



SPEZIELLE REHABILITATIONSANGEBOTE

Rechtsanwalt
Max-Erik Niehoff
MBA HCM



1. Anschlussrehabilitation
2. Sucht-Rehabilitation / Entwöhnungsbehandlung
3. Medizinische Rehabilitation für spezielle Altersgruppen
4. Indikationsspezifische medizinische Reha-leistungen
5. Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen (RPK)
6. Vorsorge und Rehabilitationsleistungen für Mütter/Väter und Kinder
7. Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR)
8. Integrierte Versorgung und Rehabilitation
9. DMP in der Rehabilitation
10. Stufenweise Wiedereingliederung
11. Leistungen der Integrationsfachdienste



ANSCHLUSSREHABILITATION



- Anschlussrehabilitation (AR) = spezielles Rehabilitationsfeststellungs- und – einleitungsverfahren der DRV/GKV zur unmittelbaren Durchführung von ambulanten und/oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei bestimmten Indikationen möglichst im direkten Anschluss an Krankenhausbehandlung
- Die DRV spricht auch von Anschlussheilbehandlung (AHB)
- Frist zum Beginn der Reha 14 Tage nach Abschluss der KH-Behandlung (Ausnahme zwingende tatsächliche oder medizinische Gründe, dann 6 Wochen)



Für die AR/AHB gibt es zwei Wege, die davon abhängig sind, bei welchem RV-Träger man versichert ist:

1. Direkte Verlegung in eine Reha-Einrichtung, ohne vorherige Entscheidung des Kostenträgers (Rentenversicherung oder Krankenversicherung)
2. Schnellstmögliche Verlegung in eine Reha-Einrichtung, nachdem der Kostenträger (Rentenversicherung oder Krankenversicherung) kurzfristig über den Antrag entschieden hat



- Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen,
- Entzündlich- und degenerativ-rheumatische Krankheiten, auch nach Operationen und bei Unfallopfern,
- Erkrankungen des Verdauungsapparates und bei Stoffwechsel-Störungen
- Erkrankung der Atmungsorgane,
- Neurologische Krankheiten sowie nach OP an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven,
- Erkrankungen von Nieren, Harnwegen und Prostata (nach OP)
- onkologische Krankheiten und
- gynäkologische Krankheiten.
- Long-Covid-Rehabilitation



- Die Akutphase der Behandlung beziehungsweise die Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Der Patient muss ohne fremde Hilfe essen, sich waschen und auf Stationsebene bewegen können (Frühmobilisation)
- Zudem muss er für rehabilitative Maßnahme belastbar und reisefähig sein und
- motiviert sein sowie geistig und physisch in der Lage sein an der Reha mitzuwirken

→ Rehabilitationsfähigkeit



- Veranlassung durch behandelnden Arzt
- Drohende oder bereits eingetretene Teilhabebeeinträchtigung
- Bei DRV:
 - 6 Monate Pflichtbeiträge in den letzten zwei Jahren oder Aufnahme einer versicherten oder selbstständigen Tätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Ausbildungsende oder allgemeine Wartezeit von 5 Jahren erfüllt
 - Letzte Reha mindestens vier Jahre her (Ausnahme dringende Fälle)
 - Kein Ausschlussgrund (vorrangige Zuständigkeit eines anderen Trägers; Altersrente (mit Ausnahme onkologische Reha))



Kostenträger	Ambulant	Stationär	AHB
RV	Keine Zuzahlung	max. 10 €, max. 42 Tage	max. 10 €, max. 14 Tage
GKV	max. 10 €, max. 42 Tage	max. 10 €, max. 42 Tage	max. 10 €, max. 28 Tage
PKV	je nach Tarif	je nach Tarif	je nach Tarif
GUV	Keine Zuzahlung	Keine Zuzahlung	Keine Zuzahlung



SUCHT-REHABILITATION



- Zwanghafter Substanzmissbrauch oder nicht stoffgebundene Abhängigkeit mit Verlust von Selbstkontrolle und Unfähigkeit zur Abstinenz
- Bei stoffgebundener Abhängigkeit vorab in der Regel körperlicher Substanzentzug notwendig



- Dauerhafte Abstinenz vom Suchtmittel, körperliche und seelische Stabilisierung sowie Wiedereingliederung in Arbeit und Gesellschaft
- durch ärztliche, psychotherapeutische, sozial- und arbeitstherapeutische Leistungen sowie Elemente des Gesundheitstrainings
- in ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Einrichtungen



- Eigenhändig unterschriebener Antrag
- Befundbericht
- Sozialbericht einer regionalen Suchtberatungsstelle



- Mehrere Wochen bis Monate mit Möglichkeiten zur Verlängerung oder Verkürzung
- Angebote anschließender Adaptionsbehandlungen richten sich an Rehabilitanden, die die Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen haben, aber aufgrund schwieriger persönlicher oder beruflicher Verhältnisse Unterstützung und Begleitung benötigen, um abstinent leben zu können
- Pateinten mit ungünstigen Kontextfaktoren können bereits während der Entwöhnung anschließende Aufnahme in eine regionale Adaptionseinrichtung beantragen



MEDIZINISCHE REHABILITATION FÜR SPEZIELLE ALTERSGRUPPEN



- Rehabilitationsbedürftigkeit bei Kindern setzt Teilhabebeeinträchtigung voraus
- Ermittelt aus zusammenfassender Bewertung sozialmedizinisch relevanter Kriterien
- Kann in Abhängigkeit vom Kostenträger angenommen werden bei z.B.
 - **Fehlender Krankheitsakzeptanz** und daraus folgendem schädigenden Verhalten
 - **Fehlendem oder unwirksamen Krankheitsmanagement**
 - Bei vorhandenen oder drohenden **Folgeschäden**
 - Aufgrund Erforderlichkeit des Einsatzes **ortsgebundener Heilmittel** und/oder
 - **Klimatherapie**



- Kontraindikation
 - Vorwiegend akutmedizinischer Handlungsbedarf
 - Akute Infektionskrankheiten



- Rehabilitationsfähigkeit erfordert u.a. indikationsübergreifende Kriterien wie z.B.
 - Ausreichende körperliche und psychosoziale Belastbarkeit
 - Fähigkeit zur aktiven, entwicklungsgemäßen Mitarbeit
 - Soziale Integrations- / Gruppenfähigkeit



- keine Rehabilitationsfähigkeit bei
 - Schwerer geistiger Behinderung
 - fehlender Gruppenfähigkeit
 - Abhängigkeitserkrankungen



- Rehabilitationsprognose und Motivation des Kindes und seiner Bezugsperson(en) gehen in Fähigkeitsbeurteilung mit ein
- Voraussetzung für Motivation und Prognose können sein:
 - Bereitschaft zur aktiven Krankheitsverarbeitung im Sinne eigenverantwortlichen Krankheitsmanagements
 - Veränderungsbereitschaft im Krankheitsverhalten (z.B. bei Psychosomatik) bei geeigneter psychosozialer Konstellation (ggf. mit Bezugspersonen als Co-Therapeuten)



- Rehabilitationsprognose muss Dauer, Schwere und Verlauf der (chronischen) Erkrankung oder Behinderung, krankheitserhaltende und –fördernde Risikofaktoren und Fehlverhalten berücksichtigen
- Rehabilitationsprognose wird entscheidend dadurch bestimmt, wie der Verlauf einer Erkrankung durch die Vielzahl körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren und deren wechselseitige Rückwirkungen beeinflusst werden kann und wie deren therapeutische Beeinflussbarkeit einzuschätzen ist.
- Ungünstige Prognose kann begründet werden durch komplexe Störungen oder ausgeprägte Komorbidität / Multimorbidität



- Wichtig ist die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Ziele des Kindes
- Bsp: Entdecken und Erforschen der Umwelt, Entwicklung und Erprobung eigener Fähigkeit und Stärken, Entwicklung von Selbstbewusstsein und Selbstständigkeit; Erlangung von Anerkennung und Einbindung in die altersgemäße „Peergroup“



- Besondere Konzepte in der Kinder- und Jugendrehabilitation, die folgende Besonderheiten berücksichtigen:
 - Vorrang stationärer Leistungen mit gruppenweiser Aufnahme und Entlassung (gruppentherapeutische und gruppendedynamische Prozesse)
 - Herauslösung aus belastenden Kontextfaktoren
 - Eingewöhnung (auch immunologisch) und Anpassung können stationär länger dauern
 - Compliance-Probleme
 - Einbindung von Eltern, Verwandten und Bezugspersonen
 - Freiraum



- Stationär medizinische Vorsorgeleistungen mit primärpräventivem Ziel durch Krankenversicherung um
 - erkennbaren Gefährdungen der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken
 - Bei Gefährdung alters- und entwicklungsentsprechender Leistungsfähigkeit diese zu erhalten und zu verbessern
 - Gesundheitsstörungen und Risikofaktoren zu beseitigen bzw. zu vermindern
 - Befähigung zur individuellen Veränderung gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen im Sinne einer Krankheitsvorbeugung



- Stationär medizinische Vorsorgeleistungen mit sekundärpräventivem Ziel durch Krankenversicherung um
 - Chronifizierungen oder Verschlimmerungen des Gesundheitsproblems entgegenzuwirken
 - voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen altersentsprechender Aktivitäten bei bereits manifesten chronischen Krankheiten zu vermeiden



- Altersbedingte Multimorbidität führt zu Schwierigkeiten in der Rehabilitation
- Typische Syndromkomplexe von Geriatriepatienten können sein:
 - Mangelnde körperliche Belastbarkeit
 - Bewegungsmangel und/oder Immobilität (Sturzneigung)
 - Seh- und Hörbeeinträchtigungen sowie Sensibilitätsstörungen
 - Fehl- und Mangelernährung
 - Inkontinenz
 - Kognitive Defizite
 - Dekubitalulzera
 - Depression / Angststörung
 - Chronische Schmerzen



- Zusätzliche Probleme Mehr- bzw. Vielfachmedikation bei gleichzeitig herabgesetzter Medikamententoleranz in Kombination mit wiederkehrenden Krankenhausbehandlungen
- **Geriatrische Rehabilitationsbedürftigkeit** besteht, wenn aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Schädigungen folgende Zustände bestehen:
 - Voraussichtlich nicht nur vorübergehend alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die absehbar zu einer Teilhabebeeinträchtigung führen
 - Bereits bestehende Teilhabebeeinträchtigungen



- **Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit** setzt ausreichende Stabilität aller Vitalparameter voraus; Der Zustand des Patienten muss mehrmals tägliche Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen erlauben
- **Geriatrische Rehabilitationsziele** sind an das Alter anzupassen; hierzu können Verrichtungen des täglichen Lebens gehören: selbständige Nahrungsaufnahme, Bett-Rollstuhl-Transfer, Rollstuhltraining, Stehfähigkeit, selbständiger Toilettengang und persönliche Hygiene, An- und Auskleiden, Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung, Tagesstrukturierung



- **Positive geriatrische Rehabilitationsprognose:** Beseitigung oder Verminderung alltagsrelevanter Beeinträchtigungen von Aktivitäten und/oder Teilhabe durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit
- Geriatrische Rehabilitation kann je nach Bundesland in Krankenhäusern (§ 108 SGB V) oder in Rehabilitationseinrichtungen (§ 11 SGB V) erfolgen
- Bundesländer haben jeweils eigene Geriatriekonzepte (z.B. Brandenburg: https://www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Verband/Landesverbaende/Brandenburg/210603_Geriatriekonzept_Land_Brandenburg.pdf)



RPK-VERFAHREN



- Für Menschen mit psychischer Erkrankung gibt es zwei Formen der Medizinischen Rehabilitation: Psychosomatische Reha und RPK. Die beiden Maßnahmen unterscheiden sich deutlich voneinander.
- In Deutschland gibt es derzeit über 50 RPK Einrichtungen mit knapp 1800 Plätzen.
- Die Rehabilitation in einer RPK findet an der Lebenswelt orientiert im konkreten Lebenskontext der Rehabilitanden statt, also vorwiegend ambulant und wohnortnah. Sie dauert bis zu 24 Monate.
- Das Angebot einer Erprobung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist obligat.
- Betroffene nehmen selber mit den regionalen Einrichtungen Kontakt auf. Die Mitarbeiter der RPK übernehmen die Beantragung der Kostenübernahme.



- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) arbeiten ausnahmslos nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 04.11.2010.
- Das konzeptionelle Bezugssystem der RPK ist die ICF.
- Innerhalb einer Reha-Leistung sollen medizinische und berufliche Rehabilitationsleistungen miteinander verknüpft werden.
- Die Rehabilitationsprinzipien der RPK sind: ambulant vor stationär, regional vernetzt und wohnortnah, personenzentriert, niedrigschwellig und frühzeitig.
- Die RPK-Empfehlung wird derzeit im Zuge der Umsetzung des BTHG evaluiert (Stand 2025).



- Verstehen und Akzeptieren der Erkrankung
- Entwicklung neuer Lebens- und Berufsperspektiven durch Erkennen eigener Berufsperspektiven und deren Förderung durch berufliche Orientierung und Erprobung
- Entwicklung sozialer Kompetenzen im Zusammenleben und Zusammenarbeiten



- Aufklärung über Erkrankung
- Fachärztlich psychiatrische Behandlung
- Psychiatrische Krankenpflege
- Psychoedukative und bewältigungsorientierte Verfahren
- Psychotherapie als Einzel- und Gruppenbehandlung
- Ergotherapie
- Angehörigentherapie
- Bewegungstherapie Musik- und Kunsttherapie
- Sozial- und berufstherapeutische Leistungen



VORSORGE UND REHABILITATION LEISTUNGEN FÜR ELTERN-KINDER





- Mitaufnahme begleitender Elternteile bei der Kinder-Rehabilitation
- Mitnahme von Kindern bei Erwachsenen-Rehabilitation
- Medizinische Vorsorgemaßnahmen für Mütter und Väter gem. §§ 23, 24 SGB V
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen gem. §§ 27 I Nr. 6 iVm § 41 SGB V)
→ vor allem bei Zusammenhang von gesundheitlichen Problemen der Elternteile und Krankheiten der Kinder



- Mutter/Vater-Kind-Kuren (§§ 23, 24 SGB V) waren lange nur Ermessensleistungen vieler Krankenkassen; Anträge wurden häufig mit dem Argument abgelehnt es seien noch nicht alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft.
- Seit dem 1.4.2007 (GKV-WSG) sind Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen als stationäre Leistungen Pflichtleistungen der GKV; der Vorrang ambulant vor stationär wurde hier partiell aufgehoben
- Seit 2004 sind Mutter/Vater-Kind-Kuren gem. § 8 BhV (Beihilfevorschriften des Bundes) beihilfefähig



- Vorsorge- und Rehaleistungen kommen in Frage für berufstätige und nicht berufstätige Frauen und Männer unterschiedlicher Altersstufen, die
 - Kinder erziehen oder erzogen haben
 - Pflegebedürftige oder behinderte Kinder bzw. Angehörige versorgen
 - Sich durch den Ablauf der Erziehungsphase der Kinder vor/in einer spezifischen Umbruchphase befinden



- bei Vorliegen beeinflussbarer Risikofaktoren und Gesundheitsstörungen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu Krankheiten führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung von Kindern gefährdet ist (Primärprävention)
- zur Verhinderung einer drohenden Beeinträchtigung der Aktivitäten bei manifester (chronischer) Krankheit oder
- zur Vermeidung oder Verminderung von Rezidiven oder Exazerbationen oder des Fortschreitens der Krankheit (Sekundärprävention)



MBOR



- Bestandteil medizinischer Rehabilitation
- Vorstufe zu LTA
- Ziel: frühzeitige Erfassung der beruflichen Beeinträchtigungen
- Im Zentrum steht die Leistungsfähigkeit am bestehenden Arbeitsplatz durch Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)
- Die MBOR kann individuell angepasste Angebote zur beruflichen Wiedereingliederung erhalten



- Die Umsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation erfolgt auf drei Stufen (A–C), die sich in der Tiefe und Spezifität der beruflichen Orientierung unterscheiden.



Stufe A – Basismodul

- Jede Rehabilitationseinrichtung soll ein Grundverständnis beruflicher Orientierung implementieren.
- Ziel: Erfassen der beruflichen Problemlage, Basisberatung, Einschätzung der beruflichen Belastbarkeit.
- Inhaltlich: arbeitsbezogene Anamnese, Belastungserprobung, sozialmedizinische Beurteilung.



Stufe B – Vertiefungsmodul

- Einrichtungen, die strukturierte arbeitsbezogene Maßnahmen anbieten.
- z. B. Belastungserprobung, Arbeitsplatztraining, berufliche Beratung, Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber oder Integrationsdiensten.
- Interdisziplinäre Fallkonferenzen mit beruflichem Fokus.



Stufe C – Spezifische MBOR

- Reha-Einrichtungen mit Spezialisierung auf komplexe berufliche Problemlagen.
- z. B. bei drohender Erwerbsminderung, langer Arbeitsunfähigkeit, multiplen Belastungsfaktoren, psychischen Erkrankungen.
- Enge Kooperation mit Reha-Fachberatungen, Arbeitgebern, IFD, Rentenversicherung.
- Umfangreiche sozialmedizinische Diagnostik und Integrationsplanung.



INTEGRIERTE VERSORGUNG



- Krankenversicherer können gem. § 140a SGB V (Besondere Versorgung) Verträge mit Leistungserbringern über die Versorgung ihrer Versicherten abschließen
- „Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften.“ (§ 140a I 2 SGB V)



DESEASE MANAGEMENT



- DMP's sind im Bereich der GKV angesiedelte strukturierte Organisationsformen medizinischer Versorgung für Menschen mit chronischen Erkrankungen (§ 137 f-g SGB V)
- Auch die Rehabilitation findet sich in DM-Programmen
- Damit TN unabhängig von der Kostenträgerschaft nach gleichen Grundsätzen behandelt werden, haben die Spitzenverbände der GKV und DRV eine gemeinsame Erklärung zur Einbindung der med. Reha abgeschlossen: Kostenträger haben danach sicherzustellen, dass Patienten in DMP's während der **med. Reha nur in Einrichtungen** versorgt werden, **die in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) bezeichnete med. Grundlagen strukturierter Behandlungsprogramme beachten**



STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG



- Differenzierung zwischen „arbeitsfähig“ und „arbeitsunfähig“ genügt nicht den Anforderungen an eine Eingliederung in den Arbeitsprozess, wenn Versicherte noch eine Teilzeittätigkeit ausüben können.
- Nach BSG (B 11a AL 31/06 R) liegt Arbeitsunfähigkeit nur vor, wenn der Versicherte seine zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls konkret ausgeübte Arbeit wegen Krankheit nicht (weiter) verrichten kann.



- Die vor der gesundheitlichen Leistungsminderung ausgeübte Beschäftigung ist Anknüpfungspunkt der Vorschriften über die stufenweise Wiedereingliederung in § 74 SGB V und § 44 SGB IX
- Beide Vorschriften setzen voraus, dass der Versicherte arbeitsunfähig ist, die bisherige Tätigkeit (nur) teilweise verrichten kann und zugleich die Zielsetzung der med. Reha als Maßnahme der stufenweisen Wiedereingliederung auf den Erhalt des vorhandenen Arbeitsplatzes ausgerichtet ist.
- Im rechtlichen Sinne gibt es keine Teil-Arbeitsunfähigkeit (Alles-oder-Nichts-Prinzip)



- § 74 SGB V ist pflichtbegründend an den Vertragsarzt gerichtet, der in geeigneten Fällen den MD oder Betriebsarzt einschalten und Art und Umfang der verbleibenden Verrichtungen benennen soll.
- § 74 SGB V ist eine Vorschrift des Leistungserbringungsrechts; eine Verbindung zur med. Reha ist auch durch das SGB IX nicht hergestellt worden.
- Für Reha-träger gab es vor dem SGB IX keine vergleichbare Regelung; erst das SGB IX hat die Stufenweise Widereingliederung für alle Reh-träger als Teil der med. Reha normiert.



- Die Klärung der Frage, welcher Träger für die Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zuständig ist, richtet sich nach dem Kriterium der Unmittelbarkeit.
- In Abkehr von einer festen Zeitgrenze stellt die Rspr. darauf ab, innerhalb welcher Zeit unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls der durch die vorangehende Reha-Maßnahme eingeleitete Wiedereingliederungsversuch durch die nachgehende stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich zum Abschluss gebracht werden kann.
- Der Grundsatz der vollständigen, umfassenden Leistungserbringung erfordert die Gewährung der Wiedereingliederung durch ein und denselben Leistungsträger (Reha-Maßnahme und Wiedereingliederung bilden in der Zusammenschau eine einheitliche Gesamtmaßnahme)



- § 44 SGB IX ist eine Ermessensvorschrift; Versicherte haben keinen Rechtsanspruch
- § 44 SGB IX richtet sich in erster Linie an Rehaträger, die diese Vorschrift nach pflichtgemäßen Ermessen hinsichtlich Entschließung und Auswahl anzuwenden haben



1. Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aufgrund ärztlicher Feststellung
2. Positive Prognose, dass die stufenweise Wiedereingliederung voraussichtlich zu einer verbesserten Integration in das Erwerbsleben führen wird (Entscheidung obliegt Reha-Trägern; gerichtlich voll überprüfbar)



- Prozess, in dem der Arbeitsunfähige in Schritten behutsam in den Arbeitsprozess reintegriert wird.
- Setzt Zusammenarbeit des Arbeitsunfähigen, des Arbeitsgebers, des Arztes und des Reha-Trägers voraus (beachte Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung als Anlage B zu den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des GBA)
- Maßnahme der medizinischen Rehabilitation



- Die Ausführung von Tätigkeiten im Rahmen einer Wiedereingliederung hat nicht das Gepräge einer durch das Direktionsrecht des Arbeitgebers fremdbestimmten Arbeit, sondern ist vielmehr als “Einsatz im Betrieb zu therapeutischen Zwecken” vor allem vom Bemühen des Versicherten gekennzeichnet, seine gesundheitlichen Einschränkungen zu überwinden.



- Wiedereingliederungsverhältnis Rechtsverhältnis eigener Art (sui generis)
- Hauptpflichten aus dem Arbeitsvertrag ruhen, Arbeitsverhältnis bleibt aber bestehen
- Der versicherungsrechtliche Status ändert sich durch die stufenweise Wiedereingliederung nicht
- Anspruch auf Krankengeld besteht fort
- Arbeitgeber trifft keine Verpflichtung zum Abschluss einer Wiedereingliederungsmaßnahme



- BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 11 AL 20/12 R
Nimmt ein Bezieher von Arbeitslosengeld eine stufenweise Wiedereingliederung auf, rechtfertigt dies nicht die Annahme, er sei nicht mehr beschäftigungslos und stehe den Vermittlungsbemühungen der Bundesagentur für Arbeit nicht weiter zur Verfügung. Eine stufenweise Wiedereingliederung schließt demnach nicht aus, dass die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Arbeitslosengeld nach den §§ 136-138 SGB III vorliegen.



LEISTUNGEN DER INTEGRATIONSFACHDIENSTE



- geeignete Ausbildungs- und Arbeitsplätze erschließen
- Fähigkeiten und Interessen schwerbehinderter Menschen einschätzen, um auf die Bedürfnisse eingehen und optimal auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten
- Menschen mit Schwerbehinderung auf die Arbeitsplätze vorbereiten und am Arbeitsplatz oder beim Training begleiten
- Mitarbeiter im Betrieb über Art und Auswirkung der Behinderung und über entsprechende Verhaltensregeln informieren und beraten
- Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung durchführen
- der IFD arbeitet eng mit den Arbeitgebern und den schwerbehinderten Menschen zusammen. Er unterstützt Sie im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter oder der Rehabilitationsträger.