

Betriebliches Eingliederungsmanagement:

Die Aufgaben und Pflichten der Sozialleistungsträger

Von Felix Welti

Seit Mai 2004 sind Arbeitgeber verpflichtet, Mitarbeitern, die länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt krank sind, ein „betriebliches Eingliederungsmanagement“ (BEM) anzubieten. Dabei soll geklärt werden, wie – etwa durch technische Arbeitshilfen, Anpassung der Arbeitsorganisation oder eine andere Tätigkeit – der Arbeitsplatz erhalten werden kann.¹ Das BEM nach § 84 SGB IX ist auf den ersten Blick vor allem eine betriebliche Aufgabe.² Doch es hat auch eine sozialrechtliche Seite und begründet Verantwortlichkeiten der Rehabilitationsträger. Ihre Pflichten und Handlungsmöglichkeiten werden im Folgenden näher untersucht. Deutlich wird: Sie könnten weit mehr als bisher zur Förderung des Eingliederungsmanagements tun.

Das Schwerbehindertenrecht ist seit 1919 ein Feld, in dem private und öffentliche Verantwortung für die Teilhabe behinderter Menschen verknüpft sind. Dieses Rechtsgebiet mag zu denen gehört haben, die *Gustav Radbruch* zu seinem Diktum inspiriert haben, im sozialen Recht seien Privatrecht und Öffentliches Recht zwar unterscheidbar, doch unscheidbar verbunden. Dieser Zusammenhang realisierte sich bis zum SGB IX vor allem durch die Tätigkeit der Integrationsämter. Mit dem SGB IX hat der Gesetzgeber 2001 das Recht schwerbehinderter Menschen und das Recht der Rehabilitation und Teilhabe in einen neuen systematischen Zusammenhang gestellt.³ Dies wahrzunehmen fällt vielen schwer, solange Kommentare, Handbücher und gerichtliche Entscheidungen entlang traditioneller Grenzen der Sozialversicherungszweige sortiert bleiben.

Doch auch das europäische Recht hat einen noch zu wenig beachteten Impuls gesetzt: In Art. 5 der Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie 2000/78 ist festgehalten, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, die geeigneten und im konkreten Fall erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um behinderten Menschen den Zugang zur Beschäftigung, der Ausübung eines Berufes, den beruflichen Aufstieg und die Teilnahme an Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu ermöglichen – es sei denn, diese Maßnahmen würden den Arbeitgeber unverhältnismäßig belasten. Diese Belastung – so die Richtlinie weiter – ist nicht unverhältnismäßig, wenn sie durch geltende Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik des Mitgliedstaates ausreichend kompensiert wird.

In der Entscheidung *Chacon Navas* vom 11. Juli 2006⁴ hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) festgehalten, dass eine unter Missachtung von Art. 5 RL 2000/78 ergehende Kündigung eine verbotene Benachteiligung wegen der Behinderung darstellt. Das bedeutet zweierlei: Erstens kann der deutsche Gesetzgeber nicht mehr hinter § 84 SGB IX, in der (auch) das BEM geregelt ist, zurück. Denn diese Norm setzt erst die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie um. Zweitens bestimmt die Qualität der Maßnahmen im Rahmen der Behindertenpolitik das Maß der arbeitsrechtlichen Verpflichtungen und damit des praktizierten Schutzes

vor Benachteiligung. Diesen wiederum zu optimieren, ist in Deutschland nicht nur verfassungsrechtliches Prinzip (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG), sondern auch ein Gebot der Vernunft, um die Beschäftigung behinderter, chronisch kranker und älterer Arbeitnehmer zu verbessern und damit auch Arbeitslosigkeit, Krankengeldbezug und frühzeitige Erwerbsminderungsrenten zu vermeiden.

Pflicht der Reha-Träger zur Initiative und Bedarfsfeststellung

Das betriebliche Eingliederungsmanagement setzt informierte und handlungsfähige betriebliche Akteure voraus. So sind in der Norm Handlungsmöglichkeiten und Pflichten der Schwerbehindertenvertretung, des Betriebsrates oder Personalrates, des Werks- oder Betriebsarztes angesprochen. Gerade kleine oder mittlere Betriebe und solche, die auf Grund ihrer Beschäftigtenstruktur bislang wenig Anlass hatten, Gesundheitsfragen wichtig zu nehmen, benötigen einen äußeren Anstoß.

Für die Rehabilitationsträger⁵ reicht es nicht aus, auf die betriebliche Initiative zum BEM zu warten. Sie sind

- 1 Werner Feldes: Rehabilitation vor Entlassung: Geänderte Kündigungsprävention und neues betriebliches Eingliederungsmanagement im SGB IX – nicht nur für behinderte Beschäftigte, auch für längerfristig Kranke, in *SozSich* 8-9/2004, S. 270 ff.; Friedrich Mehrhoff: Betriebliches Eingliederungsmanagement für Kranke: Externe Dienstleister helfen beim Disability, in *SozSich* 10/2005, S. 318 ff.
- 2 zur arbeitsrechtlichen Regelung siehe den folgenden Beitrag in diesem Heft von Ulrich Faber, S. 130 ff.
- 3 vgl. Felix Welti: Chance und Verpflichtung: Das neue Recht der Teilhabe und Rehabilitation sowie Harry Fuchs: Reform von historischer Bedeutung – SGB IX: Die Folgen für die medizinische Rehabilitation, beide in *SozSich* 5/2001, S. 146 ff.; Burkhard von Seggern: Drei Jahre SGB IX: Was aus der grundlegenden Reform zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen wurde, in *SozSich* 4/2004, S. 110 ff.
- 4 EuGH vom 11.7.2006, Az.: C-13/05, auch in *Zeitschrift für europäisches Sozial- und Arbeitsrecht (ZESAR)* 2007, S. 147 mit Anm. von Welti
- 5 Nach § 6 Abs. 1 SGB IX können Rehabilitationsträger sein: die Träger der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Rentenversicherung, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, öffentlichen Jugendhilfe, Sozialhilfe oder die Bundesagentur für Arbeit.

auch nicht nur zur Aufklärung, Beratung und Auskunft nach §§ 14, 15 SGB I verpflichtet. Vielmehr kann der Hinweis auf Möglichkeiten und Rechtspflichten des BEM ein obligatorischer Teil des Verwaltungsverfahrens aller Rehabilitationsträger sein.

Nach § 8 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger verpflichtet, immer dann zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, wenn bei ihnen Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder drohenden Behinderung beantragt oder erbracht werden. Diese Pflicht gilt unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen. Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung sind nicht nur solche, bei denen die Behinderung selbst Leistungsvoraussetzung ist. Denn dies sind fast nur die Leistungen zur Teilhabe selbst. Die Reichweite ergibt sich vielmehr aus dem systematischen Sinn, den Vorrang der Leistungen zur Teilhabe vor Renten und anderen laufenden Sozialleistungen durchzusetzen.

Wird also im Verwaltungsverfahren deutlich, dass eine Behinderung, drohende Behinderung oder chronische Krankheit zumindest mitursächlich für den Leistungsantrag ist, so wird die Prüfpflicht nach § 8 Abs. 1 SGB IX ausgelöst. Dies kann durchgängig angenommen werden bei *Anträgen auf Erwerbsminderungsrenten, Verletztenrenten, Entschädigungsrenten, Krankengeld, Anerkennung einer Berufskrankheit und auf Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen* und auf Teil-

nahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen. Bei *Anträgen auf Arbeitslosengeld* und der frühzeitigen Meldung als arbeitsuchend besteht die Prüfpflicht immer dann, *wenn eine gesundheitliche Einschränkung erkennbar ist, die die Teilhabe am Arbeitsleben bedroht.* Stellen behinderte Menschen Anträge beim Träger der Leistungen nach dem SGB II, hat die Bundesagentur die Pflichten als Rehabilitationsträger (§ 6 a SGB IX). Schließlich wird auch bei jeder *vertragsärztlichen Behandlung* eine Sozialleistung erbracht, deren Leistungserbringer nach § 2 a SGB V und § 27 SGB IX verpflichtet ist, *chronische Krankheit und Behinderung zu berücksichtigen.* Der Vertragsarzt kann regelmäßig als erster abschätzen, ob die von ihm bescheinigten Zeiten der Arbeitsunfähigkeit ein kritisches Maß erreichen. Nimmt der Arzt wahr, dass eine Behinderung zu erwarten ist, hat er nach § 61 SGB IX über Leistungen zur Teilhabe zu beraten und auf Beratungs- und Servicestellen hinzuweisen. Die nähere Konkretisierung dieser Pflichten im vertragsärztlichen Bereich und ihrer Vergütung würde den Partnern der Gesamtverträge, also wesentlich auch den Kassenverbänden, oblie-

gen. Kurz: Wo immer eine Behinderung droht und die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet ist, muss der Rehabilitationsträger von Amts wegen die Erfolgsaussicht von Teilhabeleistungen prüfen.

Bei dieser Prüfung hat sich der Reha-Träger nicht auf die von ihm selbst angebotenen Leistungen zur Teilhabe zu beschränken. Vielmehr ist – soweit indiziert – eine umfassende Prüfung des Rehabilitationsbedarfs entsprechend den Maßstäben von § 10 Abs. 1 SGB IX einzuleiten. Fehlt es einem Rehabilitationsträger hierfür an Kompetenz, kann er andere Leistungsträger oder Leistungserbringer beauftragen. Zur umfassenden Prüfung von Teilhabebedarf gehört dann auch, zu prüfen ob ein durch Leistungen zur Teilhabe unterstütztes betriebliches Eingliederungsmanagement voraussichtlich erfolgreich sein könnte. Diese Prüfung ist zumindest in allen Fällen indiziert, in denen in einem Jahreszeitraum vor dem fraglichen Antrag Zeiten der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen vorgelegen haben oder in denen zum Zeitpunkt des Antrags eine nicht nur kurzfristige Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Die Prüfung nach § 8 Abs. 1 SGB IX soll dazu beitragen, die notwendigen Leistungen zur Teilhabe zügig in Gang zu setzen. Im Fall betrieblicher Teilhabeleistungen kann die Prüfung jedoch nur dann zur Zuständigkeitsklärung (§ 14

„Wo immer die Teilhabe am Arbeitsleben gefährdet ist, muss der Reha-Träger von Amts wegen Teilhabeleistungen prüfen“

SGB IX) und zum Antrag führen, wenn der Arbeitgeber mitwirkt. Da insoweit keine Mitwirkungspflichten bestehen, kann der Reha-Träger die Beteiligung des Arbeitgebers nur anregen. Die Rehabilitationsträger sind ver-

pflichtet, über die hierzu notwendige Kommunikation und Kooperation mit Betriebs- und Werksärzten, Arbeitgebern und betrieblichen Vertretungen gemeinsame Empfehlungen zu beschließen und haben dies auch schon getan.⁶

Ist schon beim Antrag auf Geldleistungen oder der Erbringung von gesundheitlichen Dienstleistungen die Erfolgsaussicht von Leistungen zur Teilhabe zu prüfen, so ist erst recht bei der Erbringung von Rehabilitationsleistungen zu prüfen, welche Leistungen aller Reha-Träger in Betracht kommen, um die Teilhabeziele zu erreichen. Insbesondere für die medizinische Reha ist diese Pflicht in § 11 SGB IX ausdrücklich festgeschrieben. Adressat der gesetzlichen Pflicht ist der Reha-Träger. Er hat sie im Verwaltungsverfahren und bei der Begutachtung, aber auch in den Vereinbarungen mit den Leistungserbringern der medizinischen Rehabilitation umzusetzen. Die möglichst frühe Prüfung des betrieblichen Teilhabebedarfs ist insoweit notwendiges Qualitätsmerkmal jeder Leistung zur medizinischen Reha und gesetzlich vorgeschriebener, angemessen zu vergrößernder Leistungsumfang.

Die Initiative zu betrieblichem Eingliederungsmanagement kann auch Teil eines Konzepts zur präventiven Ausrichtung von Leistungen zur Teilhabe entsprechend dem in § 3 SGB IX beschriebenen Ziel sein. Nach § 4 der Gemeinsamen Empfehlung Prävention⁷ setzen die Reha-Träger zur Erkennung des Bedarfs Screening-Verfahren ein, nutzen Gefährdungsbeurteilungen, Gesundheitsberichte, arbeits-

6 Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation aller beteiligten Akteure nach § 13 Abs. 2 Nr. 8 und 9 SGB IX vom 22.3.2004; unter www.bar-frankfurt.de

7 Gemeinsame Empfehlung nach § 3 SGB IX vom 16.12.2004; unter www.bar-frankfurt.de

medizinische Vorsorgeuntersuchungen und Sozialversicherungsdaten. Hieraus sollen Konzepte entwickelt werden, in die auch die Leistungserbringer von Präventionsmaßnahmen einbezogen werden. Zielgruppe sind nach § 9 der Gemeinsamen Empfehlung gerade die Erwerbspersonen mit hohen gesundheitlichen Risiken.

Rehabilitation und Prävention sind keine Gegensätze und sind auch nicht an unterschiedlichen Enden der Versorgungskette angesiedelt, sondern sie ergänzen sich und gehen ineinander über. So können auch Maßnahmen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren das BEM anregen und unterstützen. Die Pflicht der Krankenkassen hierzu ist durch §§ 20 a und b SGB V in der Fassung des GKV-WSG betont und präzisiert worden. Die Krankenkassen sollen ausdrücklich in diesem Bereich miteinander kooperieren und mit den Berufsgenossenschaften Arbeitsgemeinschaften bilden. Bislang wurde auch betriebliche Prävention von vielen Krankenkassen als Wettbewerbsinstrument missverstanden und entsprechend selektiv und oftmals am Bedarf vorbei eingesetzt.

Ob ausgerechnet das Wettbewerbsstärkungsgesetz die Fehlanreize durch den Kassenwettbewerb abschwächen kann, bleibt abzuwarten.

Servicestellen und Reha-Träger als Ansprechpartner der Betriebe

Ist im Betrieb ein Eingliederungsmanagement in Gang gesetzt worden – sei es aus eigener Initiative oder auf Anstoß von außen – so benennt § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB IX die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger⁸ als Ansprechpartner des Arbeitgebers. Dies konkretisiert die arbeitsrechtlichen Pflichten des Arbeitgebers und ist zugleich sozialrechtliche Aufgabenbeschreibung der Servicestellen, die § 22 Abs. 1 SGB IX ergänzt. Die Rehabilitationsträger sind nach § 23 Abs. 3 SGB IX so auszustatten, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür ist besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen – insbesondere im Rehabilitationsrecht und -praxis – einzusetzen.

Aus der Praxis ist allerdings – auch durch den Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe⁹ – bekannt, dass die Servicestellen ihre gesetzlichen Aufgaben nur zum Teil erfüllen, Fallmanagement nicht zu ihren Aufgaben zählen und insbesondere Schwächen beim Kontakt zu externen Akteuren wie etwa Arbeitgebern haben. Es wäre nun Aufgabe der Verwaltung und Selbstverwaltung der Reha-Träger sowie ihrer Aufsichtsbehörden, das geltende Recht einzuhalten und durchzusetzen. Solange Servicestellen ihre Leistungen

für das betriebliche Eingliederungsmanagement nicht offensiv anbieten und bekannt machen, werden sie auch von Arbeitgebern und behinderten Menschen nicht eingefordert werden.

Die Rehabilitationsträger haben bislang in § 8 ihrer Gemeinsamen Empfehlung „Prävention“ vom 16. Dezember 2004 verabredet, nicht nur auf Information der Arbeitgeber hinzuwirken, sondern hierzu auch abgestimmte Strategien zu entwickeln, die Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion, Projektmanagement und Information der Beschäftigten einbeziehen. Nach der Gemeinsamen Empfehlung können die Reha-Träger die Service-Angebote direkt oder durch ihre Servicestellen erbringen. Das gesetzliche Leitbild sieht die Konzentration auf eine Stelle vor, in der Praxis werden aber beide Wege nur spärlich beschritten. Ein wichtiger Baustein für das gesetzliche Konzept des BEM ist jedenfalls für alle nicht schwerbehinderten Men-

„Solange Servicestellen ihre Leistungen für das BEM nicht offensiv bekannt machen, werden sie auch nicht eingefordert werden.“

schen brüchig: Es fehlt an einem handlungsfähigen einheitlichen Ansprechpartner der Betriebe und einer Stelle, die notwendige Vernetzung der Akteure organisieren könnte.

Wer rechtspolitisch daran interessiert ist, diesen Zustand zu verändern, hat durch die Reform der bundesstaatlichen Ordnung einen neuen Ansprechpartner gewonnen. Die Länder sind nun frei, in der Verwaltungsorganisation vom Bundesrecht abweichende Regelungen zu schaffen (Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG). Somit könnte jedes deutsche Bundesland alle oder einzelne Funktionen der Servicestellen bestimmten Behörden in ihrem Rechtsraum zuordnen – etwa den Kreisen und kreisfreien Städten, der Versorgungsverwaltung oder den Integrationsämtern – und diese dann mit den entsprechenden Mitteln ausstatten. Würde der Bund solchen Plänen widersprechen und ein Bedürfnis nach bundeseinheitlicher Regelung geltend machen (Art. 84 Abs. 1 Satz 5 GG), so wäre er politisch in der Pflicht, seinerseits die Arbeitsbedingungen der Servicestellen effektiv zu verbessern.

Stufenweise Wiedereingliederung

Unter den Leistungen, die Rehabilitationsträger für die Unterstützung des betrieblichen Eingliederungsmanagements anbieten können, ist die „stufenweise Wiedereingliederung“ nach § 28 SGB IX besonders bedeutsam. Alle Träger der medizinischen Reha sind nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, ihre Leistungen für arbeitsunfähige Leistungsberechtigte mit dem Ziel einer stufenweisen Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu erbringen. Stufenweise Wiedereingliederung nach und in Verbindung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation, unterstützt

⁸ Ein Verzeichnis dieser Servicestellen findet sich unter www.reha-servicestellen.de.

⁹ BT-Drs. 15/4575

durch Krankengeld oder Übergangsgeld, ist nach dem SGB IX der Weg, um Arbeitsunfähigkeit zu überwinden.

Diese Wiedereingliederung ist auf die Kooperation des Arbeitgebers angewiesen. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat mit seiner Entscheidung vom 13. Juni 2006¹⁰ wichtige Fragen hierzu geklärt. Die stufenweise Wiedereingliederung ist nicht dem arbeitsrechtlichen Austauschverhältnis zuzuordnen, sondern ein Beschäftigungsverhältnis eigener Art. Dieses zu ermöglichen, ist der Arbeitgeber eines *schwerbehinderten Menschen* seit 2001 durch § 81 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX verpflichtet, soweit die stufenweise Wiedereingliederung nicht unzumutbar ist. Dieser Anspruch kann auch umfassen, eine andere Tätigkeit als die bisherige auszuüben. Noch nicht durch das BAG geklärt ist damit, ob auch andere als schwerbehinderte Beschäftigte einen solchen Anspruch auf eine stufenweise Wiedereingliederung haben. Bedenkt man, dass die Gleichbehandlungsrahmenrichtlinie 2000/78 mit ihrer Forderung nach angemessenen Vorkehrungen keine Differenzierung zwischen schwerbehinderten und anderen behinderten Menschen kennt, so ergibt eine europarechtskonforme Auslegung von § 618 BGB, dass auch anderen als schwerbehinderten Arbeitnehmern eine stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht werden muss, um ihren bestehenden Anspruch auf ein betriebliches Eingliederungsmanagement zu unterstützen. Dass das Erfordernis eines BEM für alle Arbeitnehmer – und nicht nur für behinderte Menschen besteht –, hat das BAG in einem anderen Urteil am 12. Juli 2007 klar entschieden.¹¹

In dem Urteil vom 13. Juni 2006 hat das BAG zur Darlegung der Voraussetzungen zu einer stufenweisen Wiedereingliederung eine ärztliche Bescheinigung gefordert, die eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers nach der stufenweisen Wiedereingliederung enthält, um dem Arbeitgeber eine Beurteilung der Zumutbarkeit zu ermöglichen. Zwar überzeugt diese Anforderung der Sache nach. Das BAG hat jedoch die Zuordnung von Verantwortlichkeiten nach dem SGB IX zu wenig beachtet, wenn es alleine auf eine ärztliche Bescheinigung abstellt. Diese kann nur über die Fähigkeit informieren, die bisherige Tätigkeit teilweise zu verrichten. Die Prognose über Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationserfolg ist nach §§ 10, 11, 14 SGB IX den Rehabilitationsträgern selbst zugewiesen. Ob Orthopäden stets geeignet sind, Arbeitsbedingungen fachkundig zu beurteilen, kann bezweifelt werden. Daher ist für die Beurteilung im Einzelfall ein rehabilitativer Sachverstand unter Einbeziehung arbeitswissenschaftlicher, pädagogischer und psychologischer Erkenntnisse zu fordern.

Für den Lebensunterhalt während der stufenweisen Wiedereingliederung ist derjenige Reha-Träger verantwort-

lich, der gleichzeitig die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbringt. Folgt die Wiedereingliederung unmittelbar auf eine Leistung zur medizinischen Reha der Rentenversicherung, so ist nach § 51 Abs. 5 SGB IX das Übergangsgeld bis zum Ende der Wiedereingliederung weiterzuzahlen.

Diese vom Gesetzgeber als Klarstellung gedachte Regelung hat Zuständigkeitskonflikte in diesem Bereich nicht beseitigen können.¹² Sie ist auch wenig geglückt, da die stufenweise Wiedereingliederung im SGB IX nicht als eigenständige Leistungsgruppe, sondern als Bestandteil der medizinischen Reha konzipiert ist. Entsprechend müsste bei genauerer Betrachtung die Verantwortlichkeit des zuständigen Reha-Trägers auch ohne unmittelbaren Anschluss an eine andere Einzelleistung weitergehen. Versucht man nun gleichwohl die Norm auszulegen, erweist sich die von der Rentenversicherung vorgeschlagene Grenze von zwei Wochen als wenig zielführend, wenn sie auch vereinzelt in der Rechtsprechung akzeptiert wird.¹³ Vielmehr sollte ein Zuständigkeitsbruch erst dann angenommen werden, wenn die stufenweise Wiedereingliederung nicht mehr der – mit dem Teilhabeplan nach § 10 SGB IX konzipierten – medizinischen Rehabilitation zuzuordnen ist. Wird sie also in einer Einrichtung der medizinischen Reha unter Verantwortung der Rentenversicherung ange-regt und eingeleitet – nach § 28 SGB IX soll dies geschehen –, so kann die weitere Zuständigkeit nicht davon abhängen, mit welcher Geschwindigkeit die Anregung umgesetzt wird. Ansonsten bestünde ein sachfremder Anreiz für den Rentenversicherungsträger, den unmittelbaren Anschluss zu vereiteln.

Unterlässt der Rehabilitationsträger eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation rechtswidrig ganz oder unterlässt er rechtswidrig die Prüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung, so kann sich der Erstattungsanspruch nach § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX auch auf die Kosten der stufenweisen Wiedereingliederung und die unterbliebenen ergänzenden Leistungen beziehen. Dabei wird der Beginn einer stufenweisen Wiedereingliederung häufig un-aufschiebbar im Sinne der Vorschrift sein, weil weiteres Abwarten durch Entwöhnung von der Arbeit die Erfolgsaussichten verschlechtert.

Weitere Leistungen der Rehabilitationsträger

Außer der stufenweisen Wiedereingliederung kommen zur Unterstützung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements alle Leistungen zur Teilhabe aller Reha-Träger und bei schwerbehinderten Menschen die begleitenden Hilfen im Arbeitsleben des Integrationsamts (§ 102 SGB IX) in Betracht.

Hier ist besonders darauf hinzuweisen, dass Leistungen zur medizinischen Reha auch Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie – mit Zustimmung der Leistungsberechtigten – Information und Beratung von Vorgesetzten und Kollegen umfassen (§ 26 Abs. 3 SGB IX). Die Hilfe beim BEM kann also unter Einschluss dieser Leistun-

10 BAG vom 13.6.2006, Az.: 9 AZR 229/05, in Sammlung der Entscheidungen des BAG (BAGE) 118, 252

11 BAG vom 12.7.2007, Az.: 2 AZR 716/06, in Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA) 2008, S. 173; vgl. dazu auch den folgenden Beitrag von Ulrich Faber, S. 130 ff. in diesem Heft

12 vgl. LSG Nordrhein-Westfalen vom 5.2.2007, Az.: L 3 R 39/06, anhängig beim BSG

13 vgl. SG Lübeck vom 16.5.2006, Az.: S 20 RA 166/04

gen Qualitätsmerkmal stationärer und ambulanter Einrichtungen und Dienste der Rehabilitation werden. Die mit dem GKV-WSG in § 40 Abs. 1 SGB V eingefügte Klarstellung, dass Rehabilitationsleistungen nicht nur in Einrichtungen, sondern auch durch Einrichtungen an einem anderen Ort erfolgen können, stellt somit auch klar, dass begleitende Beratungs- und Anpassungsleistungen auch im Betrieb erfolgen können.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen bei gleicher Effektivität bevorzugt in betrieblicher Form erbracht werden (§ 19 Abs. 2 SGB IX) und können dann besonders gut in ein Eingliederungsmanagement integriert werden. Auch sie können Beratung von Vorgesetzten und Kollegen umfassen (§ 33 Abs. 3 SGB IX). Wichtige Leistungen für die betriebliche Wiedereingliederung können auch Hilfsmittel zur Berufsausübung und für den Arbeitsweg sowie technische Arbeitshilfen sein (§ 33 Abs. 8 Nr. 4 und 5 SGB IX). Ist eine Wiedereingliederung nur an einem anderen Standort möglich oder können lange Pendelzeiten nicht mehr verkraftet werden, können auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung erstattet werden (§ 33 Abs. 8 Nr. 6 SGB IX). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben schließen auch Leistungen an Arbeitgeber (§ 34 SGB IX) ein, zu denen Ausbildungs- und Eingliederungszuschüsse und Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb gehören. Eine Arbeitsassistentin zur Sicherung des bestehenden Arbeitsverhältnisses kann nur vom Integrationsamt als begleitende Hilfe im Arbeitsleben geleistet werden (§ 102 Abs. 3 SGB IX). Es handelt sich hier um eine Pflichtleistung, wenn die Arbeitsassistentin zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig ist. Für schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung und Hilfen können die Integrationsfachdienste tätig werden.

Prämien und Boni der Rehabilitationsträger

Die Rehabilitationsträger und das Integrationsamt können das BEM durch Prämien oder einen Bonus fördern (§ 84 Abs. 3 SGB IX). Damit wird das Interesse der Reha-Träger angezeigt, durch die Sicherung von Arbeitsverhältnissen Sozialleistungen zu sparen. Für die Sozialversicherungsträger wird so das Versicherungsprinzip gestärkt, indem gefahrminderndes Verhalten belohnt wird. Insbesondere für kleinere und mittlere sowie wirtschaftlich gefährdete Betriebe wird so aufgezeigt, dass der Aufwand für die Einführung des Eingliederungsmanagements unterstützt und honoriert wird, der sich für den Betrieb vielleicht erst langfristig auszahlt. Die mit Prämien und einem Bonus verbundene Ungleichbehandlung ist aber nur dann zu rechtfertigen, wenn die geforderten Betriebe mehr tun, als ihnen das Gesetz ohnehin auferlegt, schon weil sonst der irrtümliche Eindruck entstünde, die geforderte Pflicht sei gar keine.

Unter einem Bonus sind Ermäßigungen der Sozialversicherungsbeiträge zu verstehen. Diese können den Arbeitgeber wie den Beschäftigtenanteil betreffen. Die Regelungen zur Belohnung der betrieblichen Gesundheitsförde-

rung in § 65a Abs. 3 SGB V können hier herangezogen oder ergänzt werden. Prämien sind einmalige oder wiederholte Zahlungen an die Arbeitgeber, die personellen und organisatorischen Aufwand für die Einführung oder besondere Erfolge beim BEM – etwa gemessen an der Reduzierung von Übergängen in Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente – honorieren. Hier kann die Regelung in § 162 Abs. 2 SGB VII Orientierungs- und Anknüpfungspunkt sein.

Keine Sanktionen

Sanktionen gibt es bislang (noch) nicht. Nach § 147a SGB III musste der Arbeitgeber der Agentur für Arbeit zwar das Arbeitslosengeld erstatten, wenn die Kündigung eines über 55-jährigen Beschäftigten, der mehr als zehn Jahre im Betrieb beschäftigt war, sozial ungerechtfertigt war oder wenn das Arbeitsverhältnis einvernehmlich aufgelöst worden ist. Dies galt aber gerade dann nicht, wenn der Arbeitslose noch Krankengeld beanspruchen konnte oder mittlerweile erwerbsgemindert war. Im Übrigen ist die Arbeitslosengeld-Erstattung durch den Arbeitgeber inzwischen durch § 434 I SGB III praktisch aufgehoben worden.

Ob die Verantwortung des Arbeitgebers für eine effektive Kündigungsprävention sich nicht nur im Kündigungsschutzrecht, sondern auch im Sozialrecht durch eine sanktionierte Mitwirkungspflicht niederschlagen sollte, wird rechtspolitisch weiter zu diskutieren sein. Je mehr Bonusysteme etabliert werden, desto eher wird auch an einen Malus für weniger verantwortliches Handeln zu denken sein.

Fazit

Die Rehabilitationsträger könnten einzeln und vor allem in ihrer Gesamtheit noch deutlich mehr zur Förderung des betrieblichen Eingliederungsmanagements tun, wenn sie ihre Rechte, Pflichten und Handlungsmöglichkeiten ausschöpfen würden. Insbesondere die Servicestellen werden ihrer Funktion als aktive Anlaufstellen noch nicht voll gerecht. Doch wäre es weder für Betriebe noch für Dienste und Einrichtungen angemessen, deswegen eine abwartende Haltung einzunehmen. Alle Akteure können an ihrem jeweiligen Platz Initiativen ergreifen und zum Gelingen einer notwendigen gesellschaftlichen Aufgabe beitragen. ■

Der Autor:

Prof. Dr. Felix Welti ist Professor für Sozialrecht und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management