

# Zukünftige Herausforderungen für die berufliche Wiedereingliederung aus Sicht der Rentenversicherung

Thomas P. Stähler

Mit der Zunahme der Anforderungen der Arbeitswelt steigen zugleich auch die Herausforderungen an die berufliche Wiedereingliederung und die Rehabilitation insgesamt. Überhaupt zwingt der immer größer werdende Anteil von Versicherten in der medizinischen Rehabilitation mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten die medizinische Rehabilitation mehr als bisher, Arbeit und die daraus resultierende Belastung als Therapeutikum einzusetzen. Immer mehr Menschen sind in ihrem Selbstwertgefühl durch langandauernde Arbeitsunfähigkeit resp. Arbeitslosigkeit beeinträchtigt. Immer mehr Menschen haben Probleme bei der Bewältigung von regulären Arbeitszeiten.

Auf der anderen Seite gefährden Arbeitslosigkeit und die unmittelbar mit ihr zusammenhängenden psychischen Prozesse bei abhängigkeitskranken Menschen in hohem Maße die Abstinenz und damit den Rehabilitationserfolg. Die Rückfallgefährdung ist mehr als doppelt so hoch wie bei beschäftigten Abhängigkeitskranken. Wenn man bedenkt, dass 40-50% der Alkohol- und Medikamentenabhängigen, die eine stationäre Rehabilitation anstreben, und ein noch höherer Prozentsatz von Drogenabhängigen ohne Beschäftigung ist, zeigt sich die Bedeutung beruflicher Rehabilitation bzw. – nach neuerer Terminologie – von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Wie mit der soeben bezeichneten grundlegenden Problemstellung von Leistungsträger-, Leistungserbringer- und Betroffenenenseite umzugehen ist, erschließt sich nunmehr vor allem aus den Regelungen des – am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen – Sozialgesetzbuches, 9. Buch (SGB IX): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Die – für die Rentenversicherung entscheidende – Erwerbsfähigkeit ist jedenfalls eng mit der Erwerbstätigkeit verknüpft ist. Dem trägt die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) schon während der medizinischen Rehabilitation Rechnung, indem sie bereits in der Suchtfachklinik die berufliche Reintegration unter Einsatz und Anwendung spezifischer Behandlungsbausteine, wie vor allem Arbeitstherapie, Arbeitserprobung in externen Praktika und Bewerbungstraining, fördert. Stellenwert und Bedeutung dieser Maßnahmen, nicht zuletzt auch innerhalb der Gesamtbehandlung von Abhängigkeitskranken, hat infolge der kontinuierlich hohen Arbeitslosigkeit (vor allem in den „neuen“ Bundesländern) in den letzten Jahren mehr und mehr zugenommen. Letztlich ist die berufliche Wiedereingliederung in jedem Stadium der Rehabilitation das Ziel, an dem die Gesamtleistung zu orientieren ist. Da aber Arbeitslosigkeit den Erfolg von Rehabilitationsleistungen sehr reduzieren

kann, unterstützt die Rentenversicherung jedenfalls alle Bemühungen, die dazu geeignet sind, konkrete Schritte zur Erlangung eines Arbeitsplatzes zu unternehmen.

Bei Betrachtung der Rechtslage ist – der Vollständigkeit halber – noch auf das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20.12.2000 (BGBl. I Nr. 57) hinzuweisen.

Im Recht der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gelten ab 1.1.2001 folgende auch für abhängigkeitskranke Menschen bedeutsame Regelungen:

- Die volle Erwerbsminderungsrente wird (nur) Versicherten mit einem Restleistungsvermögen bis zu 3 Stunden täglich gewährt.
- Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, deren Restleistungsvermögen zwischen 3 und 6 Stunden beträgt. Die konkrete Betrachtungsweise soll jedoch wegen der ungünstigen Lage am Arbeitsmarkt für diejenigen Versicherten beibehalten werden, die das ihnen verbliebene Restleistungsvermögen nicht auf einem Teilzeitarbeitsplatz umsetzen können. Ist in diesen Fällen die volle Erwerbsminderungsrente zu zahlen, erstattet die BA zum Ausgleich pauschal einen Teil der Aufwendungen der Rentenversicherung nach § 224 SGB VI.
- Durch den erfolgten Wegfall der Renten wegen Berufsunfähigkeit zum 31.12.2000 fällt für Versicherte, deren Erwerbsminderungsrenten ab dem 1.1.2001 beginnen, grundsätzlich auch der bisherige Berufsschutz weg. Dies gilt allerdings aus Vertrauensschutzgründen für Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind, also das 40. Lebensjahr vollendet haben, eingeschränkt. Diese Versicherten erhalten eine halbe Erwerbsminderungsrente, wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (in irgendeiner Tätigkeit) zwar noch mindestens 6 Stunden tätig sein könnten, in ihrem bisherigen Beruf das Restleistungsvermögen aber unter 6 Stunden gesunken ist (vgl. § 240 Abs. 2 SGB VI).
- Voll erwerbsgemindert ist auch, wer vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert war, in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt (diese Beitragszeit wird auf die Wartezeit von 20 Jahren angerechnet).

Folgendes ist hierzu abschließend festzuhalten: Zwar sind durch das neue Rentenreformgesetz die Berufsunfähigkeitsrenten wegfallen, doch werden sie durch Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung ersetzt (wenn auch mit etwas veränderten Zugangs- und Rentenartfaktoren). Der Schutz ihrer Versicherten gegen das Risiko der Erwerbsunfähigkeit wird auch weiterhin Aufgabe der GRV bleiben. Auch künftig wird die Gewährung von Erwerbsminderungsrenten nicht allein entscheidend von dem Gesundheitszustand des Versicherten, sondern auch von der Beurteilung der konkreten Arbeitsmarktlage abhängen. Dies wiederum bedeutet, dass die Rentenversicherung weiterhin einen Teil des Arbeitsmarktrisikos ihrer Versicherten zu tragen haben wird. In Anbetracht der fundamentalen Rolle regionaler Arbeitsmarktfaktoren für die berufliche Wiedereingliederung wäre künftig dann ggf. verstärkt an eine regionalbezogene Organisation des Verwaltungsverfahrens mit zentraler

Steuerung und maschineller Unterstützung zu denken. Die zentrale Steuerung sollte sich sodann beziehen auf Kosten- und Qualitätsgesichtspunkte, wie Maßnahmenpektrum, Preis-/Leistungsverhältnis, erfolgreichen Abschluss und Wiedereingliederungsergebnis.

Als Instrument zur dauerhaften Wiedereingliederung ihrer Versicherten in das Erwerbsleben und damit auch zur Verhinderung von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit muss die berufliche Rehabilitation bzw. müssen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die sich vorrangig an Effektivitäts- und Effizienzkriterien, insbesondere am Eingliederungserfolg, zu orientieren haben, jedenfalls aber nach wie vor zu den gesetzlichen Aufgaben der Rentenversicherung gehören („Reha vor Rente“). Die einheitliche Risikoordnung hat sich als sachgerechtes Zuständigkeitsprinzip erwiesen.

Hauptziel der Rehabilitation selbst ist die berufliche und soziale Wiedereingliederung. Art und Umfang der Reha-Leistungen richten sich nach dem Grad der körperlichen, psychischen Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die persönlichen und sozialen Voraussetzungen, die zur missbräuchlichen Einnahme von Suchtmitteln führten und führen;
- das Abhängigkeitssyndrom selbst;
- die körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen der Suchtmittelleinnahme;
- die Bedingungen, die das Suchtverhalten aufrechterhalten;
- die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen, die für den Rehabilitationsprozess benutzt werden können.

Klar ist, dass mit Krankheitseinsicht und Abstinenzsicherung erst einmal die Voraussetzungen für eine mögliche berufliche Wiedereingliederung geschaffen werden müssen. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Versicherten ist sowohl in der medizinischen als auch beruflichen Rehabilitation der Rentenversicherung die Grundlage für entsprechende Leistungsentscheidungen sowie für deren Durchführung und Erfolgsbeurteilung. Die sozialmedizinische Begutachtung in der beruflichen Rehabilitation sollte daher auch nicht von einem Defizit-, sondern im Schwerpunkt von einem Kompetenzansatz ausgehen. Zur Auswahl der geeigneten Maßnahmen werden hiernach Vergleiche zwischen der individuellen Situation des Rehabilitanden und dem Maßnahmeangebot vorgenommen. Dabei sind nicht nur die Diagnosen, sondern auch die Prognosen zur voraussichtlichen Entwicklung des Rehabilitanden von Bedeutung. Je passgenauer die Maßnahmeauswahl erfolgt, desto geringer ist die Gefahr des Abbruchs wegen Über- und Unterforderung; die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Abschlusses wächst. In dem Zusammenhang kommt Assessment-Instrumenten ein hoher Stellenwert in der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Einsetzbarkeit zu. Solche Systeme stellen ein wesentliches objektives Element der Leistungsbeurteilung im Hinblick auf die Arbeitswelt und für die Entwicklung von Eingliederungsplänen für berufsfördernde

Maßnahmen bzw. – nach jetziger Terminologie – für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben dar; sie sind überdies ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Beurteilung und Reha-Beratung.

Fest steht überdies, dass die medizinische Diagnose allein nicht ausreicht, um eine zuverlässige Prognose zu erstellen. Vielmehr bedarf es einer möglichst präzisen Abklärung der beruflichen Rehabilitations- und Integrationschancen im Einzelfall, damit eine begründete und nachvollziehbare Entscheidung getroffen werden kann. Die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit eines Versicherten als Grundlage für Reha-Leistungsentscheidungen kann sich sowohl auf einen erlernten Beruf, die zuletzt ausgeübte Beschäftigung oder Tätigkeit bzw. den allgemeinen Arbeitsmarkt, aber auch auf neue berufliche Perspektiven beziehen. Vor diesem Hintergrund sind sozialmedizinische Leistungsbeurteilungen nicht nur wegen der Vielfalt möglicher Tätigkeitsfelder im modernen Arbeitsleben mit ihren quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Anforderungen komplex.

Zu einem ganzheitlichen Verständnis von Rehabilitation gehört neben medizinischen Behandlungsaspekten somit selbstverständlich auch die frühzeitige Berücksichtigung beruflicher und sozialer Auswirkungen, die Krankheit oder Behinderung mit sich bringen. Vor diesem Hintergrund gilt es gerade für die GRV, arbeits- bzw. berufsbezogene Problemstellungen verstärkt in die medizinische Rehabilitation zu integrieren und in den Fällen, in denen eine medizinische Rehabilitation nicht ausreicht, beruflfördernde Rehabilitationsleistungen – im Sinne eines nahtlosen Übergangs von medizinischer zu beruflicher Rehabilitation – frühzeitig einzuleiten. Für die Reha-Einrichtungen bedeutet der berufsbezogene Aspekt in der medizinischen Rehabilitation vor allen Dingen, durch Maßnahmen der Belastungserprobung und arbeitsbezogener Rehabilitation, das Leistungsvermögen des Rehabilitanden im Hinblick auf die von ihm zuletzt ausgeübte Tätigkeit festzustellen und die Frage zu beantworten, ob er diese Tätigkeit weiterhin ausüben kann. Schritte auf diesem Weg sind: Klärung des eigenen beruflichen Werdegangs, Erarbeitung persönlicher Fragestellungen, ärztliche und psychologische Einzelgespräche, arbeitsmedizinische und psychologische Diagnostik, Berufsberatung, Arbeitserprobung (z.B. Einführung in Textverarbeitung am PC), Hospitation in Betrieben und Ausbildung, Erfahrungsaustausch, Klärung und Dokumentation der weiteren persönlichen Schritte, Abschlussgespräche und –berichte.

Ein verändertes Problembewusstsein hat nicht zuletzt eine Reihe von Fachkliniken dazu veranlasst, die soziotherapeutischen Elemente ihrer Behandlungsprogramme auszudifferenzieren und stärker als bisher externe Beratungsdienste der Rentenversicherung und der Arbeitsverwaltung verbindlich in den Behandlungsprozess mit einzubeziehen. Hierdurch kann die berufliche Integration besser vorbereitet und ggf. durch frühzeitige Einleitung von Maßnahmen zur Berufsförderung unterstützt werden. Werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Abhängigkeitskranke erforderlich, so sollten diese – gemäß den Empfehlungen der Reha-Kommission-Berufsförderung des VDR zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (vom Februar 1997) – jedenfalls derart ausgestaltet werden, dass sie den besonderen Erfordernissen hinsichtlich einer qualifi-

zierten Betreuung gerecht werden. Aber auch wenn es durchaus sinnvoll und vernünftig wäre, entsprechende Leistungen bereits vor der medizinischen Rehabilitation anzudenken, so muss man dennoch konstatieren, dass zu diesem frühen Zeitpunkt der Gesundheitszustand des (z.B. abhängigkeitskranken) Versicherten in aller Regel ein konkretes Arbeiten in diese Richtung schlichtweg noch nicht zulässt. Jedenfalls aber muss durch rechtzeitige Planung von beruflichen Eingliederungs-, Anpassungs-, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen mit den Sozialleistungsträgern im Interesse des Rehabilitanden angestrebt werden, dass möglichst keine Wartezeiten nach der medizinischen Rehabilitation entstehen.

Wenngleich die Rahmenbedingungen unterschiedlich günstig sind, sind berufsbezogene Maßnahmen prinzipiell dennoch in allen Indikationsfeldern von Relevanz. So gibt es in jüngster Zeit vermehrt Modelle zu berufsbezogenen Angeboten in somatischen Rehabilitationskliniken; Kooperationen mit Berufsförderungswerken und Berufsbildungszentren sind hierbei häufig anzutreffen. Schon länger werden in Einrichtungen der sog. Phase II (medizinisch-berufliche Rehabilitationszentren) behinderte Menschen bereits während der oder in direktem Anschluss an die medizinische Heilbehandlung (vor allem im Bereich Neurologie) von Berufstherapeuten unter Einschluss aller beteiligten Fachdienste und Berücksichtigung der aktuellen beruflichen wie persönlichen Belastbarkeit des Behinderten motiviert und gefördert (in der medizinischen Reha-Phase vor allem durch Arbeitstherapie, berufsorientierte Belastungserprobung, individuelles berufliches Training/berufliche Anpassung; in der beruflichen Reha-Phase vor allem durch Berufsfindung und Arbeitserprobung, Förderungs- und Berufsvorbereitungslehrgänge, nicht zuletzt zur Entwicklung von Lern-, Leistungsmotivation, sozial angemessener Verhaltensweisen und Methodenkompetenz). Bei einem richtigen Verständnis des Rehabilitationsauftrages erscheint es mehr als wichtig, dass bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung Perspektiven für die berufliche Zukunft dargelegt und eröffnet werden. Dies setzt jedenfalls aber ein koordiniertes und effizientes Rehabilitationsmanagement unter frühzeitigem und verbindlichem Einbezug der zuständigen Stellen (Rehabilitationsträger, Reha-Einrichtung, Arbeitsamt, Integrationsamt, usw.) voraus. Künftig zu diskutieren wäre auch ein Minimalprogramm berufsbezogener Angebote, den möglichst jede Reha-Klinik im Sinne einer stärkeren berufsbezogenen Zielorientierung erfüllen sollte. Dies wäre auch sinnvoll, um auf berufliche Problemlagen im Reha-Kontext, die erst im Verlauf der medizinischen Rehabilitation deutlich werden, seitens der Kliniken adäquat eingehen zu können. Die Ausprägung und der Umfang einer etwaigen Kooperation mit einem BfW sind abhängig von der Aufgabenstellung und den Möglichkeiten beider beteiligter Partner, der Häufigkeit und den vorhandenen Ressourcen hinsichtlich qualitativer und ökonomischer Aspekte. Die Bearbeitung arbeitsbezogener Problemstellungen ist in vielen Fällen von zentraler Bedeutung für die medizinische Rehabilitation. Grundlage für eine gezielte Therapie ist ein qualifizierter Abgleich zwischen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil. Soweit möglich wären die bestehenden technischen Möglichkeiten deshalb offensiv zu nutzen.

Überhaupt geht es im Interesse der Versicherten darum, eine verbesserte Abstimmung zwischen den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation zu erreichen, um den Eingliederungsprozess aktiv gestaltend zu beschleunigen. Es kommt daher in der medizinischen Rehabilitation zunehmend darauf an, dass die Erforderlichkeit weitergehender Maßnahmen oder ein beruflicher Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt wird und sich die jeweiligen Leistungen möglichst unmittelbar an den Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung anschließen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 33 ff. SGB IX) selbst schließen nach allgemeinem Verständnis nicht nur Hilfen zu einer adäquaten beruflichen Qualifizierung, sondern auch Unterstützung zur Eingliederung auf einen Dauerarbeitsplatz und dessen Sicherung mit ein. Voraussetzung hierfür ist eine möglichst gute berufliche Qualifizierung. Es ist daher allgemein als rehabilitationspolitische Aufgabe anzusehen, durch umfassende Bildungsangebote für behinderte Menschen möglichst weitgehende Chancengleichheit im Wettbewerb um einen dauerhaften Arbeitsplatz herzustellen. Dahinter steht und muss selbstverständlich auch das Ziel stehen, angesichts knapper werdender finanzieller Ressourcen sicherzustellen, dass mit den verfügbaren Mitteln – besonders bei drohenden Frühverrentungen – höhere Eingliederungsquoten auf dem Arbeitsmarkt erzielt werden. Fakt ist allerdings, dass der Anteil derjenigen zugenommen hat, die aufgrund der Schwere ihrer Behinderung nicht so weit beruflich qualifizierbar sind, dass sie Eingliederungschancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben.

Vorgenannte arbeitsmarktliche Zielsetzung wird nunmehr auch mit dem Einsatz eines „individuellen Förder- und Integrationsplanes“ verfolgt. Dieser wurde von den Trägern der beruflichen Rehabilitation gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke entwickelt. Neben der Erfassung der sog. Stammdaten sowie einer Beschreibung des positiven und negativen Leistungsbildes des Rehabilitanden umfasst der Förderplan Zielvereinbarungen hinsichtlich des Ausbildungszieles, vorgesehener Ausbildungsverläufe (z.B. Art und Dauer vorgesehener betrieblicher Praktika), notwendiger Stützmaßnahmen sowie weiterer besonderer Hilfen des Bildungsträgers. Diese Zielvereinbarungen werden zwischen dem Rehabilitanden und dem betreuenden Reha-Team abgeschlossen und dienen der Kontrolle sowie Dokumentation des Verlaufs der Maßnahme. Etwa 6 Monate vor Ende der Maßnahme ist ein Integrationsplan zu erstellen, der die zur beruflichen Eingliederung erforderlichen Schritte beschreibt. Der Förder- und Integrationsplan soll den Rehabilitanden während der Qualifizierungsmaßnahme begleiten und auch zur Qualitätssicherung dienen. Dadurch, dass der Reha-Träger hiervon ein Exemplar zur Stellungnahme erhält, kann er auf Verläufe und Zielvereinbarungen zwischen jeweiligem Rehabilitand und BfW unmittelbar reagieren.

Trotz der auch hiermit verfolgten Steigerung der Leistungsfähigkeit und Professionalisierung bedarf das Reha-System der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Optimierung auf unterschiedlichen Ebenen. In der Vergangenheit bestand ein besonderer Schwerpunkt der Entwicklung darin, bedarfsgerechte und effiziente Strukturen und Einrichtungen in der Rehabilitation zu schaffen und zu sichern. Dabei tritt die Verzahnung sowohl innerhalb der Rehabilitation als auch mit anderen Ver-

sorgungsbereichen sowie – damit verbunden – die Schaffung eines prozessorientierten Rehabilitations- und Eingliederungsmanagements stärker in den Mittelpunkt. Für die Rentenversicherung stehen ferner die rechtzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen über den niedergelassenen Arzt und den Betriebsarzt, die weitere Vernetzung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie der Ausbau der Nachsorge zur Sicherung des Reha-Erfolges im Vordergrund. Aus ökonomischen Gründen sollte bei der Weiterentwicklung nicht die Bildung neuer Angebotsstrukturen ausschlaggebend sein, sondern die Flexibilisierung und Optimierung der bisherigen. Das differenzierte Rehabilitationssystem soll fortentwickelt und vernetzt, darf aber nicht einfach in den Akutbereich integriert werden. Schließlich sollten regionale, auch trägerübergreifende Kooperationsformen gefördert werden.

Die zukünftige Entwicklung im Bereich der beruflichen Rehabilitation zielt besonders darauf ab, arbeitsplatzbezogene und arbeitsplatzvermittelnde Maßnahmen und Aktivitäten zu intensivieren, die wirtschaftliche Unabhängigkeit und Verantwortung der Berufsförderungswerke zu stärken und die Flexibilität der Angebote sowie das Fallmanagement durch Fachberater zu erhöhen. Bei der Vermittlung von Versicherten, die eine modulare Qualifikation erhalten haben, bestehen allerdings beträchtliche Risiken wegen bestehender Restriktionen der Kammern (u.a. Anerkennung von Teilqualifikationen). Jedenfalls werden von den Trägern der beruflichen Rehabilitation arbeitsmarktbezogene Maßnahmen, wie u.a. die Kontaktpflege zu Arbeitgebern, Bewerbungstraining und Beratung, Vermittlungshilfen, Anlaufbetreuung am Arbeitsplatz, Beratung zur Arbeitsplatzausgestaltung, Arbeitsplatzqualifikationen sowie Anpassungsmaßnahmen für ältere und minderqualifizierte Arbeitnehmer in Form von kürzeren Fort- und Weiterbildungen bzw. Qualifizierungsmaßnahmen, verstärkt zu nutzen sein. Auch sollte künftig verstärkt versucht werden, Informationstechnologien, neue Möglichkeiten wie Berufsprofile auf CD-ROM und das Internet sowie die Blätter zur Berufskunde des Arbeitsamtes zu nutzen, um Informationen über die Anforderungsmerkmale bestimmter Berufe zu erhalten. Der Wandel der Arbeitswelt insbesondere auf dem Feld der Informationstechnologieberufe und der medienassoziierten Tätigkeiten verlangt selbst in den Berufsförderungswerken eine ständige Aktualisierung des Wissens und der Ausstattung, um eine wirklich qualifizierte Einschätzung der arbeitsplatzbezogenen Belastungen vornehmen zu können. Hinsichtlich der beruflichen Angebotspalette in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation besteht ein ständiger Anpassungsbedarf. Berufsbilder müssen an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes angepasst sowie auf die Möglichkeiten der behinderten Menschen ausgerichtet und entsprechend verändert werden. Dabei sind vor allem die Möglichkeiten für leistungsschwächere, ältere und schwerer Behinderte zu verbessern.

Zur Schaffung beruflicher Reha-Angebote in einem abgestuften und durchlässigen System ambulanter und stationärer Leistungen ist dabei auf eine wirkungsvolle Zusammenarbeit der Betriebe, der Leistungsanbieter und Sozialleistungsträger zu achten. An einer wichtigen „Schaltstele“ sitzt insoweit der Reha-Berater der Rentenversicherung, der im Anschluss an die medizinische Rehabilitation, soweit Leis-

tungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Erreichung des Reha- bzw. Teilhabeziels erforderlich sind, eigenverantwortlich u.a. über die Zusage einer Eingliederungshilfe an den Arbeitgeber, die Durchführung von Berufsfindung oder Arbeitserschließung, den Wechsel der Ausbildungseinrichtung sowie über die Verlängerung von Reintegrationsmaßnahmen entscheiden kann. Überhaupt sollte – gemäß den Empfehlungen der Reha-Kommission-Berufsförderung – die Beratung über berufliche Rehabilitation in den Reha-Kliniken intensiviert werden; in dem Zuge sollte ein Reha-Fachberater mindestens einmal während einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation anwesend sein.

Im Rahmen flexibler Leistungserbringung ist sicherlich die ambulante Rehabilitation, die im Bereich der Suchtbehandlung schon seit längerem eine bedeutende Rolle spielt, auch weiterhin zu nutzen. Diese Form mit ihren Vorteilen der wohnortnahen Leistungserbringung und dem gleichzeitigen Verbleib des Betroffenen im häuslichen, beruflichen und sozialen Umfeld kann gerade bei Erkrankungen, für die ein länger andauernder oder wiederholter Rehabilitationsbedarf besteht – so etwa auch bei neurologischen Erkrankungen – und bei Erkrankungen, die wechselnde Behandlungsformen erfordern, sinnvoll sein. Von welchem rehabilitativen Setting welcher Rehabilitand mit welchen Problemlagen am meisten „profitieren“ kann, ist jedenfalls stets individuell abzu prüfen.

### **Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen**

Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.

Band 25 – ISBN 3-87581-218-2

Neuland, 2002, Geesthacht