

Interne Revision

Revision SGB III

Bericht

gemäß § 386 SGB III

Berufliche Rehabilitation



Bundesagentur für Arbeit

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Revisionsergebnisse	2
2.1	Rahmenbedingungen und Voraussetzungen	2
2.2	Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst.....	3
2.2.1	Prozess der Beteiligung des Ärztlichen Dienstes	3
2.2.2	Qualität der Gutachtenaufträge.....	4
2.3	Kernprozess im Teilhabeverfahren	5
2.3.1	Validität erfasster Daten.....	5
2.3.2	Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	6
2.3.3	Zuständigkeitsklärung und Bedarfsfeststellung	6
2.3.4	Teilhabeplan und Teilhabeplankonferenz	7
2.4	Qualitätssicherung und Fachaufsicht in den AA.....	7

Anlage Revisionsumfang und -methode

1 Zusammenfassung

Die zum 1. Januar 2018 wirksam gewordene zweite Reformstufe des Bundes-Teilhabegesetzes (BTHG) hat den Kernprozess der beruflichen Rehabilitation vor neue Anforderungen gestellt. Beispielsweise änderten sich das Verfahren zur Zuständigkeitsklärung sowie die Fristen zur Entscheidung über den Rehabilitationsantrag. Das Teilhabeplanverfahren, das die Zusammenarbeit zuständiger Träger regelt, wurde eingeführt. Die Agenturen für Arbeit (AA) mussten ihre bestehenden Geschäftsprozesse an das BTHG anpassen.¹

Die Prüfung sollte aufzeigen, inwieweit es den AA im Rahmen der Wiedereingliederung gelungen ist, die ersten Schritte² des Teilhabeverfahrens dem BTHG entsprechend umzusetzen. Prüfungsschwerpunkte waren die Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs und der Kernprozess beruflicher Rehabilitation von der Zuständigkeitsklärung bis zur Teilhabeplanung.

Im Ergebnis der Prüfung kommt die Interne Revision zu der Einschätzung, dass es den geprüften AA gelungen ist, die grundlegenden Rahmenbedingungen für die Umsetzung des BTHG zu schaffen. Die Zuständigkeitsklärung und die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs nahmen die AA in der Regel rechtzeitig vor. Auch während des ersten Lockdowns in der Covid-19-Pandemie konnten die AA die geprüften Teilprozesse aufrechterhalten.

In der konkreten fachlichen Arbeit hat die Interne Revision jedoch Mängel festgestellt, die sich im Wesentlichen auf folgende Bereiche erstrecken:

- Die für die Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs erforderliche Einschaltung des Ärztlichen Dienstes (ÄD) haben die AA teilweise nicht oder nicht frühzeitig veranlasst. Außerdem dauerte es in vielen Fällen zu lange, bis die Vermittlungsfachkräfte das ärztliche Gutachten mit den Kundinnen und Kunden besprachen.
- Zum Teil haben die Vermittlungs- und Beratungsfachkräfte ihre Gutachtenaufträge an den ÄD unpräzise formuliert. Unzureichende Informationen zu gesundheitlichen Einschränkungen erschweren eine individuelle Begutachtung.
- Die in VerBIS³ erfassten Daten waren in vielen Fällen nicht valide. Die erforderliche Transparenz über den Rehabilitationsprozess und eine zuverlässige Abbildung der gesetzlich vorgeschriebenen Fristen sind damit gefährdet.
- Die Teams Reha/SB haben nicht immer darauf geachtet, dass die Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vollständig waren.
- In einem Teil der Fälle haben die AA auf schriftliche Informationen zur Zuständigkeitsklärung und Bescheide zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs verzichtet.
- Im Teilhabeplanverfahren war das notwendige Zusammenwirken unterschiedlicher Rehabilitationsträger nicht durchgehend erkennbar.

Ziel der Revision

Grundlegende Rahmenbedingungen geschaffen ...

... jedoch fachliche Mängel vorhanden

¹ Fachkonzept für Berufliche Rehabilitation und Teilhabe in den Arbeitsagenturen (aktualisierte Fassung vom 04.12.2019, S. 27).

² Prozess von der Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bis zum neu eingeführten Teilhabeplanverfahren.

³ Vermittlungs-, Beratungs- und Informationssystem.

Interne Revision

- Das Qualitätssicherungssystem und die fachaufsichtlichen Aktivitäten reichten in den geprüften AA nicht aus, um mögliche Risiken bei der Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs und im nachfolgenden Rehabilitationsprozess zuverlässig erkennen zu können.

Soweit die festgestellten Verbesserungsbedarfe die dezentrale Umsetzungsverantwortung betrafen, hat die Interne Revision den geprüften AA entsprechende Hinweise gegeben.

2 Revisionsergebnisse

2.1 Rahmenbedingungen und Voraussetzungen

Mit einer Reihe von Maßnahmen ist es den geprüften AA gelungen, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Umsetzung des BTHG zu schaffen. Die AA haben beispielsweise

- den Bereich der Reha-Wiedereingliederung personell um eine Stelle aufgestockt,
- Reha-Beratungsfachkräfte von administrativen Aufgaben⁴ entlastet,
- ihre Teams Reha/SB als spezialisierte Organisationseinheiten aufgestellt,
- einen persönlichen Zugang zur Reha-Beratung in allen Geschäftsstellen ermöglicht,
- eine Ansprechstelle für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger eingerichtet.

Die geprüften AA sorgten frühzeitig⁵ für Transparenz über die gesetzlichen und prozessualen Änderungen. Sie informierten ihre Mitarbeiter/-innen – teilweise im Zusammenspiel mit der Regionaldirektion – in Dienstbesprechungen, Informationsveranstaltungen und Seminaren. Darüber hinaus standen den Beratungsfachkräften spezielle Qualifizierungsmaßnahmen⁶ zur Verfügung.

Zum Teil beteiligten die geprüften AA ihre Mitarbeiter/-innen an den Aktivitäten zur Umgestaltung. Beispielsweise passten die Beratungsfachkräfte einer AA mit Unterstützung der Regionaldirektion die agenturinternen Prozesse an die gesetzlichen Neuerungen an und erstellten neue Arbeitsmittel und Arbeitshilfen.

Die frühzeitige Information und Einbindung in die Prozesse der Umgestaltung trugen nach Auffassung der Internen Revision zu fachlicher Sicherheit auf der operativen Ebene bei. So schätzten die Beratungsfachkräfte der geprüften AA ihren aktuellen Kenntnisstand zum Themenfeld „Berufliche Rehabilitation und Teilhabe“ überwiegend als gut bis sehr gut ein, was die befragten Führungskräfte bestätigten.

Zur Umsetzung der gesetzlichen Änderungen nahmen die AA die nötigen Abstimmungen mit internen und externen Kooperationspartnerinnen und -partnern vor:

- Beispielsweise präzisierten sie die Zusammenarbeit mit dem ÄD, um die gesetzlichen Fristen zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs einhalten zu können.

Wesentliche Voraussetzungen geschaffen

Frühzeitige Information und Einbindung der Mitarbeiter/-innen

Abstimmungen durchgeführt

⁴ Übertragung von zuarbeitenden Tätigkeiten auf die Reha-Sachbearbeitung und die Eingangszone.

⁵ Informationsveranstaltungen zum BTHG fanden teilweise bereits im Dezember 2017 statt.

⁶ Zum Beispiel das Seminar „Behinderungen und ihre Auswirkungen I/II“ oder das Zertifizierungsprogramm „Professionelle Beratung“ für Beraterinnen und Berater.

Interne Revision

- Sie tauschten sich mit Fachstellen der Ergänzenden unabhängigen Teilhaberberatung⁷, Inklusionsämtern, Bildungseinrichtungen und Werkstätten für behinderte Menschen aus und passten bei Bedarf bestehende trägerübergreifende Verfahrensabläufe an das BTHG an.
- Außerdem führten sie unter Beteiligung von Trägern der Eingliederungshilfe, Jobcentern, Beratungsfachkräften und Regionaldirektionen Informationsveranstaltungen zum neuen Teilhabeplanverfahren durch.

Die Prüfung fiel zum Teil in einen Zeitraum mit erschwerten prozessualen Rahmenbedingungen und eingeschränkten Ressourcen: Obwohl die Teams Reha/SB den Operativen Service und den neu eingeführten telefonischen Sammelruf personell unterstützten, gelang es den geprüften AA, im ersten Lockdown funktionsfähig zu bleiben und den Kernprozess des Teilhabeverfahrens auch in dieser kritischen Lage sachgerecht zu gestalten. Während der Schließung der Dienststellen führten die AA ihre Beratungsgespräche überwiegend telefonisch durch und bearbeiteten Kundenanfragen schriftlich. Somit waren auch in der Lockdown-Phase fristgerechte und rechtmäßige Zuständigkeitsklärungen sowie Bedarfsfeststellungen gewährleistet, was die Ergebnisse der Einzelfallprüfungen bestätigten. Auch die AA selbst beurteilten ihre Vorgehensweise im Lockdown als zielführend und machten ihre Einschätzung insbesondere an dem nur geringen Beschwerdeaufkommen fest.

**Teams Reha/SB
im Lockdown
funktionsfähig**

2.2 Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst

2.2.1 Prozess der Beteiligung des Ärztlichen Dienstes

Der ÄD leistet mit seinen Gutachten eine wichtige Unterstützung für die Arbeitsvermittlung und die Teams Reha/SB, wenn es darum geht, den Rehabilitationsbedarf zu identifizieren und zu konkretisieren.

Im Rahmen der Einzelfallprüfung hat die Interne Revision prozessbezogene Verbesserungsbedarfe im Zusammenhang mit der ärztlichen Begutachtung identifiziert:

- Bei etwa jedem fünften Fall mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen versäumte es die allgemeine Arbeitsvermittlung, den ÄD einzuschalten. Als Grund hierfür nannten die AA unter anderem fachliche Unsicherheiten der Vermittlungsfachkräfte.
- In 30 % der Fälle dauerte es länger als sechs Wochen, bis den Vermittlungsfachkräften das ärztliche Gutachten vorlag.⁸ Die AA begründeten die Verzögerungen teilweise mit verspätet eingereichten Befundunterlagen behandelnder Ärztinnen und Ärzte.
- In fast der Hälfte der Fälle vergingen mehr als vier Wochen, bis die Vermittlungsfachkräfte das ärztliche Gutachten mit den Kundinnen und Kunden besprochen hatten.⁹ Nach Aussagen in den Interviews waren die langen Wartezeiten auf agenturinterne Prioritätensetzungen¹⁰, zum Beispiel die vorrangige Terminierung von Erstgesprächen, zurückzuführen.

**Einschaltung des
ÄD versäumt**

**Lange Laufzeiten
der Gutachten**

**Verzögerungen
bis zur Bespre-
chung**

⁷ Neues Beratungsangebot für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen.

⁸ Die durchschnittliche Laufzeit aller Fälle des ÄD soll entsprechend dem Service-Level-Agreement maximal 27 Arbeitstage (5,4 Wochen) betragen.

⁹ Spannbreite zwischen 5 und 17 Wochen.

¹⁰ Die Prioritäten galten nach Angaben aus den Interviews unabhängig von der Covid-19-Pandemie.

Interne Revision

In der Zusammenarbeit zwischen dem Team Reha/SB und dem ÄD gab es dagegen in keiner der geprüften AA Verzögerungen. Das im Rahmen der Bedarf feststellung veranlasste Gutachten lag fast immer innerhalb von fünf Wochen nach der Beauftragung des ÄD vor.

Bei Einzelfällen, die während des ersten Lockdowns zur ärztlichen Begutachtung führten, waren im Vergleich zu den oben genannten Feststellungen deutlich weniger Verzögerungen zu erkennen. Dies lag daran, dass der ÄD die Gutachten – soweit möglich – nach Aktenlage erstellte und die Vermittlungsfachkräfte die Ergebnisse mit den Kundinnen und Kunden in der Regel telefonisch auswerteten. Daher konnten die Vermittlungsfachkräfte die weiteren Schritte zur Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sehr zeitnah einleiten. Hierbei handelte es sich um eine Vorgehensweise, die der Sondersituation in der Covid-19-Pandemie geschuldet war und nicht unreflektiert auf normale Rahmenbedingungen übertragbar ist. Nach Einschätzung der Internen Revision wäre es jedoch lohnend zu prüfen, ob einzelne Aspekte der Vorgehensweise während der Pandemie als Anregung für künftige prozessuale Straffungen dienen können.

Im Zusammenwirken zwischen Arbeitsvermittlung und ÄD sollten übergreifende Maßnahmen ergriffen werden, um den Prozess von der Beauftragung bis zur Besprechung der ärztlichen Gutachten zu verbessern und zu straffen.

Gutachten für die Teams Reha/SB fristgerecht

Sondersituation Covid-19

Empfehlung 1

2.2.2 Qualität der Gutachtenaufträge

Ein aussagekräftiges und für den weiteren Rehabilitationsprozess geeignetes ärztliches Gutachten setzt einen vollständig ausgefüllten und zielgerichteten Gutachtenauftrag voraus. Bei komplexen und unübersichtlichen Fragen steht den Vermittlungs- und Beratungsfachkräften grundsätzlich die sozialmedizinische Beratung des ÄD zur Verfügung. Der Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes stellt eine weitere Hilfe für die operative Arbeit dar.

Sowohl die Vermittlungsfachkräfte in der allgemeinen Arbeitsvermittlung als auch die Beratungsfachkräfte der Teams Reha/SB formulierten ihre Gutachtenaufträge teilweise unpräzise. Die Gutachtenaufträge lieferten dem ÄD somit keine ausreichenden Informationen, um die Leistungsfähigkeit beurteilen oder einen möglichen Rehabilitationsbedarf feststellen zu können. Es fehlten überwiegend Angaben zu den vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen und der Bezug zu den Arbeitsbedingungen im Zielberuf.

Die AA vertraten in den Interviews die Auffassung, ihnen stünden teilweise nicht genügend Informationen zu gesundheitlichen Einschränkungen zur Verfügung. Die Einzelfallprüfung zeigte jedoch, dass die Vermittlungs- und Beratungsfachkräfte die gesundheitliche Situation nicht immer ausreichend mit den Kundinnen und Kunden thematisiert hatten. Zur Verunsicherung im Umgang mit gesundheitlichen Informationen führte auch, dass die Angaben im Gesundheitsfragebogen dem Datenschutz unterliegen. Vereinzelt vertraten die Beratungsfachkräfte die Meinung, eine Beschreibung der Arbeitsbedingungen sei nicht erforderlich, da der ÄD ohnehin über die entsprechenden Informationen verfüge.

Gutachtenaufträge teilweise unpräzise

Aus Sicht der Internen Revision ist es erforderlich, von zentraler Stelle Impulse zur qualitativen Verbesserung der Gutachtenaufträge zu setzen. Eine einzelfallbezogene Kommunikation zwischen dem ÄD und der jeweiligen Beratungs- oder Vermittlungsfachkraft kann zwar bei schwierigen Sachverhalten hilfreich sein, löst aber nicht die Grundproblematik.

Mehrere Ursachen benannt

Die Handlungsbedarfe bei der Erstellung von Gutachtenaufträgen sollten analysiert und übergreifende Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt werden.

Empfehlung 2

2.3 Kernprozess im Teilhabeverfahren

2.3.1 Validität erfasster Daten

Die einzelnen Schritte des Teilhabeverfahrens sind in VerBIS in der sogenannten Reha-Maske des Bewerberdatensatzes zu dokumentieren.¹¹ Diese Daten schaffen die erforderliche Transparenz über den Rehabilitationsprozess, lösen die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen aus und liefern erforderliche statistische Daten für den Teilhabeverfahrensbericht¹² nach § 41 SGB IX.

Die Interne Revision stellte fehlende oder nicht korrekte Eintragungen in den Feldern „Antragstellung“ und „Antragseingang“ der Reha-Maske fest.

Das Datum „Antragstellung“ wurde in 48 % der geprüften Fälle nicht und in 32 % der Fälle nicht korrekt dokumentiert. Das Feld „Antragstellung“ wird nach den Interviewaussagen nicht immer befüllt, weil es in VerBIS kein Pflichtfeld ist. Da dieses Feld keine gesetzlich relevante Frist auslöst, überprüften die Beratungsfachkräfte die vorhandenen Eintragungen nicht immer oder passten sie nicht an. Dieses Versäumnis beeinträchtigt die erforderliche transparente Abbildung des Rehabilitationsprozesses.

Das Datum im Feld „Antragseingang“ war in 31 % der geprüften Fälle nicht korrekt, obwohl es die Fristberechnung zur Zuständigkeitsklärung und Bedarfsfeststellung auslöst. In diesen Fällen ging aus der eAkte¹³ oder der VerBIS-Kundenhistorie ein anderes Eingangsdatum als aus der Reha-Maske hervor. Hierbei kam es zu Abweichungen in beide Richtungen. Die AA erfassten Daten, die bis zu 46 Kalendertage nach oder bis zu 13 Kalendertage vor dem korrekten Posteingangsdatum lagen. In sechs Fällen wäre es zu einer Fristüberschreitung bei der Zuständigkeitsklärung gekommen, wenn die AA das korrekte Datum eingesetzt hätten. Da die AA jedoch in allen diesen Fällen zuständige Rehabilitationsträger waren, wäre auch bei einer Fristüberschreitung kein Vermögensschaden für die BA entstanden.

Die AA verwiesen teilweise auf Unsicherheiten bei der Frage, wann ein Antrag bearbeitungsreif ist oder welches Datum als Antragseingang zu werten ist. Der häufig (in 95 % der fehlerhaften Fälle) fehlende Posteingangsstempel auf dem schriftlichen Rehabilitationsantrag erschwere die Festlegung des korrekten Datums für den Antragseingang.

Eine fristgerechte und gesetzeskonforme Einleitung des Rehabilitationsprozesses und dessen transparente und sachlich richtige Darstellung sind in hohem Maße von der Validität der erfassten Daten abhängig. Um Risiken für die BA, beispielsweise Vermögensschäden bei der Fristüberschreitung, zu vermeiden, müssen die AA ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum bewussten Umgang mit der Datenqualität in VerBIS anhalten. In diesem Zusammenhang müssen die AA die Vorgaben zur Antragstellung und zum Antragseingang entsprechend den Arbeitshilfen¹⁴ konsequent umsetzen.

Die BA muss sicherstellen, dass die Daten zur Antragstellung und zum Antragseingang vollständig und korrekt in VerBIS erfasst werden. Die Angaben in der eAkte müssen dem tatsächlichen Posteingangsdatum entsprechen.

**Teilweise
fehlende oder
nicht valide
Daten in VerBIS**

Empfehlung 3

Die Zentrale sollte prüfen, ob das Datum der Antragstellung in der Reha-Maske in VerBIS als Pflichtfeld ausgestaltet werden kann.

Empfehlung 4

¹¹ Vgl. VerBIS-Arbeitshilfe „Rund um Behinderungen und Teilhabe“.

¹² Mit dem Teilhabeverfahrensbericht wurden erstmalig im Jahr 2018 gesetzlich bestimmte Kennzahlen (zum Beispiel zu Antragsaufkommen und Fristverletzungen) bei den Leistungsträgern erhoben und im Jahr 2019 veröffentlicht.

¹³ Elektronische Akte.

¹⁴ Zum Beispiel VerBIS-Arbeitshilfe „Rund um Behinderungen und Teilhabe“, Nr. 9.3 und 9.4.

2.3.2 Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Beratungsfachkräfte der Teams Reha/SB können über die Zuständigkeit der BA als Rehabilitationsträger erst dann entscheiden, wenn die Antragsteller/-innen alle notwendigen Unterlagen vollständig vorgelegt haben. Hierzu gehört auch der Identitäts- und Wohnsitznachweis (ID- und Wohnsitznachweis).

Aus der Einzelfallprüfung ging hervor, dass die AA in 88 % der Fälle nicht alle notwendigen Unterlagen nachgefordert hatten, wenn Anträge unvollständig waren. In allen diesen Fällen fehlte der ID- und Wohnsitznachweis.¹⁵ Nach Aussagen in den Interviews hatten die Beratungsfachkräfte der Teams Reha/SB teilweise darauf vertraut, dass die ID- und Wohnsitzprüfung bereits in der Eingangszone oder der Reha-Sachbearbeitung erfolgt war, oder sich auf die Angaben der Kundinnen und Kunden verlassen. Zum Teil setzten die AA auch voraus, dass Anträge, die die Deutsche Rentenversicherung postalisch an die BA weiterleitete, korrekte Personendaten enthielten, und überprüften diese deshalb nicht.

Nach Einschätzung der Internen Revision war den geprüften AA nicht bewusst, dass die fehlenden ID- und Wohnsitznachweise das Risiko eines Leistungsmissbrauchs erhöhen. Fachaufsichtliche Aktivitäten hierzu fanden in keiner der geprüften AA statt.

Die BA muss sicherstellen, dass die Prüfung der Identität und des Wohnsitzes konsequent, ggf. auch unter Nutzung digitaler Möglichkeiten, erfolgt.

Antragsunterlagen unvollständig

Empfehlung 5

2.3.3 Zuständigkeitsklärung und Bedarf feststellung

Der Kernprozess des Teilhabeverfahrens umfasst unter anderem die Zuständigkeits- und Bedarf feststellung innerhalb der geltenden Fristen. Eine nicht fristgerechte oder nicht rechtmäßige Zuständigkeitsklärung kann zu finanziellen Schäden für die BA führen und den Entscheidungsprozess für die Kundinnen und Kunden verzögern. Die BA ist verpflichtet, die Entscheidungen im Teilhabeverfahren transparent zu machen und die Antragstellerinnen und Antragsteller über die getroffenen Entscheidungen schriftlich zu informieren.¹⁶

In fast allen Fällen haben die geprüften AA die Zuständigkeit und den Bedarf rechtmäßig und fristgerecht festgestellt. Jedoch verzichteten die AA teilweise auf eine schriftliche Mitteilung¹⁷, wenn sie beispielsweise die Zuständigkeit in einem persönlichen Gespräch erklärten oder das Gespräch ohnehin am Tag der Bedarf feststellung stattfand. Die AA erstellten teilweise auch keinen Bescheid zur Bedarf feststellung, wenn dieser zeitlich mit dem Bewilligungsbescheid über die beantragten Leistungen zusammenfiel.

Entscheidungen fristgerecht und rechtmäßig, jedoch teilweise ohne Bescheid

Nach Auffassung der Internen Revision fehlten in diesen Fällen die vom Gesetzgeber geforderte Transparenz zum Entscheidungsprozess und die Rechtsicherheit für alle Beteiligten. Deshalb sind neben den Leistungsbescheiden auch schriftliche Informationen zur Zuständigkeitsklärung sowie Bescheide über die Bedarf feststellung unerlässlich.

¹⁵ Es handelte sich weit überwiegend um Fälle von Kundinnen und Kunden, die nicht persönlich bei der AA vorgesprochen hatten (weil sie beispielsweise nur einen Antrag auf technische Hilfsmittel stellten), oder um Rehabilitationsanträge, die die Deutsche Rentenversicherung weitergeleitet hatte.

¹⁶ Hierzu gehören die schriftliche Information über die Zuständigkeitsklärung sowie Bescheide über die Bedarf feststellung dem Grunde nach und über die Entscheidung zu beantragten Leistungen.

¹⁷ Beispielsweise erfolgte in 21 % der Fälle keine schriftliche Information über die Zuständigkeitsklärung durch die BA oder über die Weiterleitung des Antrags an einen anderen Träger.

Interne Revision

Es muss sichergestellt werden, dass die AA die Antragsteller/-innen entsprechend der Weisungslage schriftlich informieren und die erforderlichen Bescheide erstellen.

Empfehlung 6

2.3.4 Teilhabeplan und Teilhabeplankonferenz

Der mit dem BTHG neu eingeführte Teilhabeplan ist zu erstellen, wenn mehrere Rehabilitationsträger ihre Leistungen in einem konkreten Fall aufeinander abstimmen müssen. Der Teilhabeplan bildet eine Entscheidungs- und Steuerungsgrundlage, um die Teilhabeleistungen zügig, wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können die Rehabilitationsträger im Rahmen einer Teilhabeplankonferenz nach § 20 SGB IX gemeinsam über den Rehabilitationsbedarf beraten. Eine Teilhabeplankonferenz soll unter anderem bei großem Umfang oder bei langer Laufzeit der Teilhabeleistungen durchgeführt werden.

Nach der geltenden Weisungslage¹⁸ müssen die Beratungsfachkräfte den Teilhabeplan vor der Eingliederung erstellen und in VerBIS ablegen. Die geprüften AA gaben an, dass die Teilhabepläne in der Regel für Kundinnen und Kunden zum Einsatz kommen, die in eine Werkstatt für behinderte Menschen einmünden. Die Beteiligung eines weiteren Rehabilitationsträgers war nur in drei der 120 geprüften Fälle erforderlich. In zwei von diesen Fällen hat die Interne Revision keinen Teilhabeplan vorgefunden. Im dritten Fall wurde trotz des Erfordernisses kein weiterer Träger beteiligt.

Teilhabeplan nicht konsequent eingesetzt

Eine Teilhabeplankonferenz zwischen mehreren Rehabilitationsträgern war aus Sicht der Internen Revision in keinem der drei relevanten Fälle erforderlich. Die geprüften AA teilten mit, bislang noch keine Teilhabeplankonferenz durchgeführt zu haben.¹⁹ Hierfür lagen verschiedene Gründe vor: Zum Beispiel fehlte es an Räumlichkeiten und technischer Ausstattung oder an der Bereitschaft der Kundinnen und Kunden. Grundsätzlich schätzten die AA die Konzeption der Teilhabeplankonferenz im Vergleich zu den bisher durchgeführten Fachauschusssitzungen als weniger praktikabel ein. Beispielsweise können im Rahmen einer Teilhabeplankonferenz ausschließlich Entscheidungen zu einem einzelnen Rehabilitationsfall getroffen werden und nicht, wie bisher, zu mehreren.²⁰

Keine Teilhabeplankonferenzen durchgeführt

Die BA sollte überprüfen, inwieweit das von den AA praktizierte Zusammenwirken mit den anderen Rehabilitationsträgern im Teilhabeplanverfahren der Zielsetzung des BTHG gerecht wird.

Empfehlung 7

2.4 Qualitätssicherung und Fachaufsicht in den AA

Im Rahmen des operativen Risikomanagements²¹ sollen die AA verschiedene Erkenntnisquellen nutzen, um Risiken systematisch zu identifizieren und diese durch geeignete qualitätssichernde Aktivitäten zu minimieren. Die Erkenntnisse sollten als Kernbestandteil in die Fachaufsicht einfließen.

In keiner der geprüften AA war ein Qualitätssicherungssystem entsprechend dem Rahmenkonzept implementiert. Die hierzu geplanten Aktivitäten waren teilweise pandemiebedingt ausgesetzt. Zwei AA planten, sich in naher Zukunft mit den Qualitätskriterien des Rehabilitationsprozesses auseinanderzusetzen. Nur

Qualitätssicherungssystem nicht implementiert

¹⁸ Vgl. Fachliche Weisungen Reha zu § 19 SGB IX (Teilhabeplan).

¹⁹ Zumindest bis zum Ende des Prüfungszeitraums (Juli 2020).

²⁰ Laut dem 1. Teilhabeverfahrensbericht gab es im Berichtsjahr 2018 bundesweit nur 13 trägerübergreifende Teilhabeplankonferenzen.

²¹ Weisung 201907017 vom 17.07.2019 – Operatives Risikomanagement und Qualitätssicherung.

Interne Revision

in einer der AA hatten die Beratungsfachkräfte Qualitätskriterien zum Kernprozess der beruflichen Rehabilitation erarbeitet. Aus Sicht der Internen Revision setzte sich keine der geprüften AA systematisch mit Qualitätsaspekten und Risiken im Rehabilitationsprozess auseinander, indem sie zum Beispiel gesetzliche Ziele und Vorgaben oder Erkenntnisse aus Prüfberichten einbezog. Das spiegelte sich in der Ausrichtung der Fachaufsicht wider.

In allen AA waren die fachaufsichtlichen Aktivitäten im Bereich Reha/SB und in der allgemeinen Arbeitsvermittlung nach Einschätzung der Internen Revision nur bedingt geeignet, mögliche Risiken frühzeitig zu identifizieren und ihnen entgegenzuwirken:

- In der allgemeinen Arbeitsvermittlung hing es vom Zufall der Fallauswahl ab, ob die Führungskräfte den Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen oder die Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs in der verlaufsbezogenen Kundenbetrachtung (VKB) überprüften.²² Qualitätskriterien zur Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs standen bei der Auswahl von Datensätzen für die VKB nicht explizit im Vordergrund.
- In der Reha-Beratung hatten die AA vorgesehen, pro Monat drei Bewerberdatensätze von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Wiedereingliederung) zu prüfen. Zwei AA hatten diese Prüfung aufgrund von Personalwechseln und wegen des Lockdowns für mindestens ein Jahr ausgesetzt. Auch die vorgesehenen Hospitationen sollten nach Aussagen der AA erst zu einem späteren Zeitpunkt wieder anlaufen.

Die Interne Revision kann nachvollziehen, dass die AA ihre fachaufsichtlichen Aktivitäten während der Pandemie reduziert haben. Es ist jedoch unerlässlich, den Rehabilitationsprozess in der Fachaufsicht künftig mit höherer Priorität zu betrachten und qualitative Aspekte verstärkt in den Blick zu nehmen.

Die BA sollte flächendeckend auf eine leistungsfähige Fachaufsicht im Rehabilitationsprozess hinwirken.

**Gezielte
Fachaufsicht
notwendig**

Empfehlung 8

Diese Prüfung wurde in Übereinstimmung mit den Internationalen Standards für die berufliche Praxis der Internen Revision durchgeführt.

²² Diese Themen wurden nur dann geprüft, wenn in der Fallauswahl Datensätze von Kundinnen und Kunden mit gesundheitlichen Einschränkungen enthalten waren. Gezielt wurden Fälle mit diesem Merkmal nicht ausgewählt.

Revisionsumfang und -methode

Der Vorstand hat die Interne Revision beauftragt, eine Revision zum Thema „Berufliche Rehabilitation“ durchzuführen.

Die Interne Revision hat in die Prüfung drei AA aus unterschiedlichen Regionaldirektionsbezirken einbezogen. Dabei wurden die Aktivitäten der AA in folgenden Zeiträumen betrachtet:

- 01.07.2018 bis 31.01.2020: Umsetzung der Neuerungen des BTHG,
- 01.03.2020 bis 31.07.2020: Umsetzung des BTHG während des ersten Lockdowns aufgrund der Covid-19-Pandemie und unmittelbar danach.

Die Interne Revision hat zentrale und dezentrale Regelungen sowie Arbeitsmittel zum Prozess der beruflichen Rehabilitation (auch im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie) der jeweiligen AA ausgewertet. Ergänzend berücksichtigte sie Erkenntnisse aus einem Fragebogen¹ und aus den Interviews mit Beratungs-, Fach- und Führungskräften der AA sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des ÄD.

Im Rahmen der Einzelfallprüfung hat das Prüfteam insgesamt 240 Bewerberdatensätze² mit folgenden Schwerpunkten betrachtet:

- Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs durch die allgemeine Arbeitsvermittlung (120 Datensätze),
- erste Schritte im Kernprozess der beruflichen Rehabilitation (120 Datensätze).

Nicht im Revisionsumfang enthalten waren

- Datensätze von Jugendlichen in der Ausbildungsvermittlung, von Kundinnen und Kunden aus dem Rechtskreis SGB II, von Kundinnen und Kunden nach § 145 Abs. 1 und Abs. 2 SGB III sowie von Aufstockenden,
- Kontrollen der genutzten IT-Verfahren und
- datenschutzrechtliche Aspekte.

Revisionszeitraum: August bis Dezember 2020

¹ Unter anderem zu Geschäftsprozessen und zur fachlichen Führung der AA im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

² Je AA 80 Fälle.