auf politischer Ebene entschieden werden muss.

Arbeitsmarktintegration

Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II

von Angela Rauch, Johanna Dornette, Michael Schubert und Johann Behrens

Die Zahl der anerkannten Rehabilitanden geht seit Jahren kontinuierlich zurück. Damit werden auch immer weniger Teilnehmer in rehabilitationsspezifischen Maßnahmen gefördert. Woran liegt das? Gerät die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen ins Hintertreffen?

Viele Faktoren können dazu führen, dass Menschen nicht mehr oder nur eingeschränkt am Erwerbsleben teilhaben können. Schwerwiegende gesundheitliche Probleme oder eine Behinderung gehören dazu. Für die Förderung der Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen¹ am Erwerbsleben spielt die berufliche Rehabilitation eine wichtige Rolle.

Vor der Teilnahme an einer Reha-Maßnahme steht aber die Anerkennung als beruflicher Rehabilitand und diese wurde in den letzten Jahren immer seltener ausgesprochen. Woran liegt das?

Hat sich der Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung stetig verbessert, so dass immer weniger Menschen eine Rehabilitation benötigen? Oder gibt es andere Gründe dafür, dass die Zahl der Anerkennungen als

beruflicher Rehabilitand in den letzten Jahren immer weiter zurückging? Die Ergebnisse einer Studie des IAB in Zusammenarbeit mit der Universität Halle-Wittenberg weisen auf einen Zusammenhang dieses Rückganges mit der Einführung des SGB II hin.

Hintergrund

Seit einigen Jahren werden bei der Bundesagentur für Arbeit (BA) kontinuierlich weniger Personen als berufliche Rehabilitanden anerkannt (vgl. **Abbildung 1**, Seite 2).² Ohne die Anerkennung eines Rehabilitationsbedarfes kann aber keine Förderung in geeigneten, zum Teil rehabilitationsspezifischen, Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik erfolgen.³

Der Rückgang der Anerkennungen verlief in zwei Wellen, erstmals im Jahr 2003 (**Abbildung 1**). Dies ist vor allem durch die

¹ § 2 Abs.1 SGB IX; vgl. Kasten „Gesetzliche Grundlagen“ auf Seite 6.

² Auf berufliche Rehabilitation bei anderen Rehabilitationsträgern – wie der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung u.a. –, die auf andere Zielgruppen ausgerichtet ist, wird in diesem Kurzbericht nicht eingegangen.

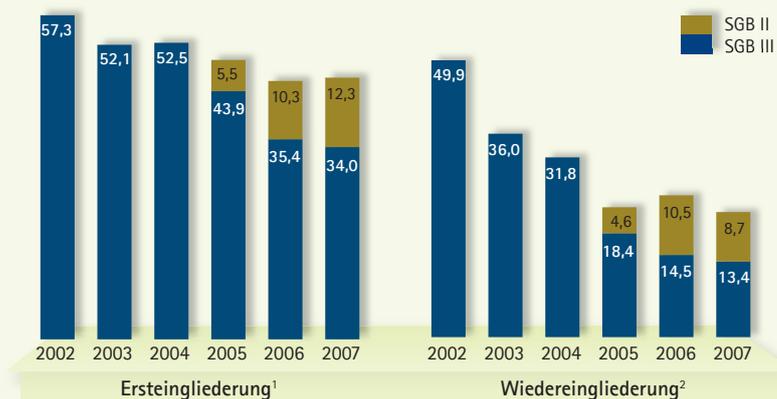
³ Diese Prüfung erfolgt nach § 19 SGB III (vgl. Kasten „Gesetzliche Grundlagen“ auf Seite 6).

Neuausrichtung der BA bedingt (Schneider et al. 2006; Kruppe 2006). Seither steht eine „effiziente Integration der geförderten Personen in den Arbeitsmarkt stärker im Fokus“ (Schneider et al. 2006: 46), die bei Menschen mit Behinderung oft nicht leicht zu erreichen ist.

Abbildung 1

Anerkennung als Rehabilitand bei der Bundesagentur für Arbeit, Erst- und Wiedereingliederung, 2002 bis 2007

Personen in 1.000



¹ Ersteingliederung: Jugendliche und junge Erwachsene; Zuständigkeit in den meisten Fällen bei der BA.

² Wiedereingliederung: Erwachsene; Zuständigkeit geteilt zwischen BA und SGB-II-Institutionen.

Quellen: ANBA Jahreszahlen; Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderstatistik, DWH der BA, eigene Berechnungen.

© IAB

Ein zweiter deutlicher Rückgang fällt dann im Jahr 2005 mit der Einführung des Sozialgesetzbuches II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) zusammen (Abbildung 1). Für diesen Rückgang sind verschiedene Ursachen denkbar. So geht aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch Institut 2007) hervor, dass sich die Gesundheit der Deutschen in den letzten zehn Jahren generell verbessert hat, was grundsätzlich zu einem verringerten Rehabilitationsbedarf führen könnte. Es profitieren aber nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen von dieser Entwicklung, vielmehr stehen Menschen in schwächeren sozialen Schichten in vieler Hinsicht gesundheitlich schlechter da als der Durchschnitt (ders.). Dieser Personenkreis ist im Rechtskreis SGB II stark repräsentiert, weshalb der Rückgang der Anerkennungen von Rehabilitationsbedarfen nicht ausschließlich durch einen verringerten Bedarf in der Erwerbsbevölkerung erklärt werden kann.

Ein weiterer Einflussfaktor auf den Rückgang könnten Strukturveränderungen in der Art der auftretenden Krankheiten sein. Neben den klassischen arbeitsmedizinischen Stressoren wie Lärm, Hitze, Staub, Dämpfe, Nässe und einseitigen körperlichen Belastungen treten vermehrt psychische Belastungen auf (Greiner 2001). Aber auch diese Verschiebung in der Struktur der Krankheiten dürfte nur einen Teil der Rückgänge der anerkannten Rehabilitationsbedarfe erklären.

Ein dritter möglicher Grund für den Rückgang kann in den Auswirkungen des SGB II liegen. Denn mit seiner Implementation im Jahr 2005 hat sich der Zugangsprozess in berufliche Rehabilitation einschließlich der zuständigen Institutionen und Ansprechpartner geändert. Einem Zusammenhang der Einführung des SGB II mit dem Rückgang der Anerkennungen wird im Folgenden anhand der Ergebnisse einer Studie des IAB und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg nachgegangen (vgl. Schubert et al. 2007). Die Studie basiert auf Experteninterviews mit Vermittlern, Fallmanagern und persönlichen Ansprechpartnern (PAP)⁴ in SGB-II-Institutionen (Arbeitsgemeinschaften und zugelassenen kommunalen Trägern) sowie mit Reha-Beratern in korrespondierenden Arbeitsagenturen (vgl. Kasten links).

Um die Untersuchungsergebnisse besser einzuordnen, werden zunächst kurz die rechtlichen Grundlagen beruflicher Rehabilitation sowie Tendenzen der Gesundheitsentwicklung dargestellt.

⁴ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden in Bezug auf Mitarbeiter der SGB-II-Institutionen nur von Vermittlern gesprochen, auch wenn neben (Reha-)Vermittlern Fallmanager und persönliche Ansprechpartner gemeint sind.

i Daten und Methoden

Anhand von themenzentrierten Leitfäden wurden im Frühjahr (Vorstudie) sowie im Herbst (Hauptstudie) 2006 leitfadengestützte Interviews mit Mitarbeitern von SGB-II-Institutionen und von korrespondierenden Arbeitsagenturen geführt. Es handelte sich dabei um ein exploratives, qualitatives Vorgehen.

Bei der Stichprobenziehung wurden sowohl ländliche und großstädtische Regionen als auch strukturschwache Regionen und solche mit relativ guter Arbeitsmarktlage berücksichtigt. Insgesamt wurden in der Hauptstudie 32 Interviews in 21 Städten und Kreisen durchgeführt. Interviewt wurden (Reha-)Vermittler, Fallmanager bzw. persönliche Ansprechpartner in elf Arbeitsagenturen, zwölf Arbeitsgemeinschaften und bei sieben zugelassenen kommunalen Trägern. Im Mittelpunkt stand die Abbildung des Prozesses der Erkennung und Bewertung von Rehabilitationsbedarfen im Kunden-Vermittlergespräch. Zudem wurden Aspekte wie die eigene Berufsbiographie der Befragten, Arbeitsroutinen, intra- und interbehördliche Kommunikation sowie wahrgenommene Änderungen in der Klientel, Maßnahmelandschaft etc. erfragt.

Die Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) strukturiert und ausgewertet. Die Hauptstudie wurde von dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Herbst 2006 durchgeführt (vgl. Schubert et al. 2007). Die in diesem Kurzbericht dargestellten Ergebnisse sind nicht repräsentativ für die gesamte Bundesrepublik, bilden aber auf breiter Basis die Situation der beruflichen Rehabilitation im Jahr 2006 ab, anderthalb Jahre nach dem Inkrafttreten des SGB II. Die komplette Studie ist in der Reihe IAB-Bibliothek im Band 309 erschienen.

■ Gesetzliche Grundlagen beruflicher Rehabilitation

Die grundlegenden Prinzipien beruflicher Rehabilitation sind im Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) festgelegt. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit des Einzelnen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen, um auf diese Weise eine möglichst dauerhafte berufliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen. Zudem steht mit der frühzeitigen Vermeidung von Behinderungen ein präventiver Ansatz im Vordergrund (Welti 2006).

Aus verwaltungstechnischen Gründen wird zwischen Erst- und Wiedereingliederung unterschieden. In Ersteingliederung finden sich junge behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen. Ziel ist eine erfolgreiche berufliche Ersteingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Berufliche Wiedereingliederung erwachsener Menschen zielt meist auf eine berufliche Um- oder Neuorientierung, aber auch auf den Erhalt eines bestehenden Arbeitsverhältnisses durch geeignete Maßnahmen.

Im Rahmen beruflicher Rehabilitation bei der BA sind neben dem SGB IX für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen noch zwei weitere Gesetzbücher relevant. Dies ist zum einen das Sozialgesetzbuch III „Arbeitsförderung“ (SGB III). Hier finden sich die Bestimmungen zur Förderung durch die jeweiligen arbeitsmarktpolitischen Leistungen.

Zum anderen spielt seit dem Jahr 2005 auch das SGB II eine tragende Rolle. Dies beinhaltet unter dem Leitprinzip des „Förderns und Forderns“ die arbeitsmarktpolitischen Leistungen für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen, zumeist Langzeitarbeitslose. Sind SGB-II-Leistungsempfänger behindert oder z. B. durch chronische Krankheit von Behinderung bedroht, besteht auch für sie Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation.⁵

■ Verändertes Krankheitsspektrum der zu betreuenden Personen

Studien haben gezeigt, dass mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit häufig ein schlechterer Gesundheitszustand einhergeht (Elkeles 1999; Berth et al. 2006; Kieselbach/Beelmann 2006). Es ist daher an-

zunehmen, dass in der Personengruppe der SGB-II-Leistungsempfänger häufig Personen zu finden sind, die gravierende gesundheitliche Einschränkungen haben und damit möglicherweise für eine berufliche Rehabilitation prädestiniert sind.

Diese Annahme schlägt sich aber nicht in der amtlichen Arbeitsmarktstatistik nieder. Hatten im Jahr 2005 noch 23 Prozent⁶ der Arbeitslosen im SGB-II-Bereich vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen, sind es im Jahr 2007 nur noch 18 Prozent – bei gleichzeitig sinkenden Arbeitslosenzahlen. Dies liegt häufig daran, dass in der amtlichen Statistik nur gesundheitliche Einschränkungen auftauchen, wenn diese von den Vermittlern als vermittlungsrelevant erachtet werden. Besonders psychische Probleme sind häufig weniger augenscheinlich als körperliche Gebrechen und werden entsprechend spät oder gar nicht diagnostiziert. Es ist also möglich, dass gesundheitliche Einschränkungen nicht immer erkannt und statistisch erfasst werden.

Es wurde bereits angesprochen, dass laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes eine Verschiebung des Krankheitsspektrums in der Bevölkerung festzustellen ist. Dabei spielen psychische Erkrankungen eine immer größere Rolle, sowohl bei Arbeitsunfähigkeitsfällen als auch bei Frühberentungen (Robert Koch Institut 2007: 13). Diese Veränderungen im Krankheitsspektrum werden auch von den befragten Reha-Beratern und Vermittlern bei den Interviews angesprochen.

Alle Befragten geben an, dass sich die Struktur des zu betreuenden Personenkreises geändert hat. So berichten vor allem die Reha-Berater in den Arbeitsagenturen, dass ehemals klassische Reha-Fälle, wie Handwerker mit Rückenleiden nicht mehr das typische Profil darstellen. Vielmehr betreuen sie vermehrt Personen mit Mehrfachdiagnosen. Insbesondere in Kombination mit länger andauernder Arbeitslosigkeit treten ihrer Erfahrung nach zusätzliche psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf.

Diese Einschätzung wird von den Gesprächspartnern in den SGB-II-Institutionen geteilt, die anmerken, dass gesundheitliche Probleme oft kumuliert auftreten, häufig in Verbindung mit persönlichen Schwierigkeiten. Dazu zählen ein geringeres Bildungsniveau, familiäre Probleme, aber auch Schulden und Sucht. Dies führe zu multiplen Vermittlungshemmnissen, die in ungünstigen Eingliederungschancen resultieren. Die Befragten sind sich einig, dass in der täglichen Arbeitsroutine die am schwierigsten sowie zeitaufwendigsten Fälle zu

⁵ Hingewiesen sei noch darauf, dass das SGB IX im Zusammenhang mit beruflicher Rehabilitation im SGB II keine direkte Erwähnung findet. Das SGB II verweist im § 16 nur auf die entsprechenden Abschnitte im SGB III (vgl. Infokasten auf Seite 6).

⁶ Quelle: DWH der BA, eigene Berechnungen, Daten ohne zkt.

diesem Personenkreis gehören. Insgesamt schätzen die Gesprächspartner in den SGB-II-Institutionen, dass mindestens jede dritte von ihnen betreute Person gesundheitliche Einschränkungen aufweist.

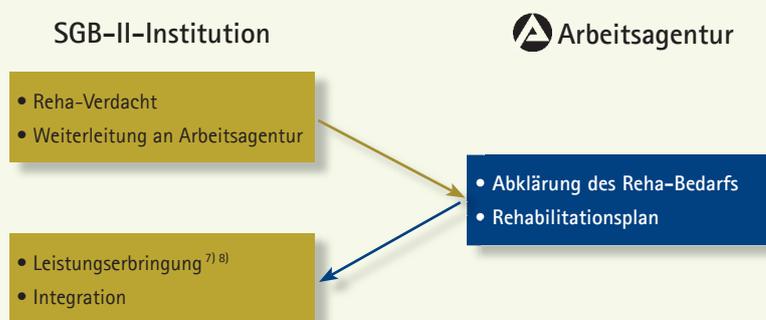
Viele Vermittler geben an, dass sie bei SGB-II-Empfängern mit diesen komplexen Problemlagen oft die allgemeine Stabilisierung der betreuten Person in den Vordergrund zu stellen. Dass auch berufliche Rehabilitation zu dieser Stabilisierung beitragen kann, wird nicht selten außer Acht gelassen. Dies erklärt einen Teil des Rückgangs bei den Anerkennungen.

■ Neue Schnittstellen im Reha-Prozess

Stellt ein Vermittler im SGB-II-Bereich bei einer Person gesundheitliche Probleme fest, die aus seiner Sicht in eine berufliche Rehabilitation führen könnten, beginnt für den potentiellen Rehabilitanden häufig ein komplexer Prozess. Lag bis 2004 die Betreuung von Rehabilitanden in der Hand der BA, hat sich im Zuge der Implementation des SGB II durch die Neuordnung von Kompetenzen und Zuständigkeiten bei der beruflichen Rehabilitation eine besondere Konstellation ergeben (siehe **Abbildung 2**).

Abbildung 2

Zuständigkeiten und Schnittstellen im Reha-Prozess bei der beruflichen Wiedereingliederung



Quelle: Eigene Darstellung

© IAB

Die Verantwortung für berufliche Rehabilitationsleistungen bei einer Wiedereingliederung wurde zwischen SGB-II-Institutionen und Bundesagentur für Arbeit (vgl. §6a SGB IX) aufgeteilt. Ein Empfänger von Arbeitslosengeld II, bei dem eine mögliche Indikation für berufliche Rehabilitation vorliegt, wird vom SGB-II-Träger an die zuständige Stelle in der korrespondierenden Arbeitsagentur weitergeleitet, da die BA die sogenannte Prozessverantwortung trägt. Dort wird geklärt, ob ein Rehabilitationsbedarf vorliegt oder nicht. Ist eine berufliche Rehabilitation erforderlich, arbeitet der Reha-Berater in der Arbeits-

agentur einen Plan für die weitere Förderung aus. Dieser Plan wird an die zuständige SGB-II-Institution rückübermittelt, die ihn bewilligen, und zumeist bezahlen muss.⁷ Denn die tatsächliche Leistung, ihre Finanzierung sowie die nachfolgende Integration obliegt in den meisten Fällen der SGB-II-Institution. Für die Rehabilitanden bedeutet dieses Verfahren, dass sie mit verschiedenen Ansprechpartnern in unterschiedlichen Institutionen zu tun haben, bevor sie ihre Rehabilitation beginnen können.

Hingegen liegt die Zuständigkeit im Bereich der Ersteingliederung in den meisten Fällen weiterhin bei der BA.⁸ Damit ist die Ersteingliederung nicht in diesem Ausmaß von der beschriebenen Kompetenzteilung betroffen. Dies schlägt sich in den Zugangszahlen nieder, die nicht so drastisch zurückgegangen sind wie im Bereich der Wiedereingliederung (vgl. **Abbildung 1**).

Aus den Interviews mit Vermittlern in Arbeitsgemeinschaften und bei zugelassenen kommunalen Trägern geht hervor, dass diese besondere Schnittstellenkonstellation in Teilen unterschiedlich beurteilt wird. Bei beiden Institutionen wird die Trennung von Prozess- und Finanzverantwortung zumeist als wenig problematisch angesehen. Vielmehr wird häufig geäußert, dass es sinnvoll sei, bei der Betreuung und Beratung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die vorhandenen Kompetenzen der Reha-Berater in den Agenturen zurückzugreifen. Dabei wird die Zusammenarbeit von beiden Seiten (Arbeitsagenturen und SGB-II-Trägern) gleichermaßen meist als positiv beschrieben. Hier erfolgt nicht selten ein gemeinsamer Abstimmungsprozess zu Art und Zielrichtung der Integrationsleistungen, bei dem man sich „einig wird“.

Vermittler bei zugelassenen kommunalen Trägern, bei denen die Bundesagentur für Arbeit nicht strukturell in die Betreuung und Vermittlung Langzeitarbeitsloser eingebunden ist, stehen den gemeinsamen Verantwortungsbereichen allerdings kritischer gegenüber. Sie haben oftmals die Befürchtung, dass die Agentur durch die ausgewählte Leistung zu stark in ihre finanziellen Möglichkeiten eingreift. Alles in allem sieht die Mehrheit der Befragten die Zusam-

⁷ Leistungsverpflichtung der BA besteht u.a. bei Maßnahmen von Berufsvorbereitung und Ausbildung, im Eingangs- und Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen sowie bei rehaspezifischen Hilfen. Zur geteilten Leistungsverantwortung vgl. HE/GA 8/2006. http://www.arbeitsagentur.de/nn_166482/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Beruf-Qualifizierung/Dokument/HEGA-08-2006-AI-Reha-Aenderungen.html

⁸ Leistungen der SGB-II-Institutionen umfassen u.a. Ausbildungszuschüsse an Arbeitgeber sowie Vermittlung und Integration.

menarbeit zwischen den zuständigen Behörden aber positiv. Dies wird auch dadurch gefördert, dass die meisten Arbeitsgemeinschaften mit den jeweiligen Agenturen Rahmenvereinbarungen abgeschlossen haben, die auch den Bereich der beruflichen Rehabilitation beinhalten.⁹

■ **Fördern und Fordern versus leidensgerechter und dauerhafter Integration**

Die Logiken bzw. Zielrichtungen der geltenden Gesetzesgrundlagen sind im Falle der beruflichen Rehabilitation durchaus konträr. Das SGB II betont den Grundsatz des Förderns und Forderns und die Handlungsmaxime ist auf Effizienz und beschleunigte Vermittlung ausgerichtet.¹⁰ Damit unterscheidet es sich vom SGB IX, bei dem der Gedanke einer leidensgerechten und vor allem dauerhaften Eingliederung im Vordergrund steht.

Entsprechend unterschiedlich werden die gesetzlichen Schwerpunkte bei der Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen gesetzt. Die tägliche Arbeit der Vermittler in den SGB-II-Institutionen befindet sich damit im Spannungsfeld zwischen schneller Vermittlung auf der einen und der dauerhaften, leidensgerechten Eingliederung behinderter Menschen auf der anderen Seite. Als Arbeitsgrundlage ziehen sie aber hauptsächlich das SGB II heran, das Leistungsgesetz, in dessen Rechtsrahmen sie sich bewegen.

So kann selbst bei guter Zusammenarbeit zwischen den Vermittlern in den einzelnen Institutionen die Wahrnehmung und Einschätzung des jeweiligen Hilfebedarfs differieren. Tatsächlich geht aus den Interviews mit Reha-Beratern aus den Agenturen wiederholt hervor, dass sich aus ihrer Sicht die Eingliederungsarbeit in den SGB-II-Institutionen oft an der Handlungsmaxime der schnellstmöglichen Integration ausrichtet. Sie kritisieren, dass dadurch die Chancen einer dauerhaften Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt zugunsten kurzfristiger Integrationsfolge aus dem Blick gelassen würden. Wegen dieser Handlungsmaxime besitze der Aspekt der Rehabilitation in den SGB-II-Institutionen aus ihrer Sicht nur einen geringen Stellenwert.

Auf der anderen Seite berichten einige SGB-II-Vermittler, dass ihre Maßnahmen die Arbeitslosengeld-II-Empfänger bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unterstützen sollen, und dazu bedürfe es nicht notwendigerweise einer Anerkennung als Rehabilitand. Sie geben an, dass im Rahmen des SGB II eine Reihe allgemeiner arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zur Verfügung stünden, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Leistungsbeziehern im Rahmen sogenannter leidensgerechter Tätigkeiten Rechnung tragen können. Auch das SGB III postuliert allgemeine Maßnahmen vor rehabilitationsspezifischen Maßnahmen. Zuerst wird aber der Rehabilitationsbedarf geprüft, um dem Grundsatz einer individuellen Lösung Rechnung zu tragen.

Werden diese Äußerungen mit den Regelungen des SGB II gespiegelt, dann ist dieses Vorgehen durchaus im Einklang mit dem neuen Sozialgesetzbuch. Bei der Definition des betroffenen Personenkreises wurde im Gesetzestext der Begriff der Erwerbsfähigkeit als ein Grundpfeiler eingeführt. Wer bei der Ausübung seines Berufs aus gesundheitlichen Gründen beeinträchtigt ist, aber drei Stunden täglich einer Tätigkeit nachgehen kann, der ist prinzipiell „erwerbsfähig“ im Sinne des SGB II. Darüber hinaus muss die individuelle Leistungsfähigkeit nicht von vorn herein geprüft werden. Vielmehr sind alle per Definition „erwerbsfähig“ und können somit mindestens drei Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes arbeiten (§ 8 SGB II).

Dieses Kriterium der „Erwerbsfähigkeit“ spielt mit Blick auf die Rückgänge der Anerkennung von Rehabilitationsbedarfen eine wichtige Rolle. Denn aus den Interviews mit Vermittlern in den SGB-II-Institutionen geht hervor, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen von hilfebedürftigen Arbeitslosen häufig nur geprüft werden, wenn offenkundige gesundheitliche Gründe die Erwerbsfähigkeit einschränken oder aber der Arbeitslose diese Probleme explizit thematisiert. Ist dies nicht der Fall, wird die Prüfung eines Rehabilitationsbedarfes oft nicht angedacht.

■ **Zuweisung von Maßnahmen**

Die unterschiedlichen gesetzlichen Logiken und Prioritäten des SGB II und SGB IX prägen das Handeln der Vermittler und können zu einer unterschiedlichen Zuweisungspraxis von konkreten Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Dies birgt Konfliktpotential zwischen SGB-II-Vermittlern und Reha-Beratern der Agenturen, was sich letztendlich auch negativ auf die Betreuung der Rehabilitanden auswirken kann.

⁹ Vgl. dazu auch den Zwischenbericht Mai 2007 des Untersuchungsfeldes 2 im Rahmen der Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II http://www.bmas.de/coremedia/generator/22392/property=pdf/f361_forschungsbericht.pdf

¹⁰ Dies gilt auch wenn im § 1 Abs. 1 SGB II auf die Überwindung behindertenspezifischer Nachteile verwiesen wird.

SGB IX

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

§ 4 Leistungen zur Teilhabe: (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, 3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

§ 6a Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem Zweiten Buch: Die Bundesagentur für Arbeit ist auch Rehabilitationsträger für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige im Sinne des Zweiten Buches, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Die Zuständigkeit der Arbeitsgemeinschaft oder des zugelassenen kommunalen Trägers für die Leistungen zur beruflichen Teilhabe behinderter Menschen nach § 16 Abs. 1 des Zweiten Buches bleibt unberührt. Die Bundesagentur für Arbeit unterrichtet die zuständige Arbeitsgemeinschaft oder den zugelassenen kommunalen Träger und den Hilfebedürftigen schriftlich über den festgestellten Rehabilitationsbedarf und ihren Eingliederungsvorschlag. Die Arbeitsgemeinschaft oder der zuständige kommunale Träger entscheidet unter Berücksichtigung des Eingliederungsvorschlages innerhalb von drei Wochen über die Leistungen zur beruflichen Teilhabe.

SGB III

§ 19 Behinderte Menschen: (1) Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. (2) Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.

SGB II

§ 1 Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitssuchende: (1) ... Die Leistungen der Grundsicherung sind insbesondere darauf auszurichten, dass... 5. behindertenspezifische Nachteile überwunden werden.

§ 8 Erwerbsfähigkeit: (1) Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

§ 16 Leistungen zur Eingliederung: (1) ... Für Eingliederungsleistungen an erwerbsfähige behinderte Hilfebedürftige nach diesem Buch gelten die §§ 97 bis 99, 100 Nr. 1 bis 3 und 6, § 101 Abs. 1, 2 und 5, die §§ 102, 103 Satz 1 Nr. 3, Satz 2, die §§ 109 und 111 des Dritten Buches entsprechend ...

Mit Blick auf die Praktiken der Maßnahmezuweisung beklagen die interviewten Reha-Berater in den Arbeitsagenturen immer wieder, dass SGB-II-Leistungsbezieher vorrangig in Arbeit oder allgemeine Maßnahmen vermittelt werden, ihre Anerkennung als Rehabilitand als Voraussetzung für die Teilnahme an einer besonderen (Reha-)Maßnahme dagegen seltener angestrebt wird. Die Vermittler in den SGB-II-Institutionen hingegen geben an, die Wahl der Maßnahme einzig an der spezifischen Situation des jeweiligen Betroffenen, also am individuellen Bedarf und den (Wieder-)Eingliederungschancen auszurichten. Außerdem thematisieren einige SGB-II-Vermittler ihrerseits einen teilweise restriktiven Umgang mit Rehabilitationsmaßnahmen bei den Agenturen. Dies betreffe vor allem Personen, die schon Maßnahmen durchlaufen haben und denen aus Sicht der SGB-II-Vermittler von Seiten der Agentur keine weitere Chance gewährt werde.

Die Interviews mit den beteiligten Akteuren in SGB-II- und SGB-III-Institutionen deuten darauf hin, dass im Prozess der Maßnahmezuweisung auch bei Rehabilitationsmaßnahmen Wirtschaftlichkeit und Effizienz eine wesentliche Rolle spielen. Nicht selten sagen die SGB-II-Vermittler in diesem Kontext, dass sie den Eingliederungsvorschlag der Agentur insbesondere in Hinblick auf die individuellen Integrationschancen des Betroffenen im Zielberuf sowie auf die Kosten der Maßnahme beim vorgeschlagenen Bildungsanbieter prüfen. Diese effizienzorientierte Sichtweise findet sich häufiger in Interviews mit Mitarbeitern der zugelassenen kommunalen Träger als bei den Arbeitsgemeinschaften.

■ Know-How der Vermittler als A und O

Ob der Rehabilitationsbedarf behinderter Menschen erkannt und anerkannt wird, nach welchen Kriterien adäquate Maßnahmen ausgewählt werden und ob dabei die Grundsätze des SGB IX beachtet werden, hängt nicht zuletzt von dem rehabilitationsspezifischen Fachwissen der beteiligten Akteure ab. Mehr noch, nur das Fachwissen der Mitarbeiter und die gezielte Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte im Gespräch ermöglichen oftmals erst das Erkennen gesundheitlicher Problemlagen. So üben die SGB-II-Vermittler bei der Zugangssteuerung in die berufliche Rehabilitation eine Schlüsselfunktion aus, denn ohne dieses Wissen ist das komplexe Geflecht von unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verfahrensabläufen nur schwer durchschaubar.

Allerdings war zu Beginn der Arbeit der SGB-II-Institutionen der Wissensstand und -hintergrund

der Vermittler äußerst heterogen. Zum Teil kamen sie aus den Fachabteilungen der Arbeitsagenturen, oftmals waren es aber Quereinsteiger aus den unterschiedlichsten Berufen. Das daraus resultierende oft mangelhafte Fachwissen wurde im Laufe der Zeit teils durch gezielte Schulungen, teils durch stetig wachsende Berufserfahrung aufgebaut. Dennoch halten die Befragten kontinuierliche Weiterbildung und Schulung weiterhin für erforderlich.

Die Personalpolitik innerhalb der SGB-II-Institutionen stellt sich aber in Teilen als hinderlich für die Verstetigung dieses rehabilitationsspezifischen Wissens dar. Gerade in der öffentlichen Verwaltung und im Bereich sozialer Dienstleistungen gelten Befristungen als Normaleinstellungsverhältnis (Hohendanner 2008). Dies trifft auch auf die Beschäftigten in der Betreuung und Vermittlung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu. Die daraus resultierenden hohen Fluktuationsraten und die unsichere Beschäftigungssituation gefährden das aufgebaute rehabilitationsspezifische Fachwissen.

■ Ausblick

„Behinderte Menschen haben ein Recht auf selbstbestimmte und umfassende Teilhabe“ (BMAS 2008: 1). Dieses Recht beinhaltet auch die Teilhabe am Arbeitsleben. Dies ist im SGB IX festgelegt und „entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern“ (§ 4 Abs. 3 SGB IX). Danach sind alle gesellschaftlichen und arbeitsmarktbezogenen Integrationsleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohten Menschen auszurichten.

Mit der Einführung des SGB II ist ein weiteres Sozialgesetz für die Arbeitsmarktintegration dieses Personenkreises zuständig. Zwar sind auch die Leistungen des SGB II darauf auszurichten, dass behindertenspezifische Nachteile überwunden werden

(§ 1 Abs. 1 SGB II). Der Schwerpunkt liegt aber auf Effizienz und beschleunigter Vermittlung.

Widersprüchlichkeiten in der Intention und Ausrichtung der beiden relevanten Gesetzesbücher haben gravierende Folgen für die berufliche Rehabilitation. Eine kurzfristige Effizienzstrategie wie sie hauptsächlich in den SGB-II-Institutionen angewendet wird, kann das Ziel langfristiger Integration in leidensgerechte Tätigkeiten gefährden. Für die Vermittler in den SGB-II-Institutionen scheint es oft schwierig, beiden Gesetzesvorgaben gerecht zu werden. Dazu kommt, dass das Kriterium der dreistündigen Erwerbsfähigkeit den Blick auf gesundheitliche Probleme verstellen und damit adäquate Hilfsangebote verzögern kann.

Mit der SGB-II-Implementation sind zudem neue Schnittstellen sowie geteilte Zuständigkeiten bei der Betreuung von behinderten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen entstanden. Diese verlangen eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den Institutionen und erhebliches Fachwissen der Vermittler. Damit bekommt das Know-how der Vermittler eine Schlüsselfunktion bei der Umsetzung beruflicher Rehabilitation. Zwar wird in den SGB-II-Institutionen der beruflichen Rehabilitation – anders als zu Beginn ihrer Arbeit – inzwischen mehr Bedeutung beigemessen und gezielt zu diesem Thema geschult. Dennoch ist kontinuierliche Weiterbildung unabdingbar.

Auch die personelle Kontinuität hängt eng damit zusammen. Dies gilt vor allem unter dem Gesichtspunkt einer vielfach unsicheren Beschäftigungsperspektive in den SGB-II-Institutionen und angesichts des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes, das die Arbeitsgemeinschaften für verfassungswidrig erklärt hat. Damit ist die Zukunft der einzelnen Institutionen und oft auch der befristet Beschäftigten unsicher. Dies wiederum erhöht die Fluktuation unter

Die Autoren



Angela Rauch ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Erwerbslosigkeit und Teilhabe“ am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
angela.rauch@iab.de



Johanna Dornette ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich „Erwerbslosigkeit und Teilhabe“ am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
johanna.dornette@iab.de



Michael Schubert ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
michael.schubert@medizin.uni-halle.de



Prof. Dr. Johann Behrens ist Direktor des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
johann.behrens@medizin.uni-halle.de

den Mitarbeitern. So ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass bei häufigem Personalwechsel Kompetenzen im Rahmen beruflicher Rehabilitation immer wieder neu aufgebaut werden müssen. Dass dies nicht einfach und schnell vonstatten geht, hat die Aufbauphase der SGB-II-Institutionen gezeigt (Dornette et al. 2008). Kontinuierliche Aus- und Weiterbildung und Berufserfahrung der Vermittler sind unabdingbar für die Anerkennung von Rehabilitationsbedarfen und die darauf aufbauende Vermittlung in adäquate Maßnahmen oder Erwerbstätigkeiten.

Bei der Frage des künftigen Stellenwertes beruflicher Rehabilitation sollte aber nicht nur eine kontinuierliche Qualifikation von Vermittlungskräften, personelle Kontinuität und eine angemessene Balance zwischen den Grundsätzen von SGB II und SGB IX eine Rolle spielen. Denn die Verantwortung dafür, dass bei der Betreuung beruflicher Rehabilitanden sowohl der Gesetzeslogik des SGB II als auch des SGB IX Rechnung getragen wird, kann nicht alleine bei den Reha-Vermittlern liegen. Vielmehr muss die gesamte Arbeitsmarkt- und Sozialgesetzgebung aufeinander abgestimmt sein. Das galt sicher schon vor der Einführung des SGB II – als die Zahl der Rehabilitanden bereits zurück ging – ist aber jetzt noch dringlicher.

Letztendlich muss die Politik eine Entscheidung darüber treffen, nach welchen Prinzipien künftig mit Menschen umgegangen wird, die behindert oder von einer Behinderung bedroht sind und welche Bedeutung den Grundsätzen des SGB IX dabei zukommt. Denn vor dem Hintergrund der kontinuierlichen Zunahme von psychischen Erkrankungen, aber auch mit Blick auf alternde und damit krankheitsanfälliger Erwerbspersonen wird die Integration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Behinderungen künftig noch mehr Anstrengungen erfordern als bisher. Nicht zuletzt würde man damit ein bisher zu wenig beachtetes Arbeitskräftepotenzial besser ausschöpfen und einen Beitrag leisten zur Verringerung des längerfristigen Fachkräftemangels.

Literatur

Berth, H.; Förster, P.; Balck, F.; Brähler, E.; Stöbel-Richter, Y. (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 15, S. 111–116.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2008): Ratgeber für Menschen mit Behinderung http://www.bmas.de/coremedia/generator/10386/ratgeber_fuer_behinderte_menschen.html.

Dornette, J.; Rauch, A.; Schubert, M.; Behrens, J.; Höhne, A.; Zimmermann, M. (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 54, H. 1, S. 79–96.

Elkeles, T. (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 48, H. 6, S. 150–155.

Greiner, B. (2001): Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. S. 141–156 in: Andreas Mielck und Kim Bloomfield (Hg.). Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen. Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim: Juventa.

Hohendanner, C. (2008): Befristet Beschäftigte. Gut positioniert mit Hoffnung auf Anschluss. In: IAB-Forum 1/2008, S. 26–31.

Kieselbach, T.; Beelmann, T. (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleder, A.; Brand, H. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber S. 13–31.

Kruppe, T. (2006): Die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik. Welche Rolle spielt die Weiterbildung (noch)? In: Loebe, H.; Severing, E. (Hrsg.), Weiterbildung auf dem Prüfstand. mehr Innovation und Integration durch neue Wege der Qualifizierung, (Wirtschaft und Weiterbildung, 40), Bielefeld: Bertelsmann, S. 51–58.

Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 468–475.

Robert Koch Institut (2007) (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

Schneider, H.; Brenke, K.; Kaiser, L.; Steinwede, J.; Jesske, B.; Uhlendorff, A. (2006): Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1b: Förderung beruflicher Weiterbildung und Transferleistungen. IZA research report, 07, Bonn, 610 S. http://www.bmas.de/coremedia/generator/1808/property=pdf/evaluation_der_massnahmen_hartz_arbeitspaket_1b.pdf.

Schubert, M. et al. (2007): Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation. In: Dornette, J.; Rauch, A. (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. IAB-Bibliothek Nr. 309.

Welti, F. (2006): Teil 1. Regelungen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. In: Lachwitz, K.; Schellhorn, W.; Welti, F. (Hrsg.): HK.SGB IX. Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Luchterhand, 41–141.