

**Gesperrt bis zum Beginn -**

**Es gilt das gesprochene Wort!**

**Rede von Heinrich Tiemann**

**Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Soziales**

**„Die medizinisch-berufliche Rehabilitation aus der Sicht der  
Bundesregierung“**

anlässlich des Herbst-Symposium der Bundesarbeitsgemein-  
schaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitation e.V.  
am 13./14. November 2006 in Heidelberg

Redezeit: - 20 Minuten -

Sehr geehrte Frau Oberbürgermeisterin Weber,  
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Hekking,  
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schönle,  
meine sehr geehrten Damen und Herren,

für die Einladung zum Herbst-Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft der medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtungen bedanke ich mich. Ich freue mich, Ihnen aus der Sicht der Bundesregierung Impulse für ihr Symposium geben zu können und werde zur medizinisch-beruflichen Rehabilitation Stellung beziehen.

Das Symposium steht heute Vormittag unter dem Schwerpunktthema „Chancen und Risi-

ken der MBR – Eine kritische Bestandsaufnahme durch Leistungsträger und Politik“ oder konkret „Wie zukunftsfähig ist die Phase II.“

Eckpfeiler des politischen Handelns der Bundesregierung in diesem wichtigen Aufgabenbereich ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Darin finden wir die maßgeblichen Regelungen für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in unserem Land.

Gleich im § 1 des SGB IX steht, "Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilita-

tionsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Um dieses Ziel zu erreichen werden die Rehabilitationsträger verpflichtet die erforderlichen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen bereit zu stellen. Hierzu zählen auch die erforderlichen Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

Kernziel der Leistungen der medizinischen-beruflichen Rehabilitation und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es, den Rehabilitanden

- die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz oder
- eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen behinderungsgerechten Arbeitsplatz mit gleichen oder ähnlichen Anforderungen zu ermöglichen.
- Nur wenn dies nicht möglich ist, den Betroffenen auf eine Berufsausbildung oder Umschulung und als letzte Maßnahme auf eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen vorzubereiten.

Wir wollen damit die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben miteinander aktiv fördern und unterstützen.

Die Bedeutung von Rehabilitationsleistungen wird in Zukunft weiter zunehmen. Und nicht nur das. Insgesamt müssen wir in Anbetracht der demografischen Veränderungen das bisher stark kurativ ausgerichtete Gesundheitssystem durch mehr rehabilitative und insbesondere durch mehr präventive Ansätze ergänzen.

Die Prävention am Arbeitsplatz hat im Allgemeinen in Deutschland ein hohes Niveau. Aber auch auf hohem Niveau kann

man noch besser werden. Deswegen ist es wichtig, dass wir im Bereich Prävention nicht nachlassen, besser zu werden.

Die Koalitionsfraktionen wollen noch in dieser Legislaturperiode ein Präventionsgesetz verabschieden. Ziel ist es, die Sozialversicherungsträger zu verpflichten, sich noch mehr als bisher auf die Verhinderung von Erkrankungen zu konzentrieren. Prävention soll ein fester, ein selbstverständlicher Bestandteil im unserem Alltag werden.

Schon mit der Gesundheitsreform 2006 schlagen wir diesen Weg ein:

Die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Unfallversicherungsträgern soll bei der betrieblichen Gesundheitsförderung verbindlicher gestaltet werden. Damit können berufsbedingte Gefährdungen früher erkannt und beseitigt werden. Um eine möglichst breite Wirkung zu erzielen, sollten sich daran auch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung beteiligen.

Die Rentenversicherung sollte darüber hinaus wirkungsvolle Präventionsstrategien vor allem im Bereich ihrer gesetzlich vorgesehenen Kernkompetenz entwickeln und umsetzen:  
der Sicherung der Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten.

Als vorbildlich sind in diesem Zusammenhang die von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg angestoßenen Präventionsprojekte zu erwähnen.

Meine verehrten Damen und Herren,

wir wollen neben der Prävention aber auch weiterhin die Rehabilitation stärken.

Wir brauchen Strukturen, die eine Rehabilitation ermöglichen. Das SGB IX ist dafür eine gute Grundlage. Es ist konsequent auf umfassende Teilhabe ausgerichtet.

Seine Leistungen zielen darauf, eine Behinderung abzuwenden, zu mindern, zu beseitigen oder auszugleichen. Das heißt:

die Rehabilitationsleistungen müssen früh einsetzen und effizient erbracht werden.

Meine verehrten Damen und Herren,

das SGB IX legt an die Leistungen zur Teilhabe einen hohen Qualitätsmaßstab, um ihre Wirksamkeit und ihren Erfolg sicherzustellen.

Viele Rehabilitationsträger haben bereits Erfahrungen auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements

in der Rehabilitation gesammelt. Dies trifft auch für die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg zu.

Wichtig ist nun eine trägerübergreifende gemeinsame Qualitätssicherung und -entwicklung. Wir begrüßen es daher sehr, dass die Rehabilitationsträger zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen gemeinsame Empfehlungen vereinbart haben. Diese sollen den Leistungserbringern als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement dienen.

Im Gesetzgebungsverfahren für das Gesundheitsreformgesetz 2006 werden wir weitere Schritte

unternehmen, um auch in Zukunft die Qualität der Rehabilitationseinrichtungen und der dort erbrachten Rehabilitationsleistungen zu verbessern. Damit kommen wir dem Ziel näher, den Leistungsberechtigten entsprechend ihren gesetzlichen Ansprüchen bedarfsgerechte, zügige und zielgerichtete Angebote machen zu können.

Erfolgreiche Rehabilitation ist vielfach auf die gute Zusammenarbeit von Fachleuten mit verschiedenen beruflichen Qualifikationen angewiesen. Bei der Behandlung, Beratung und Betreuung von Rehabilitanden ist, neben der Nutzung medizinisch-wissenschaftlicher Grund-

lagen, Fachwissen aus den Bereichen Psychologie, Soziologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik erforderlich.

Interdisziplinäres Handeln ist vor dem Hintergrund des bekannten Modells aufeinander aufbauender und miteinander verzahnter Phasen der Rehabilitation seit langem selbstverständlich. Wichtig ist aber auch hier, dass die Qualität der Gesamtleistung gesichert und ständig verbessert wird. Dies entspricht dem Auftrag des Gesetzgebers, der in § 20 SGB IX seinen Niederschlag findet.

Oftmals benötigen behinderte und von Behinderung bedrohte

Menschen Leistungen zur Teilhabe, die in die Zuständigkeitsbereiche verschiedener Rehabilitationsträger fallen. Das gegliederte Leistungssystem muss dann sicherstellen, dass es aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten für die einzelnen Leistungen nicht zu Verzögerungen oder Nachteilen für die behinderten Menschen kommt. Dies ist aber immer noch zu häufig der Fall.

Nur wenn die Rehabilitationsträger ihre Zusammenarbeit intensivieren, erreichen sie für viele Betroffene eine erfolgreiche Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft,

Diese Grundvoraussetzung Realität werden zu lassen, bleibt auch zukünftig eine der Hauptaufgaben bei der Umsetzung des SGB IX.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

in vielen Fällen sind zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit nicht nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sinnvoll, sondern auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Erforderlichkeit dieser Leistungen muss frühzeitig geprüft werden.

Wenn erkennbar ist, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, müssen die Rehabilitations-

träger bereits während der medizinischen Rehabilitation tätig werden. Denn hier können berufliche Problemlagen bereits frühzeitig erkannt und diagnostiziert, berufsorientierte Therapien durchgeführt sowie ggf. erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden.

Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der - nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu erwartende Gesundheitszustand - eine Wiederaufnahme der bisherigen Beschäftigung voraussichtlich nicht möglich macht.

Die medizinische Rehabilitation – insbesondere in der Verantwor-

tung der Deutschen Rentenversicherung – hat sich daher in den letzten Jahren intensiv mit einer stärkeren beruflichen Orientierung und somit der unmittelbaren Beeinflussung der Rückkehr zur Arbeit auseinandergesetzt. Für den Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind oft Aspekte des Arbeits- und Berufslebens von entscheidender Bedeutung.

So setzt eine Verbesserung des Gesundheitszustands häufig eine Verbesserung des Arbeitsumfelds voraus. Es ist auch wissenschaftlich belegt, dass eine frühe berufliche Perspektive die Rückkehrmotivation und die Wieder-

eingliederung in das Erwerbsleben deutlich verbessern.

Die medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Zeitraum, in dem bereits berufliche Problemlagen erkannt und diagnostiziert, berufsorientierte Therapien durchgeführt sowie ggf. erforderliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeleitet werden können. Durch eine stärkere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und die damit verbundene Verkürzung der Verfahrensdauer können nicht zuletzt die Chancen der Rehabilitanden auf Erhalt ihres bisherigen Arbeitsplatzes deutlich verbessert werden.

Dies umzusetzen ist in besonderem Maße Aufgabe der Rentenversicherungsträger, die anders als die Krankenkassen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sind und darüber hinaus das Risiko der Frühverrentung tragen.

Seitens der Träger der Deutschen Rentenversicherung ist die verstärkte berufliche Orientierung der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation auch erkannt worden. In dem Papier der Rentenversicherung zur Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation heißt es, dass eine über das bisherige Maß hinaus-

gehende Zuwendung zum Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben - innerhalb der Phase der medizinischen Rehabilitation - eine intensivere Berücksichtigung und Bearbeitung erwerbsbezogener Probleme der Rehabilitanden erfordert. Folgerichtig heißt es weiter, das medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation sich als ein Ansatz mit einer stärkeren Fokussierung auf die Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Berufs- und Arbeitsrealität versteht.

Diesen Ausführungen stimme ich zu. Ich freue mich, dass auch die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg die Bedeutung der medizinisch-beruflich o-

rientierten Rehabilitation immer stärkere Bedeutung zumisst.

Dies wird auch durch die vermehrte Belegung der Einrichtungen der Phase II konkretisiert.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

auch für behinderte Menschen sollte die betriebliche Aus- und Weiterbildung, wo immer dies möglich ist, Vorzug haben. Dadurch wird die grundsätzliche Entscheidung für ein qualifiziertes und bedarfsgerechtes Angebot an außerbetrieblichen Förderleistungen für behinderte Menschen aber keineswegs in Frage gestellt. Wo auf Leistungen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nicht verzich-

tet werden kann, müssen diese auch weiterhin erbracht werden.

Über das ganze Bundesgebiet verteilt bieten 28 Berufsförderungswerke Leistungen zur beruflichen Rehabilitation an. Ihre wirtschaftliche Lage ist derzeit angespannt. Denn die Rehabilitationsträger und hier vor allem die Bundesagentur für Arbeit und die für Wiedereingliederung zuständigen Grundsicherungsträger haben in den beiden vergangenen Jahren wesentlich weniger Maßnahmen befürwortet als in den Jahren zuvor. Diese schwierige wirtschaftliche Situation ist uns bewusst.

Es ist unbestrittener Wille aller Beteiligten, das Netz an Berufsförderungswerken auch in Zukunft so leistungsfähig zu halten, wie es in der Vergangenheit war.

In der momentan schwierigen wirtschaftlichen Situation müssen die Einrichtungen aber auch selbst bereit und in der Lage sein, sich unter veränderten Bedingungen neuen Anforderungen in der beruflichen Rehabilitation zu stellen.

Unter Federführung der Deutschen Rentenversicherung laufen Gespräche zwischen den Berufsförderungswerken und allen Rehabilitationsträgern, diesen Wandlungsprozess konstruktiv

zu begleiten. Alle Rehabilitations-träger bekennen sich hierbei zu ihrer strukturellen Verantwortung für das Netz der Berufsförderungswerke.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Grundvoraussetzung für eine dauerhafte Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist mehr denn je eine gute und am Arbeitsmarkt nachgefragte berufliche Qualifikation; dies gilt in besonderem Maße für Menschen, die Wettbewerbsnachteile auf Grund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nur durch besondere berufliche Fähigkeiten und Qualifikationen ausgleichen können. Vor diesem Hintergrund gibt

es zum Streben nach einer guten beruflichen Qualifizierung behinderter Menschen weiterhin keine sinnvolle Alternative. Sie bietet unverändert die besten Voraussetzungen für eine dauerhafte berufliche Eingliederung, zumal dann, wenn die Teilhabeleistung ganz oder teilweise in einem Betrieb oder einer Verwaltung erbracht wird.

Nichts fördert das Selbstwertgefühl behinderter Menschen mehr als die Gewissheit, trotz behinderungsbedingter Einschränkungen und Belastungen, seine beruflichen Möglichkeiten und Fähigkeiten auf einem regulären Arbeitsplatz, der – sofern erforderlich - den behinderungsbedingten

Bedürfnissen angepasst ist, unter Beweis stellen zu können.

Behinderte Menschen sind selbstbestimmte Persönlichkeiten. Ihnen ist es daher auch freigestellt, in welcher Weise sie die erforderlichen Leistungen zur Teilhabe in Anspruch nehmen wollen. Wir haben mit dem SGB IX auch für Sachleistungen Wunsch- und Wahlrechte vorgesehen. Aber das Instrument, mit dem der behinderte Mensch die Art und Weise seiner Teilhabeleistung zielgenau selbst bestimmen kann, ist die innovative Leistungsform des persönlichen Budgets, das für alle Leistungen zur Teilhabe auch für Teilhabeleistungen am Arbeitsleben gilt.

Sachleistungen werden bei Inanspruchnahme eines „Persönlichen Budgets“ durch Geldleistungen oder Gutscheine ersetzt. Behinderte und pflegebedürftige Menschen entscheiden damit selbst, welche Hilfen sie in Anspruch nehmen wollen. Sie bestimmen wann, wie und durch wen. Behinderte Menschen werden dadurch Käufer, Kunden oder Arbeitgeber.

Ab dem 1. Januar 2008 werden behinderte Menschen gegenüber dem zuständigen Rehabilitations-träger einen Rechtsanspruch darauf haben, dass sie die Leistungen zur Teilhabe in Form Persönlicher Budgets erhalten.

Die Bundesregierung wird Ende des Jahres einen Bericht zur Umsetzung des Persönlichen Budgets in den Modellregionen vorlegen.

Dort wurden bis Mitte Oktober 298 Persönliche Budgets bewilligt und durch die wissenschaftliche Begleitforschung dokumentiert.

Außerhalb der Modellregionen wurden von den Trägern der Deutschen Rentenversicherung bisher 268 Persönliche Budgets bewilligt. Dies und die Dynamik der letzten Monate zeigt, dass sich die Leistungsform des Persönlichen Budgets „im Aufwind“

befindet wenn auch noch viel zu tun ist.

Wir wissen, dass die Leistungen des Persönlichen Budgets von den behinderten Menschen bisher noch in zu geringem Umfang in Anspruch genommen werden. Und auch auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer nehmen wir immer wieder eine gewisse Skepsis wahr, ein Beharren auf festgelegte Strukturen des Leistungsgeschehens ist zu beobachten. Der entscheidende Schub für die stärkere Inanspruchnahme Persönlicher Budgets ist und bleibt die Verbreitung des Wissens (um) und positiver Erfahrungen mit Persönlichen Budgets. Zur

Verbreitung von Informationen und positiven Beispielen zum Persönlichen Budget ist ein Mehr an Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Vielen behinderten Menschen, deren Angehörigen sowie deren Betreuern und Betreuerinnen fehlt es vielfach noch an Fachwissen und häufig auch an Basisinformationen zum Persönlichen Budget. Der beste Werbeträger bleibt auch weiterhin der zufriedene Budgetnehmer. Daran mitzuwirken, sind alle Beteiligten aufgerufen.

Ich bin überzeugt und diese Überzeugung stützt sich auf den Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Persönlichen Budget: die

Rehabilitationsträger sind in der Lage, dem trägerübergreifenden Persönlichen Budget in der Praxis zum Durchbruch zu verhelfen.

Denn das Persönliche Budget ist die Leistungsform der Zukunft. Es sichert Selbstbestimmung und Teilhabe. Ich freue mich daher, dass die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg eine Vielzahl von Anstrengungen unternimmt, um für das Persönliche Budget zu werben.

Die Bundesregierung unterstützt die Reha-Träger dabei: Mit insgesamt einer halben Million Euro, um ihnen den Verwaltungsmehraufwand in der Startphase auszugleichen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

bevor ich zum Abschluss meines Impulsreferates komme, gehe ich noch direkt auf die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation also die Phase-II Einrichtungen ein. Sie sind ein ganz wesentlicher Baustein im Leistungsangebot zur Integration von Menschen mit Behinderungen in das Arbeitsleben.

Aus diesem Grund hat das früher zuständige Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung den Bau einer Modelleinrichtung für Querschnittgelähmte im Neurologischen Zentrum Godeshöhe in Bonn-Bad Godesberg mit 40 Betten mit ei-

nem Betrag von 1,9 Millionen € gefördert. Herr Bundesminister Franz Müntefering wird bei der Einweihung des Neubaus im Januar 2007 persönlich anwesend sein.

Die Rehabilitationsmaßnahmen im Zentrum Godeshöhe zielen darauf ab, die Betroffenen möglichst vollständig wieder in ihr soziales Umfeld sowie in das Erwerbsleben einzugliedern.

Das BMAS beabsichtigt noch in diesem Jahr dem Neurologischen Rehabilitationszentrum für Jugendliche in Vallendar für den Bau einer Modelleinrichtung mit 40 stationären Betten und 10 teilstationären Plätzen einen Be-

trag von 3,575 Millionen € zu bewilligen.

Die Rehabilitationsmaßnahmen im Zentrum Vallendar zielen darauf ab, die Betroffenen wieder vollständig in ihr soziales Umfeld sowie in die Strukturen der Arbeitswelt einzugliedern.

Das sind nur zwei Beispiele. Sie zeigen aber:

Die Bundesregierung wird auch weiterhin im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation unterstützen. Denn medizinisch-berufliche Rehabilitation kann Menschen mit Behinderungen

eine Brücke in das Berufsleben bauen und damit Teilhabemöglichkeiten und Integration ermöglichen erschließen.

Dies wird auch im SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach und der SRH Berufliche Rehabilitation täglich eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Das für die Betroffenen vorgehaltene umfassende medizinisch-berufliche Rehabilitationsprogramm reicht von der medizinisch therapeutischen Betreuung über die differenzierte Berufsorientierung bis hin zur Umschulung.

Die Mitarbeiter der Einrichtungen, von denen ein hohes Maß an Qualifikation und Motivation

erwartet wird, beweisen tagtäglich, dass mit einer gezielten Therapie vielfältige positive Ergebnisse für die Patientinnen und Patienten erzielt werden können. Dafür möchte ich Ihnen an dieser Stelle Dank und Anerkennung aussprechen.

Ich möchte die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ermutigen, die Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation bei ihren Bemühungen für die im besonderem Maße betroffenen Behinderten zu unterstützen und so für ihre Versicherten eine Brücke ins Berufsleben zu bauen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

der Grundsatz "Rehabilitation vor Rente" wird in den verschiedenen Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation Tag für Tag umgesetzt und mit Leben gefüllt. Für diese wichtige Aufgabe wünsche ich allen, die daran mitwirken, auch für die Zukunft viel Erfolg.

Für Ihre Tagung möchte Ich Ihnen interessante Gespräche und Begegnungen wünschen.