

## Forum D

Entwicklungen und Reformvorschläge  
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2013 –

08.02.2013

### Tagungsbericht „Schnittstelle Rehabilitation und Arbeitswelt“

von Diana, Ramm, M. A. und Dipl. jur. Manuela Willig, M.mel., Universität Kassel

Am 20. September 2012 führte die **Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)** in Kooperation mit dem **Bundesverband ambulanter Rehabilitationszentren** und der **Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)** unter dem Titel „Schnittstelle Rehabilitation und Arbeitswelt“ eine Fortbildung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) und zur Stufenweisen Wiedereingliederung (StW) in Kassel durch.

#### I. Stufenweise Wiedereingliederung

**Prof. Dr. Felix Welti** (Universität Kassel) legte den Schwerpunkt seiner Ausführungen auf Zuständigkeitsfragen. Er erläuterte, dass die Träger der Unfallversicherung und das Versorgungsamt vorrangig zuständig sind, wenn deren Leistungsfall eingetreten ist. Steht die Stufenweise Wiedereingliederung hingegen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung, ist der Rentenversicherungsträger (RV-Träger) auch für die Stufenweise Wiedereingliederung zuständig. Wenn kein anderer Träger der medizinischen Rehabilitation zuständig ist, muss die Krankenkasse während der Stufenweisen

Wiedereingliederung Krankengeld zahlen. Ist dieser Anspruch erschöpft oder besteht ein solcher Anspruch nicht (z. B. bei Privatversicherungen), kommt die Zahlung von Arbeitslosengeld oder im Weiteren die Zahlung von Arbeitslosengeld II in Betracht. Für Nichtversicherte/Privatversicherte könne auch der Sozialhilfeträger zuständig sein.

Besonders umstritten war und ist die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen der Renten- (RV) und Krankenversicherung (KV). Die RV-Träger argumentierten bisher, dass die Stufenweise Wiedereingliederung nur dann im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung im Sinne des § 51 Abs. 5 SGB IX erfolge, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung spätestens vierzehn Tage nach deren Ende beginne. Dem schloss sich das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 20. Oktober 2009 (Az: B 5 R 44/08 R) nicht an. Es verwarf den Gedanken an eine generelle, feststehende Frist, bis zu der von einem unmittelbaren Zusammenhang ausgegangen werden könne. Vielmehr sei die Stufenweise Wiedereingliederung dann eine einheitliche Gesamtmaßnahme mit einer vorhergehenden Rehabilitation, wenn das „rentenversicherungsrechtliche“ Rehabilitationsziel noch nicht er-

reicht sei. Der Referent wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zwischen der Rentenversicherung und der Krankenversicherung mittlerweile eine Vereinbarung geschlossen worden sei. Diese sieht einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen einer Rehabilitationsmaßnahme und einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn die Stufenweise Wiedereingliederung innerhalb einer Frist von vier Wochen nach der Maßnahme begonnen werde. Die vor dem Hintergrund der BSG-Entscheidung aufkommende Frage, ob diese Fristenlösung von der Rechtsprechung des BSG gedeckt sei und ob der Gesetzgeber mit dem Kriterium des „unmittelbaren Zusammenhangs“ ein in der Praxis handhabbares Abgrenzungsinstrument gefunden habe, bezeichnete **Welti** als eine noch offene politische Frage. Zu diesen zählte der Referent auch die Problematik, ob die Integrationsämter auch präventiv tätig werden können und ob das Instrument der Stufenweisen Wiedereingliederung auch zur Neueingliederung genutzt werden könne.

Im Anschluss daran kommentierte **Jürgen Ritter** (DRV Bund) die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Stufenweisen Wiedereingliederung aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund. Er betonte, dass sich die Rentenversicherungsträger ihrer Aufgaben und Verantwortung als Rehabilitationsträger bewusst seien. **Ritter** erläuterte, dass für die Stufenweise Wiedereingliederung ursprünglich allein die Krankenkassen zuständig gewesen seien. Erst durch § 28 SGB IX sei ab dem 1. Juli 2001 die Zuständigkeit auf alle Leistungsträger ausgedehnt worden. Zur Abgrenzung der Zuständigkeiten habe der Gesetzgeber in § 51 Abs. 5 SGB IX ab dem 1. Mai 2004 geregelt, dass Übergangsgeld bis zum Ende der Stufenweisen Wiedereingliederung weiter zu zahlen ist, wenn eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an Leistungen des RV-Trägers zur medizini-

schen Rehabilitation erforderlich ist. Klare Kriterien zur Feststellung eines solchen unmittelbaren Zusammenhangs habe aber weder der Gesetzgeber noch das BSG aufgestellt. Um weitere gerichtliche Verfahren zu verhindern, habe man mit der Krankenversicherung die „Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung“ geschlossen. Die Vereinbarung ist am 1. September 2011 in Kraft getreten und wird bei allen Versicherten angewandt, die arbeitsunfähig entlassen werden und in einem Beschäftigungsverhältnis stehen beziehungsweise eine selbständige Tätigkeit ausüben. Nach diesem Verfahren erfolgt die Einleitung einer Stufenweisen Wiedereingliederung wie bisher durch die Rehabilitationseinrichtung und falle dann in die Zuständigkeit des RV-Trägers, wenn sie innerhalb von vier Wochen nach der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung aufgenommen wird. Im Entlassungsbericht seien daher Ausführungen zur Erforderlichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung zu dokumentieren und eine Checkliste (G833) zu erstellen. Diese sei dem Rentenversicherungs- und Krankenversicherungsträger per Fax spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung zu übersenden. Bei Änderung der individuellen Verhältnisse bestehe auch nach Ausstellung der Checkliste für die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen die Möglichkeit eine Stufenweise Wiedereingliederung anzuregen. **Ritter** kam zu dem Ergebnis, dass hier ein praktikables Verfahren geschaffen worden sei. Da es sich bei der Stufenweisen Wiedereingliederung gleichwohl um eine teure Rehabilitationsleistung handele, müsse der Arzt die Indikation sehr sorgfältig prüfen. Daher müsse mit Blick auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Effektivität<sup>1</sup> die Stufenweise Wiedereinglie-

<sup>1</sup> Bürger, Wolfgang; Streibelt, M. (2011): Wer profitiert von Stufenweiser Wiedereingliederung in

derung für einige Rehabilitandengruppen (z. B. Patienten nach kardiologischer und orthopädischer Reha) kritisch hinterfragt werden.

## II. Betriebliches Eingliederungsmanagement

Im zweiten Themenblock erläuterte zunächst **Dr. Anette Mroß** (Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz) anhand von ausgesuchten Beispielen die Rahmenbedingungen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) aus Sicht eines Arbeitgebers beziehungsweise Personalreferenten. Zu den Voraussetzungen des BEM führte sie aus, dass bei einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen durchgängig oder in mehreren Abschnitten innerhalb der letzten zwölf Monate auf Initiative des Arbeitgebers ein BEM einzuleiten ist. Diese gesetzliche Verpflichtung besteht unabhängig von einer Schwerbehinderteneigenschaft des Arbeitnehmers, dem Vorhandensein eines Betriebsrates und der Betriebsgröße. **Mroß** regt die Einleitung eines BEM durch ein standardisiertes Anschreiben an, in dem über die Ziele des BEM und Art und Umfang der dafür erhobenen Daten informiert wird. Für die Einleitung eines BEM ist die Zustimmung des Arbeitnehmers zwingende Voraussetzung. **Mroß** empfiehlt Arbeitgebern bei entsprechender Voraussetzung immer ein BEM anzubieten, gerade auch in Hinblick auf einen möglichen Kündigungsschutzprozess. Zur Durchführung eines BEM, so führte **Mroß** aus, sind keine konkreten Maßnahmen vorgeschrieben. Es handelt sich vielmehr um einen „verlaufs- und ergebnisoffenen Suchprozess“. An diesem BEM-Prozess können laut Gesetzestext weitere Personen beispielsweise in Form von Betriebsrat,

Schwerbehindertenvertretung, Werksarzt beteiligt werden, wobei die Zustimmung einer solchen Beteiligung jederzeit durch den Arbeitnehmer widerrufen werden kann. Beim Arbeitgeber liegt es dann zu klären, ob betriebliche Ursachen die Arbeitsunfähigkeit begründen. Der Arbeitnehmer ist in einem laufenden BEM-Prozess angehalten, ebenfalls Vorschläge und Alternativen einzubringen. Die erarbeiteten Vorschläge sind dann durch den Arbeitgeber umzusetzen, es sei denn, diese sind offenkundig ergebnislos oder undurchführbar – hierzu liegt die Beweislast beim Arbeitgeber. Resultate eines durchgeführten BEM können beispielsweise Veränderungen in der Arbeitsorganisation, der Arbeitszeit oder die Einholung eines arbeitsmedizinischen Gutachtens sein. Anschließend ging **Mroß** auf die Rechtsfolgen eines unterlassenen BEM ein. Hierzu sagte sie, dass ein BEM keine Voraussetzung für eine Kündigung aber dabei der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu berücksichtigen sei und beim Arbeitgeber die Beweislast liegt, dass alle möglichen Alternativen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes berücksichtigt wurden – eine Ausnahme bildet die fehlende Zustimmung des Arbeitnehmers zum BEM nach ordnungsgemäßer Belehrung. Zusammenfassend sagte **Mroß**, dass Arbeitgeber im Vorfeld aktiv Kündigungen vermeiden sollten, ein BEM einen erheblichen Einfluss auf die soziale Rechtfertigung einer Kündigung habe und ein faktischer Zwang zur Durchführung eines BEM für den Arbeitgeber bestehe.

---

Trägerschaften der gesetzlichen Rentenversicherung? In: Die Rehabilitation, Jg. 50, H. 3, S. 178–185.

**Michael Bremmer** (Geschäftsführer bbs e. V.) stellte sodann den Bundesverband betrieblicher Sozialarbeit e. V. (bbs) vor und erläuterte die Arbeitsfelder der betrieblichen Sozialberatung, bevor er sich der Thematik „Rahmenbedingungen des BEM aus betriebssozialarbeiterischer Sicht“ widmete. Der bbs sei das Sprachrohr der betrieblichen Sozialberatung in Deutschland. Als Hauptaufgaben des bbs nannte der Referent die Durchführung von Fortbildungen und Jahrestagungen, deren Dokumentation sowie die Erstellung von Positionspapieren, zum Beispiel zum Thema „Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Obwohl die betriebliche Sozialberatung eine freiwillige Leistung des Unternehmens und wichtiger Bestandteil betrieblicher Personalarbeit und -politik sei, verstehe sie sich als Dolmetscher, Vermittler und Koordinator im Betrieb und wahre Neutralität. Sie begleite betroffene Beschäftigte, werde jedoch seit einigen Jahren auch verstärkt zur Beratung von Führungskräften nachgefragt. Hier sei es ihre Aufgabe, Vorgesetzte und Kollegen für einen adäquaten Umgang mit krankheitsbedingtem Fehlverhalten zu sensibilisieren und so mehr Sicherheit im Umgang mit auffälligen Mitarbeitern zu schaffen. Der betriebliche Sozialberater therapie nicht, helfe jedoch mit seiner Kenntnis lokaler und regionaler Hilfestrukturen kooperative Lösungen für den betroffenen Mitarbeiter, dessen Vorgesetzte und Kollegen zu entwickeln. Zu den wichtigsten Beratungsthemen in der Praxis gehöre dabei die Wiedereingliederung eines Mitarbeiters nach einer Rehabilitationsmaßnahme. Gerade im Rahmen eines BEM könne die betriebliche Sozialberatung eine Koordinierungsfunktion wahrnehmen. Ist die betriebliche Sozialberatung in ein BEM eingebunden, kann sie als Schaltstelle fungieren und das Unternehmen so bei der Organisation des BEM unterstützen.

Hiernach gab **Petra Friedrich** (Landeswohlfahrtsverband Hessen – Dezernat Leistungen SGB und KOF<sup>2</sup>, Integrationsamt) einen Überblick über die Unterstützungsmöglichkeiten des Integrationsamtes bei der Einführung und der Durchführung eines BEM im Betrieb. **Friedrich** zeigte die Unterschiede des § 84 **Abs. 1** SGB IX zu § 84 **Abs. 2** SGB IX auf. Während § 84 Abs. 2 SGB IX für alle Beschäftigten eines Betriebes gilt, soll mit § 84 Abs. 1 SGB IX insbesondere das Arbeitsverhältnis schwerbehinderter Arbeitnehmer bei personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten auch unter Einbeziehung des Integrationsamtes und anderer im Gesetz Benannter präventiv gesichert werden. Im Weiteren stellte **Friedrich** die Leistungen des Integrationsamtes an Arbeitgeber in Form von Zuschüssen bei der Einrichtung und behinderungsgerechten Ausstattung (neuer) Arbeits- und Ausbildungsplätze sowie Hilfen bei außergewöhnlichen Belastungen vor. Analog dazu referierte sie ebenfalls über Leistungen an schwerbehinderte Arbeitnehmer. Entsprechend des Einzelfalls haben Arbeitnehmer beispielsweise Anspruch auf technische Arbeitshilfen, Maßnahmen zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten (z. B. Job-Coaching), Arbeitsassistenz oder Beratung und Begleitung durch den Integrationsfachdienst. Als weitere Hilfsmöglichkeiten benannte **Friedrich** Unterstützungsleistungen bei Problemen im Arbeitsleben, bei der Arbeitsplatzgestaltung durch den Technischen Beratungsdienst, Beratungen für gehörlose und hörbehinderte Menschen sowie Schulungsangebote für das betriebliche Integrationsteam. Abschließend rief Friedrich dazu auf, im Betrieb präventiv beispielsweise durch ein Gesundheitsmanagement, durch die Beachtung der Arbeitsschutzbestimmungen sowie der Durchführung eines BEM im Einzelfall tätig zu werden und die genannten Unterstützungsleistungen

---

<sup>2</sup> KOF steht für Kriegsopferfürsorge.

des Integrationsamtes in Anspruch zu nehmen.

Im Anschluss berichtete **Andrea Wittlinger** (DRV Baden-Württemberg) von der Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen. Sie legte einen Schwerpunkt auf die Wahrnehmung der Aufgaben der Servicestelle im Rahmen eines BEM. Aufgabe einer Gemeinsamen Servicestelle sei es gemäß § 22 SGB IX, eine umfangreiche und trägerübergreifende Auskunft, Beratung und Unterstützung für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, deren Vertrauenspersonen, Angehörige und Arbeitgeber sowie für deren Hausärzte anzubieten, um ein zusätzliches Beratungsangebot zu den Beratungen der einzelnen Rehabilitationsträger zu schaffen. Man wirke auf die unverzügliche Beantragung der erforderlichen Leistungen oder Hilfen hin und kläre Zuständigkeitsfragen. Im Rahmen eines BEM werde man meist dann eingeschaltet, wenn die Beteiligten im Betrieb zu keiner Einigung gekommen sind. Die Gemeinsame Servicestelle könne dann zum Beispiel als Prozessbegleiter auftreten, die Beteiligten zu einem gemeinsamen Gespräch einladen, dieses moderieren und durch die Fixierung der Verhandlungsergebnisse und Ziele Verbindlichkeiten schaffen. Auch dann bleibe man jedoch lediglich „Lotse“ und werde nicht „Entscheider“. **Wittlinger** wies darauf hin, dass vor dem Hintergrund des demographischen Wandels die Durchführung eines BEM auch für kleine und mittelständische Unternehmen zu einer Selbstverständlichkeit werden müsse. In diesem Zusammenhang stellte sie die Projekte BETSI<sup>3</sup> und GeniAL<sup>4</sup> vor. Abschließend rief

sie dazu auf, die Arbeit der Gemeinsamen Servicestellen dadurch zu unterstützen, dass man deren Beratungsangebote auch tatsächlich wahrnehme beziehungsweise für diese Wahrnehmung werbe. Sie räumte jedoch ein, dass es in einigen Bundesländern noch Optimierungsbedarf bei der Organisation der Aufgabenwahrnehmung gebe.

### III. Die soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation

Im letzten Referat der Fortbildung sprach **Eleonore Anton** (St. Franziska Stift, Bad Kreuznach, DVSG-Fachbereich Rehabilitation und Teilhabe, DVSG-Bundesvorstand) über die Rolle der sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Sie verdeutlichte auf Grundlage verschiedener Studien, dass rund 30 Prozent aller Personen in einer stationären medizinischen Rehabilitation neben einer gesundheitlichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit auch eine besondere berufliche Problemlage haben. Der Begriff der besonderen beruflichen Problemlage wird weder einheitlich benutzt, noch ist dieser fest definiert. Hierunter können zum Beispiel lange Fehlzeiten, fehlende Schul- und/ oder Berufsausbildung, Konflikte am Arbeitsplatz oder berufliche Überforderung beziehungsweise fehlendes berufliches Zutrauen verstanden werden. Als Aufgaben der sozialen Arbeit versteht **Anton** die Beratung Betroffener unter besonderer Berücksichtigung der Lebenswelt sowohl vor der Erkrankung, bei auftretenden Lebensweltveränderungen

<sup>3</sup> Bei BETSI handelt es sich um ein Präventionsangebot für Betriebe, das im Rahmen eines Modellprojekts erprobt wird. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf [http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2\\_Themen/02\\_Reha/01\\_Modellprojekte/Betsi\\_node.html](http://www.deutscherentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Navigation/2_Themen/02_Reha/01_Modellprojekte/Betsi_node.html).

<sup>4</sup> GeniAL steht für „Generationenmanagement im Arbeitsleben“, ein Modellprojekt, in dessen Rahmen kleine und mittlere Unternehmen und deren Belegschaften kostenlose Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen des demographischen Wandels erhalten. Nähere Informationen erhalten Sie auf [http://www.genialdrv.de/sid\\_843AE9B7559B24F7D2F44B0BA0FBBD61.cae03/DE/02\\_generationenmanagement/genial\\_generationenmanagement\\_im\\_arbeitsleben\\_node.html](http://www.genialdrv.de/sid_843AE9B7559B24F7D2F44B0BA0FBBD61.cae03/DE/02_generationenmanagement/genial_generationenmanagement_im_arbeitsleben_node.html).

durch die Erkrankung als auch mit der Erkrankung. Sozialarbeiterisches Handeln in der medizinischen Rehabilitation beinhaltet nach **Anton** die Motivierung, Begleitung und Anleitung, die Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien und Lösungsansätzen, die Förderung der Transparenz und Compliance sowie eine Stärkung der Selbstbestimmung. Die Referentin berief sich weiter auf ein „vierfaches Mandat“ (Röh, 2006) der Sozialen Arbeit, indem Bedürfnisse der Bürger/Klienten, Interessen der Gesellschaft und der Institution (Loyalitätspflicht) und der Auftrag aus der Profession berücksichtigt werden müssen. Insbesondere wies **Anton** auch auf den Wunsch der Klienten auf nachstationären Beratungsbedarf mit dem Schwerpunkt rechtlicher und finanzieller Fragestellungen hin. Gerade im Hinblick auf eine Stufenweise Wiedereingliederung beschrieb die Referentin die Ziele einer Fallbegleitung, wobei ein Sozialarbeiter die Rolle eines beauftragten Ansprechpartners zur Koordinierung und Vermittlung zwischen allen Prozessbeteiligten einnimmt. Im Fazit zitierte **Anton** aus dem Grundsatzpapier der DSVG: „Soziale Arbeit leistet unter betriebs- und auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten einen wesentlichen Beitrag im sozialen Sicherungssystem und trägt zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages (der Rehabilitation) bei.“

#### IV. Fazit

In den Diskussionen zeigte sich, dass die Instrumente Stufenweise Wiedereingliederung und Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Praxis die Beteiligten, das heißt die Rehabilitanden, aber auch die Mitarbeiter bei den Rehabilitationsträgern, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialen Diensten sowie die Arbeitgeber und die Interessenvertretungen in den Betrieben, vor große Herausforderungen stellen. Großer Informationsbedarf scheint dabei nach wie vor im Hinblick auf

die Frage zu bestehen, wie ein BEM auch in kleinen und mittleren Betrieben durchgeführt werden kann. Aber auch darüber, welche Auswirkungen die „Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung“ auf die Bewilligungspraxis der Renten- und Krankenversicherungsträger hat, wird noch weiter zu berichten sein. So besteht die Befürchtung, dass es durch das neue Verfahren (insbesondere durch die Verpflichtung zur Erstellung der Checkliste G833) nur zu einer Zunahme der Bürokratie kommen werde, ohne dass neue Zuständigkeitsstreitigkeiten verhindert werden. Es ist daher zu begrüßen, dass die Kranken- und Rentenversicherungsträger die geschlossene Vereinbarung evaluieren wollen.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---