

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

---

**Entwicklung eines evidenzbasierten, sozialrechtlich fundierten und  
konsentierten Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der  
Deutschen Rentenversicherung im Kontext des  
Bundesteilhabegesetzes**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von

Anna-Lena Bühne, geb. Baasner

aus Eschwege

Lübeck 2025

1. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Matthias Bethge  
Ko-Betreuerin: Prof. Dr. rer. medic. Katharina Röse  
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Sven Karstens  
Tag der mündlichen Prüfung: 22.04.2026

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den 29.04.2026

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

## Vorgelegte Publikationen

- 1. Baasner A-L, Petrak S, Albersmann L, Gröhl S, Lemke S, Bethge M.** A meta-synthesis of qualitative research on effective return to work counseling for individuals with work participation restrictions – A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2025; 35: 725–740. DOI: 10.1007/s10926-024-10250-7  
[Impact Factor 2024: 2,5]
- 2. Baasner A-L, Gröhl S, Lemke S, Albersmann L, Nebe K, Bethge M.** Analyse der Umsetzung der Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes in der Reha-Fachberatung – Eine Triangulation von sozialrechtlicher Analyse, Fragebogenerhebung und Interviewstudie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 196–204. DOI: 10.1055/a-2563-6856  
[Impact Factor 2024: 2,3]
- 3. Baasner A-L, Lemke S, Gröhl S, Nebe K, Bethge M.** Entwicklung eines Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung basierend auf den Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes - Eine Delphi-Studie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 325–333. DOI: 10.1055/a-2619-1175  
[Impact Factor 2024: 2,3]

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>v</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>vi</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention und das Bundesteilhabegesetz.....	1
1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung .....	3
1.3 Die Reha-Fachberatung im Kontext des Bundesteilhabegesetzes .....	6
<b>2 Faktoren einer wirksamen Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe</b> .....	<b>9</b>
2.1 Hintergrund.....	9
2.2 Methode .....	9
2.3 Ergebnisse.....	10
2.4 Diskussion .....	11
<b>3 Sozialrechtliche Anforderungen infolge des Bundesteilhabegesetzes und die aktuelle Umsetzung in der Reha-Fachberatung</b> .....	<b>13</b>
3.1 Hintergrund.....	13
3.2 Methode .....	13
3.3 Ergebnisse.....	14
3.4 Diskussion .....	16
<b>4 Entwicklung eines Beratungsleitfadens zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in der Reha-Fachberatung</b> .....	<b>17</b>
4.1 Hintergrund.....	17
4.2 Methode .....	17
4.3 Ergebnisse.....	18
4.4 Diskussion .....	20
<b>5 Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>21</b>
<b>6 Literatur</b> .....	<b>26</b>
<b>Anlagen</b> .....	<b>30</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>33</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: 4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe .....	11
--	----

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTHG-RB	Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Fachberatung
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
GdB	Grad der Behinderung
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
RFB	Reha-Fachberatung
SD	Standardabweichung
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WAS	Work Ability Score

# 1 Einleitung

## 1.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention und das Bundesteilhabegesetz

Bei Menschen mit Beeinträchtigungen besteht aufgrund von Schädigungen der Körperstrukturen und -funktionen eine dauerhafte Minderung ihrer Leistungsfähigkeit. In Deutschland hatten im Jahr 2017 rund 7,8 Millionen dieser etwa 13 Millionen Menschen eine anerkannte Schwerbehinderung [1]. Definiert wird diese gemäß § 2 Absatz (Abs.) 2, 3 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) durch einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 oder eine Gleichstellung bei einem GdB von 30 oder 40 [1]. Die Teilhabe am Arbeitsleben ist für Menschen mit einer Schwerbehinderung nach wie vor eingeschränkt, was unter anderem eine deutlich niedrigere Erwerbstätigenquote (im Jahr 2022 51,4 % im Vergleich zu 75,6 % der Gesamtbevölkerung) verdeutlicht [2]. Diese auch bei guten Qualifikationen ungleichen Chancen auf dem Arbeitsmarkt [2] stehen im deutlichen Widerspruch zu den Zielen des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention bzw. UN-BRK) [3].

Die UN-BRK zielt auf die vollständige und gleichberechtigte Förderung, den Schutz und die Gewährleistung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten von Menschen mit Behinderungen sowie die Förderung der Achtung ihrer Würde ab, insbesondere nach Artikel (Art.) 27 UN-BRK auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung [4]. Am 13. Dezember 2006 wurde die UN-BRK von der UN-Generalversammlung verabschiedet und im Jahr 2007 veröffentlicht [4]. Im Mai 2008 trat dieser völkerrechtliche, internationale Vertrag in Kraft und wurde seitdem von 191 Vertragsstaaten (Stand: September 2024) ratifiziert [5]. Die UN-BRK besteht aus einem Vertragstext und einem ergänzenden Fakultativprotokoll. Der Vertragstext umfasst 50 Artikel und thematisiert unter anderem Gleichberechtigung und Nicht-Diskriminierung, Barrierefreiheit, selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe, Bildung, Gesundheit sowie Arbeit und Beschäftigung [4].

Mit der Ratifikation der UN-BRK am 24. Februar 2009 [5] hat sich Deutschland verpflichtet, das nationale Recht entsprechend der Bestimmungen der Konvention auszulegen [6]. Durch die Transformation in nationales Recht ist sie innerstaatlich verbindlich und gilt als einfaches Bundesrecht. Um daran anknüpfend die Teilhabe, auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung von Menschen mit (drohenden) Behinderungen, zu

verbessern, verabschiedete Deutschland am 16. Dezember 2016 das Artikelgesetz „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“, in der Kurzbezeichnung als Bundesteilhabegesetz (BTHG) bezeichnet [7].

Das BTHG, das seit dem 1. Januar 2017 schrittweise in vier Reformstufen in Kraft trat [8] und zu umfangreichen Änderungen insbesondere im SGB IX führte, wird als eine der wichtigsten Reformen für Menschen mit Behinderungen in den letzten 20 Jahren angesehen [9]. Ziel des BTHG ist die Verbesserung der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit einer oder mehreren Behinderungen [8]. Der Begriff ‚Teilhabe‘ bezeichnet den gleichberechtigten Zugang zu materiellen, kulturellen und sozialen Ressourcen sowie zu gesellschaftlichen Prozessen [10]. Mit dem BTHG sollen die sozialrechtlichen Leistungen gezielter und effektiver bereits vor dem Entstehen eines Rehabilitationsbedarfs ansetzen [11]. Dies dient der konsequenten Umsetzung der in § 9 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI) verankerten Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“. Eine solche Neuausrichtung sozialrechtlicher Instrumente war unverzichtbar, da sich die Bundesrepublik Deutschland aufgrund der UN-BRK verpflichtet hat, einen inklusiven Arbeitsmarkt zu fördern. Zudem ist die Förderung der Erwerbsfähigkeit für die Beitragsstabilität der Rentenversicherungsträger bedeutsam [11].

In der ersten der vier geplanten Reformstufen, eingeführt zum Jahreswechsel 2016/2017, wurden unter anderem höhere Freibeträge bei Einkommen und Vermögen für Personen beschlossen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten [8]. Mit der zweiten Reformstufe zum 1. Januar 2018 wurden z. B. der Allgemeine Teil und das Schwerbehindertenrecht in die Teile 1 und 3 des neuen SGB IX überführt. Reformstufe 3, zum 1. Januar 2020 eingeführt, umfasste unter anderem die Überführung des Eingliederungshilferechts in Teil 2 des neuen SGB IX und eine Erhöhung der Freibeträge bei Einkommen und Vermögen [8]. Die Reformstufe 4 beinhaltet insbesondere die Neuformulierung der Leistungsberechtigung der Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX). Die Umsetzung erfolgte jedoch nicht wie geplant infolge des BTHG, sondern trat mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger von Leistungen für Bildung und Teilhabe in der Sozialhilfe“ (TeilhabeStärkungsgesetz) am 1. Juli 2021 in Kraft [12].

Eine wichtige Neuerung, die sowohl im SGB IX als Folge des BTHG als auch zuvor in der UN-BRK umgesetzt worden war, bildete die Neudefinition des Behinderungsbegriffs [4, 11]. § 2 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX definiert, dass Menschen mit Behinderungen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten Beeinträchtigungen des Körpers, des Geistes, der Seele oder der Sinne haben. Dieser Zustand muss von dem für das Lebensalter typischen Körper- und Gesundheitszustand abweichen. Neu aufgenommen wurde unter anderem, dass das Zusammenwirken mit einstellungs- sowie umweltbedingten Barrieren berücksichtigt wird (§ 2 Abs. 1 Satz 1, 2 SGB IX). Der neue Gesetzestext entspricht dem Wechselwirkungsansatz der UN-BRK und ist auf Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) entstanden [9]. Die Definition der UN-BRK von Menschen mit Behinderungen ist etwas weiter gefasst, da kein Mindestzeitraum zugrunde liegt, über den die Beeinträchtigung der Teilhabe anhalten muss [6].

Zu den wichtigsten Veränderungen infolge des BTHG zählen neben der Neufassung des Behinderungsbegriffs das Herauslösen der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht und die Übernahme in das SGB IX, die Vorgabe der Erbringung von Leistungen wie aus einer Hand, die Einführung der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) sowie die Einführung eines auf der ICF basierenden Gesamtplanverfahrens [8]. Zudem wurde der Begriff der „Personenzentrierung“ erstmals in das Rehabilitationsrecht aufgenommen [9]. Mit dem BTHG erhielten die Rehabilitationsträger den Auftrag, sich noch stärker auf die Umsetzung der UN-BRK zu fokussieren, beispielsweise durch Sensibilisierung und Schulungen der Mitarbeitenden [7]. Ein zentraler Aspekt, in dem das BTHG das deutsche Sozialrecht bezüglich der UN-BRK weiterentwickelt, ist die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben [11].

## **1.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung**

Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) können beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung (DRV), die Bundesagentur für Arbeit oder die Eingliederungshilfeträger sein (§ 6 Abs. 1 SGB IX), wobei die meisten LTA von der DRV (76,7 %) finanziert werden [13]. Im Folgenden werden LTA der DRV fokussiert.

Seit der Aufnahme berufsfördernder Rehabilitationsleistungen in den Leistungskatalog der DRV im Jahr 1957 haben sich LTA als bedeutsame Maßnahmen zur beruflichen

(Re-)Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen etabliert [14, 15]. LTA zu Lasten der DRV sind nach §§ 10, 11 SGB VI an persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen gebunden. Zu den persönlichen Voraussetzungen zählen unter anderem, dass eine erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit aufgrund von Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung vorliegt und die Gefährdung der Erwerbsfähigkeit durch eine LTA abgewendet oder die geminderte Erwerbsfähigkeit gebessert oder wiederhergestellt werden kann (§ 10 Abs. 1 SGB VI). Versicherungsrechtlich wird grundsätzlich die Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren oder der Bezug einer Erwerbsminderungsrente vorausgesetzt. Eine LTA kann außerdem erbracht werden, wenn ohne diese eine Erwerbsminderungsrente gezahlt werden müsste oder dadurch der Rehabilitationserfolg unmittelbar nach einer medizinischen Rehabilitation gesichert wird (§ 11 Abs. 1, 2a SGB VI). Primäres Ziel einer LTA ist, krankheits- oder behinderungsbedingten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken und eine nachhaltige Reintegration von Versicherten in das Erwerbsleben zu ermöglichen [15].

LTA werden im deutschen Sprachgebrauch häufig synonym für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation verwendet [16]. Sie umfassen Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, Berufsvorbereitungen, individuelle berufliche Qualifizierungen, berufliche Anpassungen und Ausbildungen, Maßnahmen zur Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit sowie sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 3 SGB IX).

Im Jahr 2023 wurden bei den Rentenversicherungsträgern 332.670 Anträge auf LTA gestellt, 229.970 bewilligt und 117.873 LTA abgeschlossen. Am häufigsten wurden Leistungen zur Erhaltung bzw. Erlangung eines Arbeitsplatzes (52 %) und Leistungen zur beruflichen Bildung (18 %) realisiert [16]. Insgesamt nahmen im Jahr 2023 mehr als doppelt so viele Männer wie Frauen LTA in Anspruch. Das Durchschnittsalter lag bei 49,1 Jahren (Frauen) bzw. bei 50,1 Jahren (Männer) [16].

Der Rehabilitationsprozess kann in sieben Phasen untergliedert werden, wobei sich die Phasen teilweise überschneiden, mehrfach durchlaufen werden oder wegfallen können [17]. In der ersten Phase, der Bedarfserkennung, kann die Initiative zur Antragstellung durch Versicherte selbst oder durch die DRV ergriffen werden [15]. Die DRV initiiert LTA beispielsweise nach Abschluss medizinischer Rehabilitationen, in

denen ein potenzieller Bedarf im Entlassungsbericht dokumentiert wurde [15]. Es folgt die Zuständigkeitsklärung, ob ein Bundes- oder Regionalträger der DRV oder eine andere Institution leistender Rehabilitationsträger ist [17]. Beim Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen wird die LTA dem Grunde nach bewilligt [15]. Während der dritten Phase, der Bedarfsermittlung und -feststellung, wird die Grundlage für die Entscheidung über LTA geschaffen [17]. In diesem Zusammenhang werden Versicherte, sofern indiziert, schriftlich zu einem Beratungstermin eingeladen, der in der DRV üblicherweise von der Reha-Fachberatung (RFB) durchgeführt wird [15]. Die RFB richtet sich an Versicherte, deren Erwerbstätigkeit aufgrund einer Erkrankung oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung gefährdet oder gemindert ist [15]. Während des Beratungsgesprächs können beispielsweise die gesundheitliche und persönliche Situation der Versicherten, das Betriebliche Eingliederungsmanagement oder die Eignung für eine bestimmte Tätigkeit thematisiert werden [18]. Gemeinsam mit der versicherten Person wird entschieden, ob z. B. ein Assessment oder eine Eignungsabklärung durchgeführt werden soll, um die beruflichen Möglichkeiten zu analysieren [17]. In der vierten Phase, der Teilhabeplanung [17], kann, wenn von den Versicherten gewünscht oder wenn Leistungen von mehr als einem Rehabilitationsträger notwendig sind, ein Teilhabeplan erstellt werden (§ 19 Abs. 1, 2 SGB IX). Die fünfte Phase umfasst die Entscheidung und die sechste Phase die Durchführung einer oder mehrerer Leistungen [17]. In einer Studie von Sternberg et al. [19] wurden bis zu vier und im Durchschnitt 1,3 Maßnahmen (inkl. Leistungen aus der Bedarfsermittlungs- und Feststellungsphase) in Anspruch genommen, wobei Umschulungen und Integrationsmaßnahmen am häufigsten durchgeführt wurden [19]. In der letzten Phase des Rehabilitationsprozesses können Aktivitäten zum oder nach Ende einer Leistung zur Teilhabe durchgeführt werden, wie z. B. Rehabilitationssport als ergänzende Leistung [17, 20].

Einige Studien haben die Aufgaben und Anforderungen der RFB herausgearbeitet und spezifiziert. Nach Slavchova et al. [21] umfasst die RFB der DRV, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben, die Unterstützung von Personen mit Beeinträchtigungen bei der beruflichen Reintegration. Sie zielt darauf ab, neue berufliche Perspektiven aufzuzeigen und in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen geeignete Leistungen zur Förderung ihrer Teilhabe am Arbeitsleben zu identifizieren [21]. Das Projekt RehaFuturReal® machte deutlich, dass Reha-Fachberatende Schlüsselfiguren darstellen,

die den individuellen Versichertenfall gestalten und steuern. Die RFB bindet ggf. weitere Akteure in den Prozess ein [22], wie beispielsweise Arbeitgeber, Bildungsträger oder Integrationsämter [15]. Die Aufgaben umfassen die Beratungsgespräche, das Treffen und Begründen von Entscheidungen, die Betreuung von Versicherten in Bildungseinrichtungen während einer LTA-Maßnahme, Netzwerkarbeit sowie Dokumentations- und Verwaltungstätigkeiten [15].

Abhängig von den Strukturen der DRV übernehmen Reha-Fachberatende zusätzliche Aufgabenbereiche, z. B. die Tätigkeit im Firmenservice, der betriebliche Akteure über die Leistungen der DRV berät [15] oder die Tätigkeit im Fallmanagement. Dies unterstützt Versicherte mit komplexen Problemlagen bei der Organisation, Koordination und Steuerung passgenauer Hilfen und stellt die individuellen Lebensumstände der Versicherten in den Mittelpunkt [23].

### **1.3 Die Reha-Fachberatung im Kontext des Bundesteilhabegesetzes**

Beratung kann als professionelle Beziehung definiert werden, die Personen bei der Erreichung ihrer Ziele in den Bereichen Karriere, Bildung, psychische Gesundheit und Wohlbefinden unterstützt [24]. Diese Definition lässt sich auch auf die RFB anwenden, die wegweisend für die nachhaltige Reintegration in den Arbeitsmarkt sein und somit einen Schlüsselmoment im Leben der Versicherten darstellen kann [25]. Die Passgenauigkeit der LTA ist ein entscheidender Erfolgsfaktor, woraus sich eine besondere Verantwortung für die RFB ergibt [26]. Eine Studie zur Wahrnehmung von RFB verdeutlicht, dass eine als passiv oder hemmend erlebte Begleitung zu Verunsicherung und Rückzug bei den Versicherten führen kann [27]. Dies wirft die Frage auf, wie eine möglichst zielführende und wirksame Beratung umgesetzt werden sollte.

Slavchova et al. [21] definieren eine qualitativ hochwertige RFB durch eine Subjektzentrierung, also dadurch, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Versicherten ernst- und die Versicherten als Menschen wahrgenommen werden. Ihr entwickeltes „Modell der guten Reha-Beratung“ fußt auf drei Säulen: Gute Beratung umfasst als erste Säule Schlüsselkompetenzen wie Empathie und Einfühlungsvermögen, einen persönlichen und respektvollen Umgang sowie eine positive menschliche Grundhaltung. Als Rahmenbedingung (zweite Säule) muss eine gute und direkte Erreichbarkeit vorhanden sein. Die dritte Säule umfasst Fachkompetenzen und Methoden, wie das Erzielen eines einvernehmlichen und tragfähigen Beratungsergebnisses, die Fähigkeit zur

transparenten Beratung, Wissen über den Versicherten, seine Einschränkungen und die berufliche Rehabilitation sowie die Hilfestellung zur Berufswahl und zur Reintegration [21].

Im Jahr 2014 wurden im Rahmen eines Workshops der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. trägerübergreifende Beratungsstandards formuliert, die jedoch nur orientierende Wirkung haben [28, 29]. Als Ergebnis wurden Kriterien zur Sicherstellung guter Beratung formuliert [29]. Diese umfassen Strukturkriterien (z. B. personelle oder räumliche Ausstattungsanforderungen), Prozesskriterien (z. B. eine angenehme Gesprächsatmosphäre) und Ergebniskriterien (z. B. die verständliche Vermittlung aller relevanten Informationen an den Versicherten). Außerdem wurde ein Kompetenzprofil für Beratungsfachkräfte entwickelt. Beratende sollen über Fach-, Beratungs-, Methoden- sowie soziale und personale Kompetenzen verfügen und Fort- und Weiterbildungen besuchen [29]. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass keine transparente Darstellung des methodischen Vorgehens erfolgte [28].

Giraud und Penstorf [25] beziehen sich unter anderem auf diese Beratungsstandards, setzen diese aber in Bezug zu den Anforderungen infolge des BTHG. Beratung sollte so verstanden werden, dass Versicherte alle relevanten Informationen erhalten, die sie für eine informierte Entscheidung benötigen. Dies führt zu einem langfristigen Erfolg der Rehabilitation und zu Zufriedenheit bei den Versicherten. Wirksame RFB fördert und unterstützt zudem die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen [25].

Die Änderungen infolge des BTHG führten zu einer Erweiterung der Informations-, Kontakt-, Beteiligungs- und Beratungspflichten der RFB [25]. Darüber hinaus sollte die Zusammenarbeit zwischen den im Rehabilitationsprozess involvierten Akteuren geschärft, Rehabilitationsleistungen besser koordiniert und Übergänge im Rehabilitationsprozess optimiert werden [30]. Um umfassend beraten zu können, müssen Reha-Fachberatende die neuen Regelungen des BTHG kennen und anwenden [25]. Jedoch zeigt sich eine große Lücke zwischen den gesetzlichen Vorgaben und der praktischen Umsetzung [18]. Es fehlt ein Curriculum oder eine klar geregelte Ausbildung für die RFB der DRV [21]. Zudem wurden die meisten Studien zur RFB vor den umfangreichen Änderungen infolge des BTHG durchgeführt, sodass Untersuchungen zu den Auswirkungen der Änderungen infolge des BTHG auf die RFB fehlen. An dieser Stelle setzte

die vorliegende Dissertation an. Anhand von drei Einzelpublikationen wurden folgende Fragestellungen bearbeitet:

1. Wie kann der aktuelle Stand der Forschung zu Faktoren einer wirksamen Beratung von Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe zusammengefasst werden?
2. Welche Erkenntnisse liefert der Abgleich zwischen sozialrechtlichen Anforderungen infolge des BTHG und empirischen Daten (Fragebogen-, Interviewdaten) zur aktuellen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in der RFB?
3. Welche Empfehlungen sollte ein Beratungsleitfaden für die RFB umfassen, der sich an den Anforderungen infolge des BTHG orientiert?

Das übergeordnete Ziel dieser kumulativen Dissertation bestand darin, die RFB der DRV weiterzuentwickeln, indem auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit zu Faktoren einer wirksamen Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe und den gesetzlichen Anforderungen infolge des BTHG ein konsensbasierter Beratungsleitfaden erarbeitet wird.

Um die bereits bekannten, internationalen Erkenntnisse zu wirksamer Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe zusammenzufassen, wurde in der ersten Publikation im Rahmen einer Meta-Synthese das „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“ entwickelt [31]. In der zweiten Publikation wurden die geänderten, sozialrechtlichen Anforderungen infolge des BTHG sowie deren Umsetzung in der RFB analysiert und trianguliert [32]. Schließlich wurde für die dritte Publikation ein Delphi-Verfahren durchgeführt, in dessen Rahmen ein Beratungsleitfaden für die RFB entwickelt wurde. Dieser nutzt das 4-Ebenen-Modell, die Ergebnisse der sozialrechtlichen Analyse und die Erkenntnisse der aktuellen Umsetzungspraxis als Grundlage [33]. Alle drei Publikationen wurden im Rahmen des Projekts „Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Fachberatung (BTHG-RB)“ durchgeführt, welches von der DRV Nord und der DRV Knappschaft-Bahn-See (KBS) finanziert wurde und für das ein positives Votum der Ethikkommission der Universität zu Lübeck (Aktenzeichen: 22-119, 5. Mai 2022) vorliegt.

## **2 Faktoren einer wirksamen Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe**

### **2.1 Hintergrund**

Erkrankungen oder Unfälle können dazu führen, dass eine Person ihren bisherigen Beruf dauerhaft nicht mehr ausüben kann. Dennoch ist es ein zentrales gesellschaftliches Anliegen, dass Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe in das Arbeitsleben reintegriert werden. Eine Rückkehr in Arbeit kann für diese Personen auch aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen mit zahlreichen Herausforderungen verbunden sein. Eine Beratung, die berufs- und arbeitsbezogene Fragen beantwortet, kann an dieser Stelle dazu beitragen, eine sichere und nachhaltige berufliche Teilhabe zu unterstützen. Beratungsdienste mit Fokus auf Return-to-Work können sich in Bezeichnung, Inhalt, Struktur und Dauer unterscheiden, haben jedoch gemein, dass eine Unterstützung der betroffenen Person bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz oder der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit intendiert wird.

Diese systematische Übersichtsarbeit hatte das Ziel, den aktuellen Forschungsstand zu zentralen Faktoren einer wirksamen Beratung von Klientinnen und Klienten, also Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe, zusammenzufassen und diese anschließend in einem theoretischen Modell zur Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe zusammenzuführen. Beratung wurde als wirksam definiert, wenn die Klientinnen und Klienten sie als solche wahrnahmen oder wenn die Beratung in den Primärstudien, die dieser systematischen Übersichtsarbeit zugrunde liegen, als förderlich bezeichnet wurde.

### **2.2 Methode**

Die systematische Übersichtsarbeit wurde im International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) unter der Registrierungsnummer CRD42023406420 eingetragen. Die Suchstrategie basierte auf der Kombination von Schlagwörtern zur Identifikation der Population und Intervention sowie auf dem Einsatz validierter Filter für die Identifizierung qualitativer Studien. Im März 2023 erfolgte die Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE (PubMed), CINAHL, Web of Science, PsycINFO und PubPsych. Einschlusskriterien waren deutsch- und englischsprachige, im Zeitraum 2013 bis 2023 veröffentlichte qualitative Einzelstudien mit dem Fokus auf Beratung

zur beruflichen Teilhabe. Als Ausschlusskriterium wurden Studien mit Personen, die noch nicht oder nicht mehr im Arbeitsleben standen (z. B. Schülerinnen und Schüler, Rentenbeziehende) definiert. Das Titel-Abstract- sowie das Volltextscreening wurden von zwei Autorinnen unabhängig voneinander in der Software Covidence durchgeführt. Unterschiedliche Entscheidungen wurden diskutiert und bei Bedarf war der Einbezug einer dritten Person vorgesehen. Die Studienqualität wurde mit einer Checkliste des Critical Appraisal Skills Programmes (CASP) bewertet. Orientiert an dem meta-ethnografischen Ansatz nach Noblit und Hare wurden zunächst alle First-Order-Concepts aus den Primärstudien extrahiert. Anschließend wurden studienübergreifende Kategorien (Second-Order-Interpretations) überwiegend mithilfe der reziproken Synthese gebildet. Auf Grundlage des systemischen Kontextmodells nach Schiersmann et al. wurden die Second-Order-Interpretations in Beziehung gesetzt, neu strukturiert und neu entwickelten Oberkategorien zugeordnet, um diese im Rahmen der Third-Order-Synthesis in ein eigenes theoretisches Modell zu überführen.

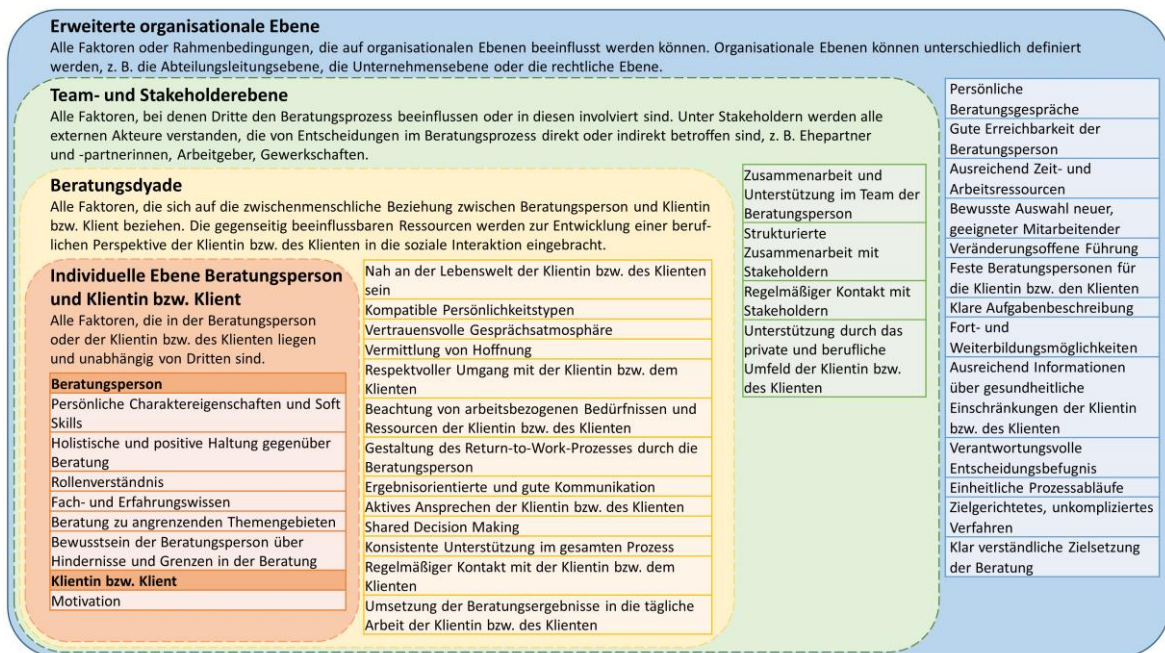
### **2.3 Ergebnisse**

Es wurden 2.901 Treffer identifiziert und nach der Entfernung von Duplikaten 1.690 Artikel gescreent. Die 16 in die Meta-Synthese eingeschlossenen Studien wurden in Australien, den USA, Kanada, in skandinavischen Ländern sowie in Deutschland durchgeführt. Acht Studien schlossen Beratende, fünf Klientinnen und Klienten sowie drei beide Personengruppen ein. 14 Studien wiesen eine hohe und zwei eine moderate Qualität auf. 427 First-Order-Concepts wurden extrahiert und in 37 Second-Order-Interpretations translatiert. Während der Third-Order-Synthesis entstand durch Zuordnung zu verschiedenen Ebenen das „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“, das die erweiterte organisationale Ebene, die Team- und Stakeholderebene, die Ebene der Beratungsdyade und die individuellen Ebene umfasst.

Die erweiterte organisationale Ebene bildet hierbei den Rahmen und schließt Faktoren ein, die auf organisationalen Ebenen, wie z. B. von Abteilungsleitungen oder der Unternehmensführung, beeinflusst werden können. Dies sind beispielsweise eine gute Erreichbarkeit der Beratenden, klare Aufgabenbeschreibungen, einheitliche Prozessabläufe oder ein zielgerichtetes, unkompliziertes Verfahren. Auf der Team- und Stakeholderebene werden alle Faktoren zusammengefasst, bei denen Dritte den Beratungsprozess beeinflussen oder in diesen involviert sind. Diese umfassen z. B. die strukturierte

Zusammenarbeit oder den regelmäßigen Kontakt mit allen im Beratungsprozess involvierten Stakeholdern wie z. B. Arbeitgebern. Darüber hinaus wird die Unterstützung durch das private oder berufliche Umfeld der Klientinnen und Klienten abgebildet. Die dritte Ebene, die Beratungsdyade, adressiert die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Beratenden und Klientin bzw. Klient. Faktoren sind beispielsweise eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre, die Beachtung arbeitsbezogener Bedürfnisse und Ressourcen der Klientinnen und Klienten sowie eine ergebnisoffene Kommunikation. Förderlich ist ebenfalls, wenn die Beratenden die Klientin bzw. den Klienten aktiv ansprechen, gemeinsam Entscheidungen treffen (Shared Decision Making) und ein regelmäßiger Kontakt besteht. Die individuelle Ebene umfasst Faktoren, die personenspezifisch und unabhängig von Dritten sind. Bei Beratenden sind beispielsweise persönliche Charaktereigenschaften und Soft Skills, eine holistische und positive Haltung gegenüber Beratung sowie Fach- und Erfahrungswissen relevant. Für Klientinnen und Klienten hingegen ist die Motivation zur Rückkehr an den Arbeitsplatz ein relevanter Faktor.

**Abbildung 1: 4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe**



Quelle: Eigene Darstellung

## 2.4 Diskussion

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass für eine wirksame Beratung bei Personen mit Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe Faktoren auf vier Ebenen zu

beachten sind, die erstens die individuelle Person, zweitens die Beratungsdynade, drittens die Stakeholder im Beratungsprozess und viertens die organisationale Ebene betreffen.

Die Meta-Synthese liefert studienübergreifend konsistente Erkenntnisse über Einflussfaktoren im Beratungskontext. Widersprüchliche Ergebnisse traten nur in einem Fall auf und könnten durch Unterschiede in den Teilnehmenden, Settings oder Studiendesigns bedingt sein. Auffällig war der geringe Fokus auf individuelle Faktoren der Klientinnen und Klienten, was sich vermutlich durch die Fokussierung vieler Primärstudien auf die Optimierung des Beratungsprozesses erklären lässt. Zudem bestehen Interdependenzen zwischen den Ebenen, sodass die Faktoren auf einer niedrigeren Ebene im Kontext der höheren Ebene interpretiert werden müssen und umgekehrt.

Limitierend ist zu nennen, dass sich die Ergebnisse und das Modell nur auf die Beratung bei Beeinträchtigungen der beruflichen Teilhabe beziehen. Die Übertragbarkeit auf andere Beratungssettings wie z. B. die berufsorientierende Beratung von Schülerinnen und Schülern ist ggf. nicht gegeben. Aufgrund der hochkomplexen Natur von Beratungen garantiert die Assimilation der Ergebnisse keine erfolgreiche Beratung, bietet jedoch die optimale Grundlage für einen erfolgreichen Prozess.

Als Implikationen für Forschung und Praxis wurde vorgeschlagen, in weiteren Studien die identifizierten Faktoren zu gewichten, um die jeweilige Relevanz der identifizierten Faktoren zu verdeutlichen und aufzuzeigen, inwieweit Veränderungen einzelner Faktoren die Ergebnisse beeinflussen können. Randomisiert kontrollierte Studien oder clusterrandomisierte Studien sollten durchgeführt werden, um die Auswirkungen möglicher Veränderungen zu untersuchen, die sich bei der Anwendung des Modells ergeben. Zudem bieten die Ergebnisse Entscheidungsträgern die Möglichkeit, Herausforderungen im Beratungsprozess zu identifizieren, um anschließend geeignete Lösungen zu entwickeln. Die vier Ebenen des Modells können darüber hinaus den Rahmen für ein empirisch abgeleitetes und strukturiertes Qualitätsmanagement der Return-to-Work-Beratung bieten. Für die Anwendung der Ergebnisse auf den deutschen Kontext der RFB muss die aktuelle Beratungspraxis auch vor dem Hintergrund der Änderungen infolge des BTHG analysiert werden.

### **3 Sozialrechtliche Anforderungen infolge des Bundesteilhabegesetzes und die aktuelle Umsetzung in der Reha-Fachberatung**

#### **3.1 Hintergrund**

Mit der schrittweisen Einführung des BTHG seit 2017 ergaben sich vielfältige Änderungen im SGB IX, sodass die DRV ihre Verfahren überprüfen und anpassen musste. Dies betraf auch die RFB, die Personen berät, die ihrem Beruf gesundheitsbedingt nicht mehr nachgehen können. Die RFB soll die Selbstbestimmung dieser Menschen sowie deren gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern und in diesem Zuge in jeder Phase des Rehabilitationsprozesses unterstützen. Da die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bei den Rentenversicherungsträgern unterschiedlich weit vorangeschritten war, unterstützte das Forschungsprojekt BTHG-RB die kooperierenden Rentenversicherungsträger DRV Nord und DRV KBS bei der Implementierung der Änderungen infolge des BTHG. Ziel dieser Studie war es, die sozialrechtlichen Anforderungen infolge des BTHG mit Angaben von Reha-Fachberatern, Versicherten und Sozialdienstmitarbeitenden zur wahrgenommenen bzw. berichteten Umsetzung des BTHG abzugleichen, um den aktuellen Stand der Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen infolge des BTHG in der RFB abzubilden.

#### **3.2 Methode**

Es wurde eine Mixed-Methods-Studie mit konvergent-parallem Design, bestehend aus einer sozialrechtlichen Analyse der Anforderungen infolge des BTHG, einer quantitativen Fragebogenerhebung und qualitativen Leitfadeninterviews durchgeführt. Die quantitative Datenerhebung mit zur RFB eingeladenen Versicherten erfolgte mittels Fragebögen zu zwei Messzeitpunkten. Der vor der Beratung ausgegebene Fragebogen T1 umfasste u. a. Fragen zur individuellen Erwerbs- und Krankheitsbiografie. Sechs Monate später wurde T2 mit Fragen zur Wahrnehmung der Beratung und zum Work Ability Score (WAS) ausgegeben. Die Fragebogendaten wurden deskriptiv mit dem Statistikprogramm Stata ausgewertet. Parallel zur quantitativen Datenerhebung wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit Versicherten, Sozialdienstmitarbeitenden aus Rehabilitationseinrichtungen und den im Projekt involvierten Reha-Fachberatern durchgeführt. Die Rekrutierung der Versicherten erfolgte anhand einer dem ersten Fragebogen beigelegten Einwilligung zur Interviewdurchführung.

Sozialdienstmitarbeitende wurden mittels Ad-hoc-Stichprobe in vier rentenversicherungseigenen Rehabilitationskliniken rekrutiert. Alle drei Interviewleitfäden umfassten förderliche und hinderliche Faktoren in der RFB, Aufgaben und Inhalte der RFB sowie wahrgenommene Veränderungen infolge des BTHG. Die Transkripte der Interviews wurden qualitativ inhaltsanalytisch nach Mayring mit induktiver Kategorienbildung in der Webanwendung QCAmap ausgewertet. Die sozialrechtliche Analyse nutzte den klassischen rechtswissenschaftlichen Methodenkanon. Dieser beinhaltete eine Analyse unter Anwendung der grammatikalischen, historischen, systematischen und teleologischen Auslegung. Eine Triangulation der Ergebnisse erfolgte angelehnt an die thematische Ordnung der sozialrechtlichen Analyse nach Abschluss der Einzelanalysen.

### **3.3 Ergebnisse**

An der quantitativen Erstbefragung (T1) beteiligten sich 170 Personen in einem mittleren Alter von 49 Jahren, darunter 63 % männliche, 36 % weibliche und 1 % diverse Teilnehmende. Etwas mehr als die Hälfte der Personen arbeitete in Vollzeit. Der derzeitige selbsteingeschätzte Gesundheitszustand lag auf einer Skala von 0 (schlechtester denkbarer Gesundheitszustand) bis 10 (bester denkbarer Gesundheitszustand) im Mittel bei 4,3 (Standardabweichung (SD) = 2,1). Der WAS betrug im Mittel 3,0 (SD = 2,8). An der Nachbefragung (T2) nahmen 85 Personen teil. Die Beratungsintensität variierte dabei: Die Hälfte der Fragebogenteilnehmenden hatte ein Beratungsgespräch, 29 % wurden zweimal und 21 % dreimal oder häufiger beraten. Die meisten Gespräche (76 %) wurden persönlich in der Beratungsstelle durchgeführt. Qualitative Interviews wurden mit 12 Reha-Fachberatern, 17 Versicherten sowie vier Sozialdienstmitarbeitenden durchgeführt.

Im Zuge der Rechtsanalyse wurden vier Kernelemente der Anforderungen durch die Änderungen infolge des BTHG an die RFB identifiziert: das partizipative Verfahren, Prävention und Rehabilitation, die koordinierte Leistungsgewährung sowie die Netzwerkrolle der RFB. Aufgrund der umfangreichen Ergebnisse beschränkt sich die folgende Darstellung auf wenige Aspekte.

Im Rahmen der sozialrechtlichen Analyse zeigte sich, dass Leistungen zur Teilhabe durch die Rehabilitationsträger personenzentriert gestaltet und organisiert werden müssen (§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Dies bedingt ein partizipatives Verfahren. Aufgrund

des Wunsch- und Wahlrechts ist den berechtigten Wünschen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu entsprechen (§ 8 Abs. 1 Satz 1 SGB IX). Weicht der Rehabilitationsträger im Rahmen seines Ermessens hiervon ab, muss dies durch Bescheid begründet werden (§ 8 Abs. 2 Satz 3 SGB IX). Die Inanspruchnahme von Beteiligungsrechten im Rehabilitationsprozess durch die Menschen mit (drohenden) Behinderungen bedarf der informationellen Befähigung. Im Rahmen der Aufklärung gilt es, den Versicherten die Relevanz ihrer Rechte zu verdeutlichen und sie zugleich in die Lage zu versetzen, diese ausüben zu können. Die Rehabilitationsträger unterstützen neben ihrer allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflicht gemäß §§ 13, 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) bei der frühzeitigen Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch das Bereitstellen und Vermitteln geeigneter barrierefreier Informationsangebote. Diese umfassen z. B. Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe (§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nummer 1 SGB IX).

Hinweise darauf, inwiefern diese Anforderungen in der Praxis Umsetzung finden, lieferten die Fragebogenerhebungen und Interviews. 73 % der an der Fragebogenerhebung teilnehmenden Versicherten gaben an, im Rahmen der RFB über ihre Rechte und Ansprüche aufgeklärt worden zu sein. Im Zuge der Interviews gaben jedoch 4 von 17 Versicherten an, die Bezeichnung oder den Inhalt des Wunsch- und Wahlrechts nicht zu kennen. Alle Reha-Fachberatenden verdeutlichten, dass die RFB eine Lenkungs- und Lotsenfunktion wahrnimmt, um mit den Versicherten geeignete Maßnahmen zu finden. 58 % der Befragten stimmten zu, dass sie die Möglichkeit zur Beeinflussung und aktiven Mitgestaltung des Beratungsprozesses hatten. 59 % der Versicherten berichteten, Unterstützung für weitere Angebote und/oder Maßnahmen erhalten zu haben und 69 % gaben an, dass mit ihnen konkrete Ratschläge besprochen wurden. Der überwiegende Teil der Befragten fühlte sich in der Beratung ernst genommen (81 %) und konnte Vertrauen aufbauen (72 %).

Die sozialrechtliche Analyse zeigte zudem, dass das Teilhabeplanverfahren die Koordination der verschiedenen zuständigen Leistungsträger ermöglicht (§ 57 Gemeinsame Empfehlungen Reha-Prozess). Eine Durchführung ist verpflichtend, wenn die Voraussetzungen aus § 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IX oder § 19 Abs. 2 Satz 3 SGB IX vorliegen. Der Teilhabeplan soll die Verzahnung der Teilhabeleistungen und damit die Sicherstellung

einer nahtlosen Leistungserbringung ermöglichen (§ 48 Abs. 2 Gemeinsame Empfehlungen Reha-Prozess).

In den Interviews wurde deutlich, dass die Einführung des Teilhabeplanverfahrens zu mehr trägerübergreifender Zusammenarbeit mit anderen Akteuren führte (7 von 12 Reha-Fachberatende). Jedoch wurde der hohe, mit dem Schreiben der Teilhabepläne verbundene, Zeitaufwand kritisiert (9 von 12 Reha-Fachberatende). Verbesserungspotenzial besteht ebenfalls in der Kommunikation unter den Rehabilitationsträgern.

### **3.4 Diskussion**

Die Anforderungen an die Beratungspraxis der RFB wurden durch die weitreichenden Rechtsänderungen im Zuge des BTHG präzisiert und hervorgehoben, vor allem in den Bereichen partizipatives Verfahren, Prävention und Rehabilitation, koordinierte Leistungsgewährung und Netzwerk. Die Diskrepanz zwischen regulativer Intention und praktischer Umsetzung wird besonders am Wunsch- und Wahlrecht deutlich: Obwohl die Aufklärung zum Wunsch- und Wahlrecht aus Sicht der Reha-Fachberatenden regelhaft erfolgte, waren nicht alle Versicherten in Kenntnis dieses Rechtes. Dass die Berücksichtigung von Wünschen ein Erfolgsfaktor für eine wirksame Beratung ist, zeigt sich im „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflichen Teilhabe“ auf der Ebene der Beratungsyade, auf der der Faktor „Beachtung von arbeitsbezogenen Bedürfnissen und Ressourcen“ die Berücksichtigung der Wünsche der Versicherten umfasst.

Die Erkenntnisse der Studie bieten Ansatzpunkte für zukünftige Forschung, insbesondere hinsichtlich der notwendigen Ressourcen, Kompetenzen und Netzwerkstrukturen in der Beratung sowie zur Sicherstellung einer koordinierten trägerübergreifenden Leistungsgewährung. Die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist als Limitation zu nennen, da sich die Beratung z. B. nach Bevölkerung, Siedlungsstruktur oder trägerspezifischen Charakteristika unterscheiden kann und somit eine Übertragbarkeit nur bei ähnlichen Voraussetzungen gegeben ist. Die in diesem Kapitel und auch in der Publikation dargestellten rechtlichen Anforderungen bilden nicht alle mit dem BTHG in Verbindung stehenden rechtlichen Veränderungen ab, sondern stellen eine Fokussierung auf die relevantesten Ergebnisse dar.

## **4 Entwicklung eines Beratungsleitfadens zur Umsetzung des Bundessteilhabegesetzes in der Reha-Fachberatung**

### **4.1 Hintergrund**

Bei Personen mit Behinderungen trägt die Teilhabe am Arbeitsleben zu ökonomischer Selbständigkeit, einem positiven Selbstwertgefühl sowie zu sozialer Anerkennung und Einbindung bei. Die Beratung und Entscheidung über LTA übernimmt bei der DRV die RFB. Seit die RFB im Jahr 1971 gegründet wurde, gab es immer wieder Gesetzesänderungen, welche sich auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen einer LTA und das Aufgabenspektrum der RFB auswirkten. Die Einführung des BTHG stellte dabei einen bedeutenden Wendepunkt dar, indem der Fokus verstärkt auf Menschen mit Behinderungen gelegt wurde. Dies führte beispielsweise im SGB IX zu umfangreicheren Informations-, Kontakt-, Beteiligungs- und Beratungspflichten. Die Rehabilitationsträger waren folglich angewiesen, Abläufe anzupassen, um den veränderten gesetzlichen Anforderungen zu entsprechen. Diese Studie beschreibt den zweiten Projektschritt des Forschungsprojekts BTHG-RB. Aufbauend auf den identifizierten Faktoren einer wirksamen Beratung (siehe Kapitel 2), den Ergebnissen der sozialrechtlichen Analyse sowie den Einblicken in die Umsetzung dieser Anforderungen in der aktuellen Beratungspraxis (siehe Kapitel 3) galt es, die gewonnenen Erkenntnisse in einem Beratungsleitfaden zusammenzuführen. Ziel war es, im Rahmen eines Delphi-Prozesses einen Beratungsleitfaden für die RFB zu entwickeln und zu konsentieren, der sich an den Anforderungen der Änderungen infolge des BTHG orientiert und die Erkenntnisse aus den vorhergehenden Untersuchungen berücksichtigt.

### **4.2 Methode**

Ein modifiziertes Delphi-Verfahren, das sowohl drei Fokusgruppen als auch zwei schriftliche Abstimmungsrunden umfasste, wurde von Februar bis Juni 2024 durchgeführt. Es wurden zwölf Reha-Fachberatende und neun Führungskräfte der DRV Nord bzw. der DRV KBS mit fachlicher Expertise im Bereich LTA rekrutiert.

Zunächst wurden die Ergebnisse der sozialrechtlichen Analyse, der Fragebogen- und der Interviewerhebung sowie der systematischen Übersichtsarbeit allen Teilnehmenden schriftlich zur Verfügung gestellt und im Rahmen eines Vortrages persönlich vorgestellt. Insbesondere die sozialrechtliche Analyse, aber auch alle anderen Ergebnisse

bildeten die Grundlage für drei persönlich durchgeführte Fokusgruppen mit Reha-Fachberatenden der DRV KBS, Reha-Fachberatenden der DRV Nord sowie Führungskräften beider Rentenversicherungsträger. Ziel dieser moderierten Diskussionen war die Erarbeitung von geeigneten Umsetzungsmöglichkeiten für die Anforderungen infolge des BTHG. Die Fokusgruppen wurden mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring in der Webanwendung QCAmap induktiv ausgewertet.

Über die daraus entstandenen Empfehlungen wurde während beider Delphi-Runden mithilfe einer vierstufigen Skala abgestimmt. Zusätzlich konnten Kommentare z. B. zu Formulierungsvorschlägen hinterlassen werden. Wenn die Notwendigkeit einer Umformulierung erkennbar war, wurde unabhängig von der initialen Konsensstärke erneut über die veränderte Empfehlung abgestimmt. In der zweiten Delphi-Runde wurden zudem Nachfragen zur Spezifizierung von Empfehlungen gestellt.

In beiden Runden wurden die entsprechenden Empfehlungen bei einem Konsens ( $\geq 75\%$  Zustimmung) in den Beratungsleitfaden übernommen. Wenn eine Zustimmungsrate von 50 bis  $< 75\%$  vorlag, wurden diese Empfehlungen umformuliert und erneut zur Abstimmung gestellt (Runde 1) bzw. als optionale Empfehlungen formuliert (Runde 2). Empfehlungen ohne Mehrheit wurden verworfen. Nach jeder Runde wurden alle Teilnehmenden über die Konsensstärken jeder Empfehlung und die abgegebenen Kommentare informiert. Die Abstimmungsrunden wurden anonym in der Online-Umfrage-Applikation LimeSurvey, Version 5, durchgeführt und die Ergebnisse mittels Stata, Version 17, deskriptiv ausgewertet.

### **4.3 Ergebnisse**

Zwei Personen, die der Führungsebene angehörten, lehnten die Teilnahme aufgrund subjektiv fehlender fachlicher Eignung ab, sodass zwölf Reha-Fachberatende und sieben Führungskräfte am Delphi-Prozess teilnahmen. Außer einer Person, die sich nur an der ersten Delphi-Runde beteiligte, wirkten alle Teilnehmenden am gesamten Prozess mit.

In der ersten Delphi-Runde wurde über 92 Empfehlungen und in der zweiten Runde über 33 Empfehlungen abgestimmt. Insgesamt wurden 58 Empfehlungen in den Beratungsleitfaden aufgenommen. Der Beratungsleitfaden wurde gemäß der vier

Kernelemente untergliedert, die in der sozialrechtlichen Analyse (siehe Kapitel 3) identifiziert wurden und wird im Folgenden auszugsweise dargestellt:

#### Partizipative Verfahren

- Am Beginn der RFB ist zu erklären, dass es sich um ein Beratungsgespräch handelt und welchen Sinn und Zweck es verfolgt.
- Die Wünsche der Versicherten sind aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts in Bezug auf mögliche Teilhabeleistungen und Teilhabeziele zu erfragen.
- Regelmäßiger telefonischer Kontakt stellt sicher, dass die Wünsche der Versicherten im Verlauf des gesamten Rehabilitationsprozesses ermittelt werden.

#### Prävention und Rehabilitation

- Besteht ein aktives Beschäftigungsverhältnis, erfolgt eine Information über das Betriebliche Eingliederungsmanagement und ggf. die Initiierung eines Gesprächs beim Arbeitgeber.

#### Koordinierte Leistungsgewährung

- Eine koordinierte, trägerübergreifende Leistungsgewährung setzt Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Leistungen aller beteiligten Rehabilitationsträger voraus. Um dieses Wissens bei allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten sicherzustellen, sind regelmäßig persönliche Informations- und Austauschformate zwischen den Trägern umzusetzen.
- Unter den beteiligten Akteuren findet ein regelmäßiger, vorrangig elektronischer Austausch zur Erstellung, Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans statt.

#### Netzwerkrolle

- Einmal jährlich ist ein allgemeiner Austausch mit allen relevanten Akteuren, z. B. Werkstätten für behinderte Menschen, Arbeitsagenturen und Integrationsfachdiensten, durchzuführen.
- In Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren werden fallbezogene Besprechungen und der Austausch von Informationen organisiert.

## Allgemeine Beratung

- Während des gesamten Rehabilitationsprozesses begleitet und unterstützt die RFB vorrangig telefonisch und bei Bedarf in einem persönlichen Termin.
- Es wird am Ende des Gesprächs darauf hingewiesen, dass die Beratung nicht endet, sondern eine weiterführende Begleitung vorgesehen ist.

### **4.4 Diskussion**

Nach zwei Delphi-Runden ergab sich ein Beratungsleitfaden mit 58 Empfehlungen, der die Anforderungen infolge des BTHG an die RFB abbildet.

Da es keine standardisierten Regeln für die Durchführung und Auswertung von Delphi-Studien gibt, orientierte sich die Erfassung der Konsensstärke an den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Dieser Beratungsleitfaden kann der RFB als Grundlage dienen, um ihre Beratungspraxis kritisch zu reflektieren und an die gesetzlichen Anforderungen anzupassen. Zudem können die Empfehlungen als Leitplanken der Beratung wirken, um eine selbstbestimmte und personenzentrierte Beratung im Sinne des BTHG zu erreichen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Empfehlungen nur umgesetzt werden sollten, wenn sie im individuellen Fall der versicherten Person sinnvoll erscheinen.

Die Studie weist folgende Limitationen auf: Erstens verweisen die Änderungen infolge des BTHG auf unzählige weitere Gesetze und untergesetzliche Rechtsquellen. Aus diesem Grund bilden die konsentierten Empfehlungen die aus dem BTHG resultierenden Anforderungen nicht vollumfänglich ab, sondern primär die Kernanforderungen. Zweitens wurden keine Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Delphi-Prozess einbezogen, da die abzustimmenden Empfehlungen tiefgehende Kenntnisse über das BTHG und die Abläufe in der RFB erfordern. Drittens unterscheiden sich Rentenversicherungsträger hinsichtlich ihrer internen Strukturen und Abläufe, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Rentenversicherungsträger eingeschränkt wird.

## 5 Diskussion und Ausblick

Im Rahmen der Studien, auf denen diese kumulative Dissertation basiert, wurden Kriterien einer wirksamen Beratung identifiziert, die Anforderungen an die RFB infolge des BTHG analysiert sowie das aktuelle Beratungsgeschehen der RFB abgebildet. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen wurde ein Beratungsleitfaden entwickelt, um die RFB, orientiert an den Anforderungen infolge des BTHG, weiterzuentwickeln.

Ausgangspunkt der Studien bildeten die Änderungen infolge des BTHG, die zu einer Erweiterung der Pflichten der RFB führten [25]. Deren Umsetzung war bei den Rentenversicherungsträgern jedoch unterschiedlich weit vorangeschritten [34]. Zudem fehlte ein Curriculum zu den vorgesehenen Beratungsinhalten [21].

Vor diesem Hintergrund wurde in der ersten Publikation das „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“ entwickelt, in dem Kriterien beschrieben wurden, welche mit einer wirksamen Beratung zu beruflicher Teilhabe assoziiert sind. Beispielsweise sind ein zielgerichtetes, unkompliziertes Verfahren und eine strukturierte Zusammenarbeit mit Stakeholdern zu nennen [31].

In der zweiten Publikation wurden die sozialrechtlichen Anforderungen der Änderungen infolge des BTHG analysiert und in vier Kernelemente (partizipative Verfahren, Prävention und Rehabilitation, koordinierte Leistungsgewährung sowie Netzwerkrolle der RFB) zusammengefasst [32]. Inwiefern diese bereits in der RFB Umsetzung fanden, wurde anschließend anhand von Fragebogenerhebungen und Interviews beleuchtet, die mit Reha-Fachberatenden, Versicherten und Sozialdienstmitarbeitenden durchgeführt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die RFB den gesetzlichen Anforderungen nur teilweise gerecht wird. Es besteht z. B. Optimierungsbedarf hinsichtlich der Möglichkeit der Versicherten zur aktiven Mitgestaltung des Beratungsprozesses und bei der Kommunikation unter den Rehabilitationsträgern [32].

Für die dritte Publikation wurden die Ergebnisse aus den ersten beiden Veröffentlichungen genutzt, um mittels eines Delphi-Verfahrens Empfehlungen zu den gesetzlichen Anforderungen infolge des BTHG an die RFB zu generieren [33]. Aus dem konsensbasierten Verfahren resultierten 58 Empfehlungen, die in einem Beratungsleitfaden zusammengefasst wurden. Dieser soll die RFB unterstützen, ihre Beratung am BTHG orientiert zu gestalten [33].

Es stellt sich die Frage, inwieweit es gelungen ist, die in dem Leitfaden zusammengefassten Empfehlungen mit den identifizierten Kriterien einer wirksamen Beratung zusammenzubringen. Liegt eine inhaltliche Kohärenz vor oder werden mit einer hochwertigen Beratung assoziierte Aspekte möglicherweise sogar durch Anforderungen infolge des BTHG konterkariert?

Internationale Übersichtsarbeiten zeigen, dass erfolgreiche Return-to-Work-Interventionen auch beratende Elemente beinhalten [35, 36]. Welche Aspekte bei der Beratung zur beruflichen Orientierung besonders relevant sind, verdeutlicht das „4-Ebenen-Modell der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“. Diese wurden bei der Entwicklung des Beratungsleitfadens berücksichtigt und finden sich folglich in dessen Inhalten wieder [31, 33]: Beispielsweise wird die Empfehlung, dass fallbezogene Besprechungen mit beteiligten Akteuren organisiert werden, im 4-Ebenen-Modell auf der Team- und Stakeholderebene als strukturierte Zusammenarbeit mit Stakeholdern beschrieben. Die Empfehlungen, dass ein regelmäßiger telefonischer Kontakt anzustreben ist, am Ende des Gesprächs die weitergehende Begleitung verdeutlicht wird und die RFB während des gesamten Rehabilitationsprozesses vorrangig telefonisch begleitet und unterstützt, zielen auf mehrere Gelingensfaktoren ab. Diese umfassen die „konsistente Unterstützung im gesamten Prozess“, den „regelmäßigen Kontakt mit den Klientinnen und Klienten“ und das „aktive Ansprechen der Klientinnen bzw. Klienten“, die der Ebene der Beratungsdynade zuzuordnen sind. Demnach ist anzunehmen, dass eine Implementierung des Leitfadens in der RFB grundsätzlich sowohl ein gesetzeskonformes als auch wirksameres Beratungsgeschehen begünstigt.

Bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des individuellen Charakters der Beratung können die Reha-Fachberatenden auf diese Arbeitshilfe zurückgreifen, welche sie hinsichtlich der Umsetzung der Anforderungen infolge des BTHG sensibilisiert und zugleich einen standardisierten Beratungsprozess gewährleistet. Dies dient der Qualitätssicherung, erleichtert die Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall und die Übernahme von Beratungsfällen. Vor dem Hintergrund der heterogenen Qualifikationen der Reha-Fachberatenden [22] und unstrukturierter Einarbeitungsprozesse [21] kann der Beratungsleitfaden die subjektive Handlungskompetenz der Beratenden fördern und zudem als Unterstützung für die Einarbeitung neuer Mitarbeitenden genutzt werden.

Eine erfolgreiche Implementierung des Leitfadens setzt jedoch ein entsprechendes Bewusstsein und eine adäquate Haltung seitens der Reha-Fachberatenden voraus [25]. Nur wenn sie die Empfehlungen nachvollziehen können und sie bedarfsbezogen sowie zielgerichtet einbetten, können die Empfehlungen ihre intendierte Wirkung erzielen. Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere, dass die aus dem BTHG resultierenden Anforderungen grundsätzlich mit einem Mehraufwand seitens der RFB einhergehen, u. a. durch die Integration neuer Beratungsinhalte. Ob entsprechende zeitliche Kapazitäten bereitgestellt werden, ist maßgeblich von der jeweiligen Organisationsstruktur der DRV abhängig. Wie auch im 4-Ebenen-Modell zu erkennen, benötigt eine qualitativ hochwertige Beratung ausreichend Zeit [31]. Dieser Faktor sollte auch im Sinne der Beratungszufriedenheit der Versicherten berücksichtigt werden, da diese die Gesamtzufriedenheit mit den erhaltenen Leistungen beeinflusst [37].

Diese Problematik lässt sich an den mit dem BTHG eingeführten Teilhabeplanverfahren verdeutlichen, da das Schreiben der Teilhabepläne zu einem höheren Dokumentationsaufwand führt [38]. Die Ergebnisse aus Publikation 2 zeigen, dass vor allem der mit dem Teilhabeplanverfahren verbundene größere bürokratische Aufwand aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen viel Unmut bei den Reha-Fachberatenden hervorruft [32]. Die RFB stellt zwar Teilhabepläne auf, trägerübergreifende Teilhabeplanverfahren sind außerhalb der Werkstätten für behinderte Menschen jedoch eine Seltenheit. Vermutlich lässt sich die untergeordnete Rolle des Teilhabeplanverfahrens auch durch Informationsdefizite, komplexe Zuständigkeitsregelungen und mangelnde Kommunikation der beteiligten Akteure begründen [38]. In der Folge ist zu befürchten, dass Teilhabebedarfe nicht systematisch erfragt, erfasst und bearbeitet werden. Zudem lässt sich zusammenfassen, dass auch wenn das Instrument als grundsätzlich sinnvoll eingeschätzt wird, die Komplexität und der Nutzen insbesondere bei klar abgrenzbaren Leistungen verschiedener Träger in Frage gestellt wird [38].

Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass eine Erfüllung der aus dem BTHG resultierenden Anforderungen an die RFB nur dann gelingen und zu einer Aufwertung der Beratungsqualität führen kann, wenn ausreichend zeitliche und personelle Ressourcen vorliegen. Andernfalls droht das Risiko, dass zentrale Kriterien einer wirksamen Beratung – etwa der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – unzureichend

Berücksichtigung finden und ein technokratisches statt eines individuellen, prozessoffenen und personenzentrierten Beratungsgeschehens überwiegt.

Eine Möglichkeit, dieser Problematik entgegenzuwirken, liegt in der Durchführung von Fallmanagement durch die Reha-Fachberatenden, wodurch für Versicherte mit komplexen Bedarfen umfangreichere zeitliche Ressourcen zur Verfügung stünden. Hierdurch könnte man zugleich weiteren Problematiken begegnen: Löcherbach und Schmidt [23] wiesen darauf hin, dass sich die RFB aktuell hauptsächlich auf die Beratung zu LTA konzentriert, die Begleitung von Versicherten mit komplexen Problemlagen jedoch insgesamt unzureichend erfolgt. Zudem funktioniert insbesondere bei Versicherten, die Leistungen von verschiedenen Leistungsträgern beziehen, die Zusammenarbeit nicht gut oder nicht zeitnah. Die deutlichen Schnittmengen, die hinsichtlich der Kriterien einer wirksamen Beratung und den aus dem BTHG resultierenden Anforderungen beschrieben wurden, lassen sich im Fallmanagement realisieren. Beispielsweise kann der Leitgedanke der Personenzentrierung in der Bedarfsermittlung umgesetzt werden und die Unterstützung zur Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch eine Begleitung im Fallmanagement sichergestellt werden [23]. Zu berücksichtigen ist, dass im Rahmen eines Cochrane-Reviews keine signifikanten Vorteile für Programme zur Koordination der beruflichen Wiedereingliederung, z. B. in Bezug auf die Verkürzung der Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz, nachgewiesen werden konnten [39]. Jedoch verweisen die Autorinnen und Autoren auf die überwiegend niedrige Qualität der einbezogenen Studien und stellen daher eine Veränderung der Ergebnisse durch neue und hochwertige Forschung in Aussicht [39]. Beispielsweise empfehlen Zack et al. [40] auf Grundlage einer randomisiert kontrollierten Studie bei Herzpatientinnen und -patienten die Koordinierung zwischen den Stakeholdern sowie eine Beratung zur beruflichen Perspektive, um die Rückkehr in Arbeit zu fördern [40], was insbesondere durch ein Fallmanagement im Rahmen der RFB umgesetzt werden könnte.

Aus den genannten Ergebnissen ergeben sich mehrere interessante Perspektiven. Im Rahmen einer systematischen Anwendung und Validierung des „4-Ebenen-Modells der Wirksamkeit von Beratung zu beruflicher Teilhabe“ in der RFB könnte eine Priorisierung der Faktoren, auch unter Berücksichtigung von Unterschieden bei somatisch und psychisch Erkrankten, vorgenommen werden und die Ergebnisse könnten in eine Optimierung des Beratungsleitfadens einfließen. Zudem muss der Beratungsleitfaden auf

inhaltlicher Ebene an die trügerspezifischen Strukturen der DRV angepasst werden, beispielsweise durch die Benennung für die Netzwerkarbeit verantwortlicher Personen. Wie auch im Projekt BTHG-RB vorgesehen, sollte der Beratungsleitfaden qualitativ und quantitativ z. B. hinsichtlich der Umsetzbarkeit und der Auswirkung auf die wahrgenommene Qualität der Beratung evaluiert werden.

Das Ziel dieser Dissertation bestand in der Weiterentwicklung der RFB der DRV durch die Bereitstellung eines konsensbasierten Beratungsleitfadens, der die Anforderungen infolge des BTHG an die RFB abbildet und zugleich Kriterien einer guten Beratung berücksichtigt. Dieses Ziel konnte mit dem 58 Empfehlungen umfassenden Beratungsleitfaden realisiert werden. Ein am BTHG orientiertes und hochwertigeres Beratungsgeschehen ist als Folge einer Implementierung des Beratungsleitfadens jedoch nur dann zu erwarten, wenn die DRV den steigenden Anforderungen durch eine Anpassung der Rahmenbedingungen begegnet, die Reha-Fachberatenden die Sinnhaftigkeit der erweiterten Anforderungen erkennen und sich in der Lage sehen, diese umzusetzen. Darüber hinaus müssen die Empfehlungen bei den Versicherten ihre intendierte Wirkung entfalten, damit die im BTHG verankerten Ziele der Stärkung der Selbstbestimmung und Teilhabe erreicht werden können.

## 6 Literatur

- [1] Maetzel J, Heimer A, Braukmann J, Frankenbach P, Ludwig L, Schmutz S. Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2021
- [2] Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt - Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2024. Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit; 2025
- [3] United Nations. Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany (CRPD/C/DEU/CO/2-3). Genf: United Nations; 2023
- [4] United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities (A\_RES\_61\_106). New York: United Nations; 2007
- [5] Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention). Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung 2024; Im Internet: <https://www.bmz.de/de/service/lexikon/uebereinkommen-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinderungen-60274>; Stand: 03.01.2025
- [6] Kempe A. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben – ein Überblick über die Neuerungen durch das BTHG. diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht 2018; Fachbeitrag A13-2018: 1–16
- [7] Rohrman A. Das Bundesteilhabegesetz – Ausdruck eines Paradigmenwechsels? Archiv für Wissenschaft und Praxis in der sozialen Arbeit 2019; 1: 4–14
- [8] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Die wichtigsten Änderungen im SGB IX. Bundesteilhabegesetz Kompakt. 4. Auflage. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2019
- [9] Daßler H. Inhalte und Intentionen des Bundesteilhabegesetzes und seine sozialpolitischen Ziele. In: Kolhoff L, Hrsg. Management der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2021: 3–24
- [10] Cremer G, Fink F. Bundesteilhabegesetz: Stehen wir vor einer ordnungspolitischen Wende? Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge 2015; 7: 353–357
- [11] Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG). BT-Drucksache 18/9522. 2016
- [12] Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sowie zur landesrechtlichen Bestimmung der Träger von Leistungen für Bildung und Teilhabe in der Sozialhilfe (Teilhabestärkungsgesetz). BGBl. I S. 1387. 2021

- [13] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Teilhabeverfahrensbericht 2024. Berichtsjahr 2023. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2024
- [14] Scheer M, Sengpiel O. 40 Jahre Reha-Fachberatungsdienst der DRV Bund. RV aktuell 2012; 10: 302–308
- [15] Deutsche Rentenversicherung. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung; 2018
- [16] Deutsche Rentenversicherung. Reha-Bericht 2024. Berlin: Deutsche Rentenversicherung; 2024
- [17] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Überblick über die Rolle der Leistungserbringer in den Phasen des Reha-Prozesses. BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2025; Im Internet: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/rolle-der-leistungserbringer-im-reha-prozess/kurz-und-knapp.html>; Stand: 16.05.2025
- [18] Hahn N. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der Beratung. diskussionsforum Rehabilitations- und Teilhaberecht 2023; Fachbeitrag D10-2023: 1–6
- [19] Sternberg A, Fauser D, Banaschak H, Bethge M. Sequences of vocational rehabilitation services in Germany: A cohort study. BMC Health Services Research 2024; 24: 74. DOI:10.1186/s12913-023-10499-3
- [20] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung. BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2025; Im Internet: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/rolle-der-leistungserbringer-im-reha-prozess/aktivitaeten-zum-bzw-nach-ende-einer-leistung.html>; Stand: 16.05.2025
- [21] Slavchova V, Knispel J, Arling V, Spijkers W. Erwartungen an eine gelungene Reha-Fachberatung aus pro- und retrospektiver Sicht. Berufliche Rehabilitation 2014; 4: 395–405
- [22] Gödecker-Geenen N, Riedel H-P, Keck T. Berufliche Teilhabe integrationsorientiert gestalten. Die Rehabilitation 2013; 52: 126–131. DOI:10.1055/s-0032-1327694
- [23] Löcherbach P, Schmidt S. Weiterbildungscurriculum Fallmanagement in der Rehabilitation (FM-Reha). 1. Auflage. Berlin: medhochzwei; 2021
- [24] Kaplan DM, Tarvydas VM, Gladding ST. 20/20: A vision for the future of counseling: The new consensus definition of counseling. Journal of Counseling & Development 2014; 92: 366–372. DOI:10.1002/j.1556-6676.2014.00164.x
- [25] Giraud B, Penstorf C. Beraten im Reha-Prozess. Das Bundesteilhabegesetz verändert die Beratungslandschaft. RP Reha 2018; 1: 36–44

- [26] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., BAG BBW, Hochschule Magdeburg-Stendal. Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2019
- [27] Sternberg A, Bethge M. Wie wird die Begleitung durch einen Reha-Berater erlebt? Eine qualitative Studie zur Wahrnehmung des Reha-Beraters der Deutschen Rentenversicherung Bund bei Personen mit bewilligten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Die Rehabilitation* 2022; 61: 107–116. DOI:10.1055/a-1555-1113
- [28] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Trägerübergreifende Beratungsstandards Workshop. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2014
- [29] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. Trägerübergreifende Beratungsstandards. Handlungsempfehlungen zur Sicherstellung guter Beratung in der Rehabilitation. Frankfurt/Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; 2015
- [30] Seel H. Teilhabe braucht Rehabilitation. *ASU - Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin* 2019; 54: 416–421
- [31] Baasner A-L, Petrak S, Albersmann L, Gröhl S, Lemke S, Bethge M. A meta-synthesis of qualitative research on effective return to work counseling for individuals with work participation restrictions – A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2025; 35: 725–740. DOI:10.1007/s10926-024-10250-7
- [32] Baasner A-L, Gröhl S, Lemke S, Albersmann L, Nebe K, Bethge M. Analyse der Umsetzung der Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes in der Reha-Fachberatung – Eine Triangulation von sozialrechtlicher Analyse, Fragebogenerhebung und Interviewstudie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 196–204. DOI:10.1055/a-2563-6856
- [33] Baasner A-L, Lemke S, Gröhl S, Nebe K, Bethge M. Entwicklung eines Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung basierend auf den Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes – Eine Delphi-Studie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 325–333. DOI:10.1055/a-2619-1175
- [34] Brohl-Zubert U, Reumschüssel-Wienert C. Zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes – Ein Zwischenruf. Köln: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.; 2022
- [35] Gensby U, Labriola M, Irvin E, Amick BC, Lund T. A classification of components of workplace disability management programs: Results from a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2014; 24: 220–241. DOI:10.1007/s10926-013-9437-x
- [36] De Geus CJC, Huysmans MA, Van Rijssen HJ, De Maaker-Berkhof M, Schoonmade LJ, Anema JR. Elements of return-to-work interventions for workers on long-term sick leave: A systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2025; 35: 159–180. DOI:10.1007/s10926-024-10203-0

- [37] Al-Rashaida M, López-Paz JF, Amayra I, Lázaro E, Martínez O, Berrocoso S, García M, Pérez M. Factors affecting the satisfaction of people with disabilities in relation to vocational rehabilitation programs: A literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2018; 49: 97–115. DOI:10.3233/JVR-180957
- [38] Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Teilhabe gemeinsam planen. Forschungsbericht 645. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; 2024
- [39] Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WE, Busse JW, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; 3: CD011618. DOI:10.1002/14651858.CD011618.pub2
- [40] Zack O, Melamed S, Silber H, Cinamon T, Levy D, Moshe S. The effectiveness of case-management rehabilitation intervention in facilitating return to work and maintenance of employment after myocardial infarction: Results of a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2022; 36: 753–766. DOI:10.1177/02692155221076826

# Anlagen

## Publikation 1

**Baasner A-L**, Petrak S, Albersmann L, Gröhl S, Lemke S, Bethge M. A meta-synthesis of qualitative research on effective return to work counseling for individuals with work participation restrictions – A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2025; 35: 725–740. DOI: [10.1007/s10926-024-10250-7](https://doi.org/10.1007/s10926-024-10250-7)

### Abstract

**Purpose** The aim of this systematic review was to summarize the qualitative evidence on factors of effective counseling aiming at work participation for people with chronic diseases and/or disabilities. **Methods** We conducted a systematic literature search in MEDLINE (PubMed), CINAHL, Web of Science, PsycINFO, and PubPsych in March 2023. Our inclusion criteria stipulated that counseling should be specifically designed for individuals experiencing constraints in work participation and published in German or English between 2013 and 2023. To assess the quality of the included studies, we used the checklist of the Critical Appraisal Skills Programme. We synthesized our findings according to the meta-ethnographic methodology by Noblit and Hare. **Results** Of the 2901 papers found in the systematic search, we included 16 qualitative studies in our meta-synthesis. Studies were conducted in Australia, the USA, Canada, Nordic countries, and Germany. Our “model of the effectiveness of counseling for work participation” consists of four levels. At the extended organizational level, potential factors include the provision of sufficient time and work resources for counselors or contact persons. At the team and stakeholder level, structural collaboration, for example, is crucial. In the counseling dyad, counselors can employ shared decision-making and at the individual level, personal character traits and the client’s motivation are exemplary factors. **Conclusion** This study provides a comprehensive overview of factors contributing to effective counseling in the context of work participation. The delineation across various levels underscores that effectiveness in counseling is a collective outcome, involving not only the advisor but also other stakeholders.

## Publikation 2

**Baasner A-L**, Gröhl S, Lemke S, Albersmann L, Nebe K, Bethge M. Analyse der Umsetzung der Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes in der Reha-Fachberatung – Eine Triangulation von sozialrechtlicher Analyse, Fragebogenerhebung und Interviewstudie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 196–204. DOI: [10.1055/a-2563-6856](https://doi.org/10.1055/a-2563-6856)

### Abstract

**Ziel der Studie** Ziel der Studie war es, die sozialrechtlichen Anforderungen an die Reha-Fachberatung (RFB) in Folge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) darzustellen und mittels Fragebogen- und Interviewdaten aufzuzeigen, wie diese Aspekte aktuell umgesetzt werden. **Methodik** Im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie wurden die Änderungen infolge des BTHG anhand des klassischen rechtswissenschaftlichen Methodenkanons analysiert. Fragebogenerhebungen zu zwei Messzeitpunkten (T1: vor der Beratung; T2: sechs Monate später) erfassten u. a. die Beratungswahrnehmung der beratenen Personen. Wir führten zudem 33 leitfadengestützte Experteninterviews mit Reha-Fachberatenden, Beratenen und Sozialdiensten aus Rehabilitationseinrichtungen durch und werteten diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring induktiv aus. Alle Ergebnisse wurden thematisch strukturiert trianguliert. Die Datenerhebung erfolgte im Forschungsprojekt „Begleitung der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes im Rahmen der Reha-Fachberatung“ zwischen Oktober 2022 und Februar 2024. **Ergebnisse** Infolge des BTHG wurden die Anforderungen an die RFB nochmals hervorgehoben und konkretisiert. Insbesondere betrifft dies das Teilhabeplanverfahren, den allgemeinen Netzwerkaufbau/-ausbau, die frühzeitige Information und das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen sowie die Beratung in Rehabilitationskliniken. Zum Beispiel gaben 73 % der Fragebogenteilnehmenden (n = 75) an, eine Aufklärung über ihre Rechte und Ansprüche erhalten zu haben, jedoch zeigte sich in 4 von 17 Versicherteninterviews, dass die Bezeichnung oder den Inhalt des Wunsch- und Wahlrechts nicht bekannt war. Die Klinikberatung wurde von allen interviewten Akteuren als wichtig angesehen. Insgesamt wird die Praxis der RFB den Anforderungen bislang nur teilweise gerecht. **Schlussfolgerung** Die Ergebnisse verdeutlichen die hohen und vielfältigen Anforderungen, die das BTHG-reformierte Sozialgesetzbuch IX an die Reha-Fachberatung stellt.

### Publikation 3

**Baasner A-L**, Lemke S, Gröhl S, Nebe K, Bethge M. Entwicklung eines Beratungsleitfadens für die Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung basierend auf den Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes - Eine Delphi-Studie. *Die Rehabilitation* 2025; 64: 325–333. DOI: [10.1055/a-2619-1175](https://doi.org/10.1055/a-2619-1175)

#### Abstract

**Ziel der Studie** Mithilfe einer Delphi-Studie sollten Empfehlungen zur Umsetzung der Anforderungen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Reha-Fachberatung der Deutschen Rentenversicherung entwickelt werden. **Methodik** Wir nutzten eine modifizierte Delphi-Technik, an der zwölf Reha-Fachberatende und sieben Führungskräfte mit fachlicher Expertise im Bereich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnahmen. Auf Grundlage einer rechtswissenschaftlichen Analyse wurden drei Fokusgruppen durchgeführt, um Möglichkeiten und Best-Practice-Beispiele für die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen des BTHG zu erarbeiten. Anschließend führten wir zwei schriftliche Delphi-Runden durch, um am BTHG orientierte Beratungsempfehlungen zu konsentieren. **Ergebnisse** Nach zwei Delphi-Runden mit einem strukturierten und statistisch ausgewerteten Feedback ergaben sich 58 Empfehlungen. Die Empfehlungen betreffen beispielsweise die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts, die Erfragung der individuellen Lebensrealität im Beratungsgespräch, die Information und Unterstützung beim Betrieblichen Eingliederungsmanagement, die Umsetzung der koordinierten Leistungsgewährung in der Beratung oder die Netzwerkarbeit, aber auch allgemeine Themen in der Beratung. **Schlussfolgerung** Die Ergebnisse zeigen Empfehlungen, wie die Anforderungen aus dem BTHG in der Reha-Fachberatung umgesetzt werden können. Sie bieten eine konsentierte Grundlage für eine umfassende Beratung.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die mich auf meinem Weg zu dieser Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. Matthias Bethge, dessen fachliche Begleitung und Unterstützung mir über die gesamte Promotionszeit hinweg wertvolle Orientierung gegeben hat. Deine Wertschätzung und hilfreichen Anmerkungen haben mich sehr motiviert.

Ebenso danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen der Sektion Rehabilitation und Arbeit des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie für den fachlichen Austausch und die bereichernde Zusammenarbeit. Ihr habt mich sehr gut unterstützt und hattet immer wertvolle Hinweise, wenn eine Herausforderung auftauchte.

Außerdem danke ich allen Beteiligten im Forschungsprojekt BTHG-RB. Vielen Dank an Stefanie Gröhl, Linda Albersmann und Frau Prof. Dr. Katja Nebe für den Einblick in die Rechtswissenschaften und an alle beteiligten Rentenversicherungsmitarbeitenden für die Unterstützung, Offenheit und Mitarbeit an dem Projekt. Insbesondere die Zusammenführung der Rechts- und Rehabilitationswissenschaften haben das Projekt geprägt. Dies hat wesentlich zum Gelingen des Forschungsprojekts und dieser Dissertation beigetragen.

Ganz herzlich möchte ich meinen Eltern danken. Ihr habt immer an mich geglaubt und mich bestärkt, meinen Weg zu gehen.

Nicht zuletzt gilt mein Dank meinem Ehemann, dessen liebevoller Rückhalt und ständige Ermutigung mir während der gesamten Promotionszeit eine wichtige Stütze waren.