

– Fachbeitrag D23-2018 –

22.06.2018

**Bericht von der DGAUM-Jahrestagung 2018
DVfR-Symposium: „Arbeitsmedizin und Rehabilitation –
Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“¹
Teil III: Internationale Entwicklungen**

Von Michael Beyerlein (LL.M.), René Dittmann (LL.M.), beide Universität Kassel, Dipl. jur. Angelice Falk, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Dr. Tonia Rambauser-Haß und Dr. Mario Schreiner, beide Humboldt Universität zu Berlin

I. Internationale Entwicklungen des Disability Managements²

Markus Taddicken (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Bochum für Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) referierte über internationale Entwicklungen des Disability Managements.³ Dabei stellte er zunächst den demografischen Wandel als profitable Chance dar, mit dem wirtschaftlichen Ziel, Menschen lange im Erwerbsleben zu halten. Der Sozialversicherung komme dabei eine aktivierende Funktion zu, bei der die Reha-Träger nicht nur leistungsfinanzierend, sondern vor allem teilhabeorientiert beratend aktiv sein müssten. Ausgehend von dem weltweiten Trend der arbeitsplatzbezogenen Reha habe sich in diesem Zusammenhang das Tätigkeitsfeld von Disability Managern ergeben. Ihre Rolle beschrieb er als effektive Möglichkeit, um die Arbeitsfähigkeit und Erwerbstätigkeit vor allem von Menschen mit komplexen Krankheitsverläufen zu erhalten oder wiederherzustellen. Disability Manager agieren als zentrale Lotsen, um berufliche, medizinische und soziale Reha anhand des individuellen Bedarfs zu fokussieren und die erforderlichen Leistungen und Akteure am konkreten Arbeitsplatz zusammenzubringen. Als wesentliche Erfolgsfaktoren nannte der Referent neben dem ganzheitlichen Ansatz, der engen Kooperation aller Beteiligten

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D23-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Beyerlein/Dittmann/Falk/Rambauser-Haß/Schreiner: Bericht von der DGAUM-Jahrestagung 2018 – DVfR-Symposium: „Arbeitsmedizin und Rehabilitation – Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“ Teil III: Internationale Entwicklungen; Beitrag D23-2018 unter www.reha-recht.de; 22.06.2018. Siehe auch Teil I und II des Berichts unter www.reha-recht.de.

² Eine ausführliche Präsentation zu diesem Vortrag ist veröffentlicht unter <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/>, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

³ Abstract des Vortrages auch im Band der 58. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGAUM veröffentlicht, https://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Jahrestagungen/2018/DGAUM_2018_final_23.02.2018.pdf, S. 47, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

und einem zielgerichteten Case Management auch die soziale Sicherheit, die Partizipation der Einzelnen und frühzeitiges intervenieren sowie die Qualifizierung der Expertinnen und Experten. Bei der Qualifikation ergebe sich im internationalen Vergleich aber noch Handlungsbedarf. Es seien zwar weltweite Standards festgelegt⁴, die Zulassungsvoraussetzungen aber unterschiedlich geregelt. Aufgrund des Erfolgspotentials für die Wiedereingliederung solle das Bildungsprogramm in Deutschland weiterentwickelt werden. Es sei vor allem wünschenswert, das Disability Management stärker in die akademische Ausbildung einzubeziehen.

Aus dem Teilnehmerkreis wurde die Frage aufgeworfen, wie die Disability Manager finanziert werden. Taddicken nannte die Berufsgenossenschaften beim Fallmanagement nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten als Kostenträger. In allen anderen Fällen werde nur kostenfreie Organisationsberatung angeboten. § 167 Abs. 2 SGB IX regelt die Einbeziehung der Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern. Dabei sollten sich behandelnde Ärztinnen und Ärzte und Betriebsärztinnen und Betriebsärzte eng miteinander abstimmen.

II. Die Rolle der Arbeitsmedizin im finnischen Arbeits- und Gesundheitssystem⁵

Anschließend veranschaulichte **Beatrix Redemann** (Terveystalo, Finnland) mit ihrem Vortrag den Teilnehmenden die Rolle der Arbeitsmedizin im finnischen Gesundheitssystem bei beruflicher Wiedereingliederung. Dabei hob sie hervor, dass die Arbeitsmedizin in Finnland in multiprofessionellen Organisationen tätig seien, die die Bevölkerung auch allgemeinmedizinisch, mit besonderem Augenmerk auf Früherkennung und frühestmöglicher Intervention bei ersten Erkrankungsanzeichen, versorgen.⁶ Diese Ausgestaltung sei weltweit einzigartig und werde in Finnland von Beschäftigten und Arbeitgebern sehr geschätzt. Den Erfolg des Konzepts der Wiedereingliederungen führte Redemann wesentlich auf finnische Gesetzesänderungen zum 1. Januar 2011 und 1. Juni 2012 zurück, mit denen eine verpflichtende 30/60/90-Tage-Fristenregelung bei der Früherkennung und Wiedereingliederung für Arbeitgeber und Arbeitsmediziner eingeführt wurde. Der Arbeitgeber wurde dadurch stärker in die Früherkennung und den Wiedereingliederungsprozess eingebunden. Er ist verpflichtet, sich kontinuierlich über das Befinden seiner Belegschaft zu informieren, bei Anzeichen einer Erkrankung frühzeitig zu intervenieren, an den arbeitsmedizinischen Dienst heranzutreten und mit ihm entsprechende verbindliche Vereinbarungen zu treffen. Der arbeitsmedizinische Dienst muss spätestens nach 90 Tagen eine Prognose über die Wiedereingliederung des Ar-

⁴ Abrufbar unter www.disability-manager.de, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

⁵ Einzelheiten zu diesem Vortrag können auch der Präsentation unter <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/> entnommen werden.

⁶ Vgl. dazu auch Mittag/Welti: Vergleich der sozialen Sicherung und beruflichen Wiedereingliederung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande und Finnland); Beitrag D2-2017 unter www.reha-recht.de; 25.01.2017.

beitnehmers gestellt und an den Arbeitgeber übermittelt haben, sodass der Prozess der frühen Unterstützung gewährleistet werden kann.

In der anschließenden Diskussion wurde erwogen, wieweit dieses System auf Deutschland übertragbar ist. Zu beachten ist dabei die unterschiedliche Ausgestaltung des Datenschutz- und Kündigungsrechts in beiden Ländern. Anders als in Deutschland ist eine krankheitsbedingte Kündigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Finnland nur als strenge Ausnahme zulässig, was Arbeitsmedizinern ermöglicht, Diagnosen auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszuweisen und dem Arbeitgeber so für gezielte Präventionsmaßnahmen zugänglich zu machen. Aus dem Teilnehmerkreis wurde stark kritisiert, dass deutsche Arbeitgeber häufig nicht hinreichend präventiv auf einzelne Beschäftigte eingehen könnten, da ihnen Gründe und Ursachen der Arbeitsunfähigkeit nicht bekannt seien. Um dies zu ändern, wäre eine umfangreiche Reform des deutschen Datenschutz- und Kündigungsrechts erforderlich. Zusammenfassend wurden als wesentliche Aspekte erfolgreicher Wiedereingliederung im internationalen Vergleich 1.) definierte Fristen für alle Akteure, 2.) Anreize für Arbeitgeber (z.B. längere Lohnfortzahlungspflicht)⁷ und 3.) eine stärkere Rolle der Arbeitsmedizin herausgearbeitet.

III. Die UN-Behindertenrechtskonvention und die Entwicklung neuer präventiver Instrumente im Bundesteilhabegesetz am Beispiel des Budgets für Arbeit⁸

Katja Nebe (Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg) widmete sich als dritte Referentin des Themenblocks der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und den Entwicklungen neuer präventiver Instrumente des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) am Beispiel des Budgets für Arbeit.⁹ Sie skizzierte anhand der Art. 26 und 27 der UN-BRK sowie der Gleichbehandlungsrichtlinie RL 2000/78/EG zunächst den völker- und EU-rechtlichen Rahmen eines inklusiven und rehabilitativen Arbeitsmarktes und veranschaulichte anhand nationaler Rechtsprechung¹⁰ deren visionäre Gangbarkeit und das Prinzip angemessener Vorkehrungen¹¹. Schließlich wurden mit dem BTHG Inklusion

⁷ Dazu auch Dittmann: Bericht zur 5. Internationalen Konferenz Arbeit, Beschäftigung und Eingliederungsmanagement/Work, Employment and Disability Management „Kooperation und Koordination“, Tagungsbericht, in Kürze veröffentlicht auf www.reha-recht.de.

⁸ Der Vortrag ist auf <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/> auch mit einer Präsentation der Referentin dokumentiert.

⁹ Abstract des Vortrages im Band der 58. Wissenschaftlichen Jahrestagung der DGAUM veröffentlicht, https://www.dgaum.de/fileadmin/PDF/Jahrestagungen/2018/DGAUM_2018_final_23.02.2018.pdf, S. 48.

¹⁰ Vgl. BAG, Urteil vom 19.12.2013 – 6 AZR 190/12 –, BAGE 147, S. 60–88.

¹¹ Wesentlich verankert in Art. 5 der RL 200/78/EG und Art. 27 Abs. 1 Buchstabe i UN-BRK. S. dazu: Aichele: Barrieren im Einzelfall überwinden: Angemessene Vorkehrungen gesetzlich verankern; Forum D, Beitrag D6-2012 unter www.reha-recht.de; 23.03.2012; Welti: Das Diskriminierungsverbot und die „angemessenen Vorkehrungen“ in der BRK – Stellenwert für die staatliche Verpflichtung zur Umsetzung der in der BRK geregelten Rechte; Forum D, Beitrag D9-2012 unter www.reha-recht.de; 31.05.2012.

und die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland gesetzlich verankert und das SGB IX umfassend reformiert.¹² Im Folgenden ging die Referentin näher auf die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (seit 01.01.2018 §§ 49 ff. SGB IX; zuvor §§ 33 ff. SGB IX a.F.) ein. Nach der Reform durch das BTHG bestehen die gesetzlichen Leistungsansprüche grundsätzlich unverändert fort, unterliegen aber einem Transformationsprozess von institutionszentrierter Versorgung hin zu personenzentrierter Leistungserbringung mit dem Ziel, so wenig Sonderarbeitswelten wie möglich zu erhalten. Das BTHG soll eine inklusive Arbeitswelt mit verbesserten Anreizen für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt schaffen.¹³ Seit 01.01.2018 findet sich das Budget für Arbeit (BfA) als neue gesetzliche Leistung in § 61 SGB IX verankert, das zuvor bereits modellhaft in einzelnen Bundesländern erfolgreich umgesetzt wurde.¹⁴ Die Referentin kritisierte jedoch, dass die gesetzliche Ausgestaltung hinter den Anforderungen der UN-BRK und den bisherigen Modellprojekten zurück bleibe.¹⁵ Problematisch sei vor allem, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) in § 63 Abs. 2 SGB IX nicht als Leistungsträger genannt wird, wodurch zu befürchten sei, dass sie sich ganz aus der Verantwortung zurückziehe, obwohl ihre Zuständigkeit jedenfalls für begleitende Leistungen weiterhin bestehen bleibt. Insgesamt seien die Leistungsvoraussetzungen des Budgets im Gesetz teilweise missverständlich formuliert, was bei der Umsetzung hinderlich wirke. So werde beispielsweise in der Praxis häufig bestehende Erwerbsminderung vorausgesetzt, die das Gesetz tatsächlich aber nicht verlangt.¹⁶

In der anschließenden Diskussion wurde u.a. gefragt, ob das Budget für Arbeit auch für die berufliche Bildung relevant sei. Die Referentin kritisierte, dass das BfA nach § 61

¹² Nähere Informationen zum stufenweisen Inkrafttreten können abgerufen werden unter: <http://www.bmas.de/DE/Presse/Meldungen/2016/bthg-verabschiedet.html;jsessionid=9DE93C79A6CBBDD9528C5C31640ACBEC0> sowie auf der Themenseite zum Bundesteilhabegesetz unter <http://www.reha-recht.de/themen/bundesteilhabegesetz/>.

¹³ Bundestags-Drucksache 18/9522, S. 193.

¹⁴ Bisher wurde das Budget für Arbeit modellhaft in einzelnen Bundesländern erprobt, vgl. dazu Nebe/Waldenburger: Budget für Arbeit, Forschungsbericht im Auftrag des Integrationsamtes des Landschaftsverbandes Rheinland, 2014, online abrufbar unter http://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/menschenmitbehinderung/arbeitundausbildung/dokumente_229/15_0456_Forschungsbericht_barrierefrei.pdf sowie Nebe/Waldenburger: Überlegungen zu einem Budget für Arbeit (BfA); Forum D, Beitrag D26-2014 unter www.reha-recht.de; 12.12.2014.

¹⁵ Dazu auch Nebe/Schimank: Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz; Teil 1: Darstellung der Entwicklung und kritische Betrachtung bis zur Befassung im Bundesrat; Beitrag D47-2016 unter www.reha-recht.de; 16.11.2016 und Schimank: Das Budget für Arbeit im Bundesteilhabegesetz – Teil 2: Öffentliche Anhörung und abschließende Beratung im Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie 2. und 3. Lesung im Bundestag; Beitrag D60-2016 unter www.reha-recht.de; 09.12.2016; Schartmann: Alternativen zur Werkstatt für behinderte Menschen im Lichte des Bundesteilhabegesetzes – was kommt auf die Träger der Eingliederungshilfe zu?; Beitrag D56-2016 unter www.reha-recht.de; 29.11.2016.

¹⁶ Einen Überblick zum Budget für Arbeit, die dafür in Betracht kommenden Rehabilitationsträger und die Leistungsvoraussetzungen liefert Schaumberg: Das Budget für Arbeit – Erste Überlegungen zur Anwendung in der Praxis; Beitrag A8-2018 unter www.reha-recht.de; 11.04.2018

SGB IX, anders als im Gesetzgebungsverfahren zunächst diskutiert und modellhaft in einigen Ländern praktiziert, auf Bundesebene derzeit (noch) nicht für die Ausbildung gewährt werden kann. Der klassische Weg führe demzufolge zunächst weiter „von der Förderschule in die Werkstatt“. Im aktuellen Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sei aber für die aktuelle Legislaturperiode die Einrichtung eines Budgets für Ausbildung geplant.¹⁷ Diskutiert wurde weiter, ob das „Rentenprivileg“ für Werkstattbeschäftigte¹⁸ das Budget für Arbeit unattraktiv macht. Hier habe die Empirie gezeigt, dass diese Regelung für die Menschen mit Behinderungen meist nicht der Grund für den Verbleib in der Werkstatt ist. Vielmehr wünschten sich viele Eltern eine soziale Absicherung für ihre Kinder. Wer sich für das Budget entscheidet, hat jedoch ein unbefristetes Rückkehrrecht in die Werkstatt und die bisherigen Rentenanwartschaften aus der Werkstatt bleiben erhalten.¹⁹

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

¹⁷ Die Koalition will zumindest die Möglichkeit einer Einführung des Budgets für Ausbildung prüfen. (Vgl. CDU/CSU/SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa - Eine neue Dynamik für Deutschland - Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode, S. 94 online verfügbar unter <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/StatischeSeiten/Breg/koalitionsvertrag-inhaltsverzeichnis.html>, zuletzt abgerufen am 16.04.2018).

¹⁸ Werkstattbeschäftigte sind nach § 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI rentenversicherungspflichtig. Ihre Beiträge werden vom Träger der WfbM getragen, § 168 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI. Der Bund erstattet ihnen diese Beiträge, § 179 SGB VI, auf der Basis von 80% der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV, also des Durchschnittsentgelts der gesetzlichen Rentenversicherung. Damit werden höhere Rentenanwartschaften erworben, als wenn die Beiträge auf der tatsächlichen Entgelthöhe basierten. Zudem kann nach 20 Jahren Beschäftigung in der WfbM eine Erwerbsminderungsrente in Anspruch genommen werden, § 43 Abs. 6 SGB VI.

¹⁹ Dazu auch Nebe unter <http://fma.reha-recht.de/index.php/Thread/531-R%C3%BCckkehrrecht-in-die-WfbM/>.