



BERUFLICHE REHABILITATION IM LÄNDERVERGLEICH

Perspektiven für eine nachhaltige Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in Österreich

Projektleitung AMS: Mag.^a Angela Herzenauer

Projektleitung öibf: Mag. Thomas Lankmayer



Wien, April 2026

Impressum

Arbeitsmarktservice

Dienstleistungsunternehmen des öffentlichen Rechts

Treustraße 35-43

1200 Wien

Telefon: +43 50 904 199

Durchführendes Unternehmen:

öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung

Margaretenstraße 166/2 Stock, 1050 Wien

Tel.: +43/ (0)1/310 33 34

<http://www.oeibf.at>

ZVR-Zahl: 718743404

Bibliografische Information

Lankmayer, Thomas, & Rigler, Sandra (2026). Berufliche Rehabilitation im Ländervergleich. Perspektiven für eine nachhaltige Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in Österreich. Wien: öibf.

Die Kosten für das Projekt beliefen sich in Summe auf EURO
36.120,00 (exkl. Ust)

Abstract de

Im Rahmen der Studie wird eine Vergleichsanalyse von Systemen der beruflichen Rehabilitation in fünf Ländern (Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande, Dänemark) durchgeführt. Zunächst wird für jedes Land ein Länderprofil erstellt, das die zentralen Elemente des jeweiligen Systems der beruflichen Rehabilitation darstellt. Darauf aufbauend werden diese Elemente systematisch zwischen den Ländern verglichen, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und potenzielle Erfolgsfaktoren herauszuarbeiten. Darüber hinaus werden innovative Ansätze und Modellprojekte beschrieben. Abschließend werden auf Basis dieser Analysen zentrale Entwicklungsfelder für Österreich abgeleitet.

Abstract en

This study presents a comparative analysis of vocational rehabilitation systems in five countries: Austria, Germany, Switzerland, the Netherlands, and Denmark. For each country, a profile is created that highlights the key components of its vocational rehabilitation system. These components are then systematically compared across countries to identify commonalities, differences, and potential factors contributing to success. At the same time, innovative approaches and model projects are examined to explore new perspectives beyond existing systems. Based on these analyses, the study identifies key areas for development in Austria.

Schlagworte

Österreich, Europa, berufliche Rehabilitation, Ländervergleich, Entwicklungsperspektiven, Teilhabe am Arbeitsleben, Return to Work

INHALT

1.	Einleitung	4
2.	Untersuchungsdesign.....	6
2.1	Zielsetzung und Forschungsfragen	6
2.2	Methoden	6
2.3	Begriffsbestimmung für die Systemanalyse	10
2.4	Länderauswahl.....	12
3.	Länderprofile der Systeme der beruflichen Rehabilitation	15
3.1	Österreich	16
3.2	Deutschland	24
3.3	Schweiz.....	32
3.4	Niederlande	38
3.5	Dänemark.....	44
4.	Berufliche Rehabilitation im Ländervergleich.....	52
4.1	Ausgewählte Indikatoren.....	53
4.2	Gesetzliche Hauptgrundlage.....	58
4.3	Hauptakteur:innen.....	60
4.4	Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	62
4.5	Anspruchskriterien und Zugangsbarrieren	65
4.6	Absicherung bei Krankheit und Rolle der Sekundärprävention	67
4.7	Monitoring und Erfolgsmessung.....	70
5.	Entwicklungsfelder.....	76
5.1	Systemstruktur und Rahmenbedingungen.....	77
5.2	Zugang und Prozessgestaltung	81
5.3	Angebotsgestaltung.....	86
6.	Anhang: Innovative Ansätze.....	92
6.1	Ganzheitlicher Reha-Prozess (Schweiz)	93
6.2	Starke Verpflichtung von Arbeitgeber:innen (Niederlande)	97
6.3	Nachbetreuung nach beruflicher Rehabilitation (Deutschland)	100
6.4	Supported Employment (Ursprung in den USA).....	101
6.5	Fallmanagement (Deutschland).....	103

6.6	Beschäftigungsmöglichkeiten bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (Dänemark)	106
6.7	Kooperation der Akteur:innen (USA und Europa)	108
6.8	Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation (Deutschland).....	110
7.	Literatur.....	111
7.1	Allgemeine Literatur	111
7.2	Gesetzesquellen.....	117
8.	Abbildungsverzeichnis.....	120
9.	Tabellenverzeichnis.....	121
10.	Abkürzungsverzeichnis.....	122

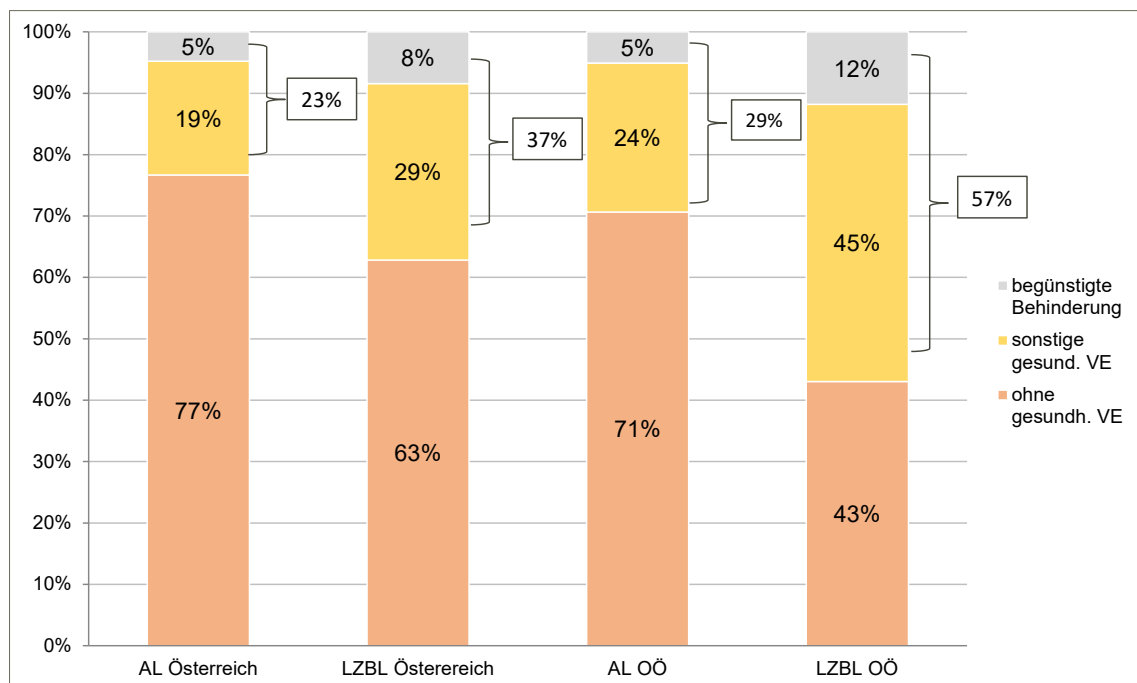
1. Einleitung

Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Behinderungen haben ein erhöhtes Risiko, vom Erwerbsleben ausgegrenzt zu sein (Eppel et al. 2018). Hinzu kommt ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit, der in der Forschung bereits mehrfach nachgewiesen wurde. Dabei wird häufig von einem Teufelskreis ausgegangen: Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen haben ein höheres Risiko, arbeitslos zu werden. Gleichzeitig kann Arbeitslosigkeit – insbesondere, wenn sie länger andauert – zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands beitragen (McKee-Ryan et al. 2005; Paul & Moser 2009; Holleder 2011).

Unter den beim Arbeitsmarktservice (AMS) gemeldeten arbeitslosen Personen weist ein erheblicher Anteil gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen auf. Das AMS unterscheidet dabei zwischen „sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen“ und Personen mit begünstigter Behinderung.

Abbildung 1 verdeutlicht, dass der Anteil arbeitsloser Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen im Jahr 2025 im Bundesdurchschnitt bei 23% und in Oberösterreich bei 29% liegt. Gleichzeitig zeigt sich, dass langzeitbeschäftigungslose Personen deutlich häufiger gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen aufweisen als die Gesamtheit arbeitsloser Personen. Dies unterstreicht die große Bedeutung frühzeitiger Interventionsmaßnahmen zur Förderung einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration im Falle gesundheitlicher Beeinträchtigungen. In Oberösterreich betrifft dies 57% der langzeitbeschäftigungslosen Personen und damit deutlich mehr als im österreichischen Durchschnitt (37%).

Abbildung 1: Anteil gesundheitlicher Vermittlungseinschränkungen (ges. VE) bei arbeitslosen und langzeitbeschäftigungslosen Personen in Österreich und OÖ 2025



Quelle: AMS-Daten, eigene Darstellung, Jahresdurchschnitt 2025; AL=Arbeitslose, LZBL=Langzeitbeschäftigungslose, OÖ=Oberösterreich, ges. VE=gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen

Die Förderung der Beschäftigung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen stellt somit eine zentrale Herausforderung der österreichischen Arbeitsmarktpolitik dar. Hierfür stehen verschiedene Instrumente und Maßnahmen zur Verfügung, wobei insbesondere die berufliche Rehabilitation auf eine lange Tradition zurückblicken kann. Gleichzeitig zeigt sich, dass sich auch in anderen Ländern Systeme entwickelt haben, die ein ähnliches Ziel verfolgen. Die Ausgestaltung dieser Systeme unterscheidet sich allerdings teils erheblich. Dabei wird deutlich, dass berufliche Rehabilitation unterschiedlich definiert und verstanden wird und auch die Prozesse der Wiedereingliederung in Beschäftigung („Return to Work“) unterschiedlich organisiert sind.

Vor diesem Hintergrund wurde das Österreichische Institut für Berufsbildungsfor- schung ([öibf](#)) vom AMS Oberösterreich beauftragt, das System der beruflichen Rehabi- litation in Österreich einer kritischen Analyse zu unterziehen. Zu diesem Zweck wird ein Ländervergleich durchgeführt, auf dessen Grundlage zentrale Entwicklungsfelder für Österreich abgeleitet werden sollen.

Kapitel 2 beschreibt das Untersuchungsdesign der Studie. In Kapitel 3 werden für die fünf ausgewählten Länder – Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande und Däne- mark – Länderprofile der Systeme der beruflichen Rehabilitation entlang zentraler Di- mensionen dargestellt. Anschließend erfolgt in Kapitel 4 ein systematischer Vergleich dieser Länder zu zentralen Themenfeldern. Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden in Kapitel 5 zentrale Entwicklungsfelder für Österreich dargestellt. Im Anhang (Kapitel 6) wurden zudem verschiedene Beispiele innovativer Ansätze aufbereitet, die in die Ableitung der Entwicklungsfelder eingeflossen sind.

2. Untersuchungsdesign

Im folgenden Kapitel wird das Untersuchungsdesign der Studie beschrieben. Es werden die Zielsetzungen, die Forschungsfragen sowie die methodische Vorgehensweise dargestellt. Zudem wird das Begriffsverständnis von beruflicher Rehabilitation erläutert und die Auswahl der betrachteten Länder begründet.

2.1 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel der Studie ist die Durchführung einer systematischen Vergleichsanalyse von Systemen der beruflichen Rehabilitation in ausgewählten europäischen Ländern. Darauf aufbauend sollen Perspektiven für eine nachhaltige Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in Österreich abgeleitet werden.

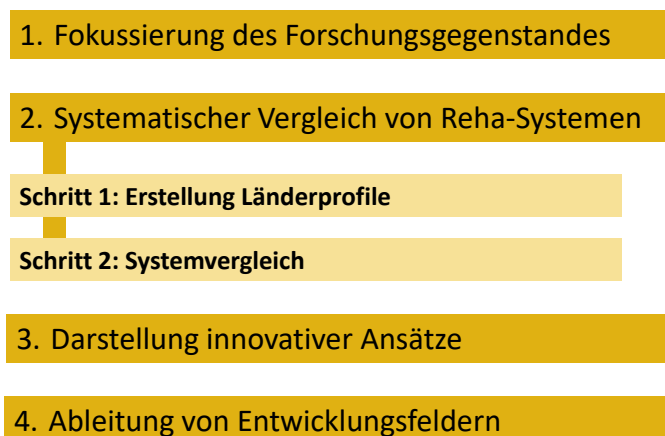
Leitend für die Studie waren folgende übergeordnete Forschungsfragen:

1. Wie unterscheiden sich die Systeme der beruflichen Rehabilitation von ausgewählten europäischen Ländern im Vergleich zu Österreich?
2. Welche Erfolgsfaktoren lassen sich aus anderen Ländern für Österreich ableiten?
3. Welche innovativen Ansätze bzw. Modellprojekte finden sich in der beruflichen Rehabilitation in den ausgewählten europäischen Ländern?
4. Welche Ansätze zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation lassen sich für Österreich ableiten?

2.2 Methoden

Das Studiendesign sah eine mehrstufige Vorgehensweise vor, die in Abbildung 2 dargestellt ist. Methodisch wurden ein Mix aus Literatur- und Dokumentenrecherche (Gesetzestexte, Informationswebseiten, Studien etc.) sowie Interviews mit nationalen und internationalen Expert:innen umgesetzt.

Abbildung 2: Untersuchungsdesign



1. Fokussierung des Forschungsgegenstandes

Zu Beginn wurde gemeinsam mit der Projektsteuerungsgruppe¹ der genaue Untersuchungsgegenstand definiert. Einerseits wurde das Begriffsverständnis von beruflicher Rehabilitation festgelegt sowie die für die Länderanalyse relevanten Themen bestimmt. Andererseits wurden die Länder für den Systemvergleich ausgewählt. Auf Basis einer explorativen Literaturrecherche wurden dabei zunächst geeignete Vergleichsländer identifiziert und anschließend in Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe festgelegt.

2. Systematischer Vergleich von Rehabilitationssystemen

Für den Ländervergleich wurden in einem ersten Schritt die Grundzüge der Systeme der beruflichen Rehabilitation in fünf Ländern (Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande und Dänemark) in Form von Länderprofilen aufbereitet. Die Erstellung basierte zunächst auf einer Desktop-Recherche, die eine Sichtung von Gesetzestexten, offiziellen Informationsseiten von Behörden/Institutionen sowie von wissenschaftlichen Studien und Fachliteratur umfasste. Bei niederländischen und dänischen Quellen wurden Übersetzungstools genutzt.

In einem nächsten Schritt wurden Interviews mit ein bis zwei Expert:innen aus jedem Land geführt. Dabei wurden die Rechercheergebnisse rückgespiegelt und durch die Expert:innen validiert bzw. ergänzt. Die Interviews dienten zudem der Beschaffung weiterer Hintergrundinformationen und Literatur zur Fertigstellung der Länderprofile. Insgesamt wurden acht Expert:innen zwischen Jänner und Februar 2026 interviewt.

Bei der Auswahl der Expert:innen wurde darauf geachtet, dass ein gutes systemisches Wissen sowie Kenntnisse der konkreten gesetzlichen Regelungen und Abläufe vorhanden sind. Neben Expert:innen aus Institutionen, die zu den Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation in den jeweiligen Ländern zählen, wurden auch Personen aus Wissenschaft und Forschung einbezogen. Die Interviews fanden per Videokonferenz statt und wurden aufgezeichnet sowie transkribiert. Die Ergebnisse der Interviews wurden in anonymisierter Form in den Bericht integriert. Dabei wurden die in Tabelle 1 angeführten Kürzel zur Kennzeichnung der entsprechenden Passagen im Bericht verwendet.

¹ Die Projektsteuerungsgruppe setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern des AMS OÖ zusammen.

Tabelle 1: Überblick interviewte Expert:innen

Nr.	Land	Bereich
E1	Österreich	politische:r Entscheidungsträger:in
E2	Österreich	Interessensvertretung
E3	Deutschland	Forschung
E4	Deutschland	Rentenversicherung
E5	Niederlande	Forschung
E6	Schweiz	Invalidenversicherung
E7	Schweiz	Forschung
E8	Dänemark	Forschung

3. Darstellung innovativer Ansätze

Zusätzlich zum Systemvergleich wurden innovative Ansätze im Kontext der beruflichen Rehabilitation recherchiert und aufbereitet. Bei der Auswahl der Beispiele ging es darum, verschiedene Facetten in diesem Themenfeld zu beleuchten. In die Auswahl wurden neben Einzelangeboten auch ausgewählte Elemente der jeweiligen Rehabilitationssysteme aus der Länderanalyse einbezogen, die in Kapitel 6 ausführlicher beschrieben werden als in den Länderprofilen.

In Hinblick auf innovative Ansätze ist auf das aktuelle deutsche Bundesprogramm rehapro hinzuweisen, dass insgesamt 122 Modellprojekte mit einem Fördervolumen von rund 590 Millionen Euro fördert. Das Bundesprogramm verfolgt das Ziel, durch den Einsatz innovativer Angebote und organisatorischer Maßnahmen neue Wege zu entwickeln, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen besser zu erhalten oder wiederherzustellen. Gleichzeitig soll die Zusammenarbeit der beteiligten Akteur:innen im Bereich medizinischer und beruflicher Rehabilitation gestärkt werden. In den Modellprojekten werden insbesondere neue Methoden zur frühzeitigen Intervention („Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“) getestet sowie Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und komplexen Gesundheitsproblemen erprobt.²

² Nähere siehe: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Home/home_node.html

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die aufbereiteten innovativen Ansätze. Diese werden im Anhang dargestellt.

Tabelle 2: Überblick über innovative Ansätze

Thema/innovativer Ansatz	Land
ganzheitlicher Rehabilitationsprozess	Schweiz
starke Arbeitgeberverpflichtung	Niederlande
Nachbetreuung nach beruflicher Rehabilitation	Deutschland
Supported Employment	Ursprung: USA
Fallmanagement	Deutschland
Beschäftigungsmöglichkeiten bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit	Dänemark
Kooperation der Akteur:innen	USA/Europa
Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitation	Deutschland

4. Ableitung von Entwicklungsfeldern

Abschließend wurden auf Basis der Ergebnisse des Ländervergleichs und der Analyse innovativer Ansätze zentrale Entwicklungsfelder für die berufliche Rehabilitation in Österreich abgeleitet. Dabei wurden auch die Ergebnisse der Expert:innen-Interviews herangezogen und Literatur berücksichtigt.

2.3 Begriffsbestimmung für die Systemanalyse

Der Rehabilitation allgemein und der beruflichen Rehabilitation im Besonderen liegen unterschiedliche Definitionen und Konzepte zugrunde. Einerseits bestehen theoretische Modelle von (beruflicher) Rehabilitation, andererseits ist (berufliche) Rehabilitation in den jeweiligen Ländern in der Regel auf Basis gesetzlicher Grundlagen definiert. Dadurch erfolgt der Prozess der (beruflichen) Rehabilitation in der Praxis zumeist entlang einer gesetzlichen, institutionellen Sichtweise, die nicht immer mit dem Verständnis des Begriffs in theoretischen Modellen einhergeht. Daher wird dieses Kapitel dem Begriffsverständnis gewidmet. Dieses orientiert sich am internationalen Konzept der World Health Organisation (WHO), das nachfolgend näher vorgestellt wird.

Das WHO-Konzept der Rehabilitation hat sich historisch entwickelt und erhielt durch das bio-psycho-soziale Modell der ICF (2001) eine Erweiterung. Gemäß diesem Modell hängt der Zustand der funktionalen Gesundheit nicht nur mit dem Gesundheitsproblem, sondern auch mit Kontextfaktoren zusammen, die stets in Wechselwirkung mit dem Gesundheitsproblem stehen und Aktivitäten und Teilhabe beeinflussen. Die Kontextfaktoren umfassen sowohl personenbezogene Faktoren als auch Umweltfaktoren (vgl. WHO 2011; Meyer & Menzel-Begemann 2022). Die aktuelle WHO-Definition geht auf den World Disability Report 2011 zurück, in dem „Rehabilitation“ wie folgt definiert wird:

„[Rehabilitation is] a set of measures that assist individuals who experience, or are likely to experience, disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments.“ (WHO 2011, S. 96)

In der Definition wird der Bezug zum ICF-Modell deutlich, in dem Funktionsfähigkeit („functioning“) als Zielsetzung aufgegriffen wird, die stets ein Funktionieren in der Interaktion mit der Umwelt („environment“) meint. Das Ziel der Rehabilitation ist somit das Ermöglichen von Teilhabe (vgl. Meyer & Menzel-Begemann 2022, S. 110f).

In einem jüngeren Report der WHO (2017) zur „Rehabilitation“ wird im Zusammenhang mit der Zielsetzung eine ausführlichere Definition gegeben. Darin wird die Zielgruppe erweitert sowie das Ziel der Teilhabe als Befähigung zur Lebensführung, zum Arbeiten und Lernen („ability to live, work and learn“) spezifiziert:

„Rehabilitation is a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment. Health condition refers to disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma. A health condition may also include other circumstances such as pregnancy, ageing, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition. Rehabilitation thus maximizes people’s ability to live, work and learn to their best potential. Evidence also suggests that rehabilitation can reduce the functional difficulties associated with ageing and improve quality of life.“ (WHO 2017, S.1)

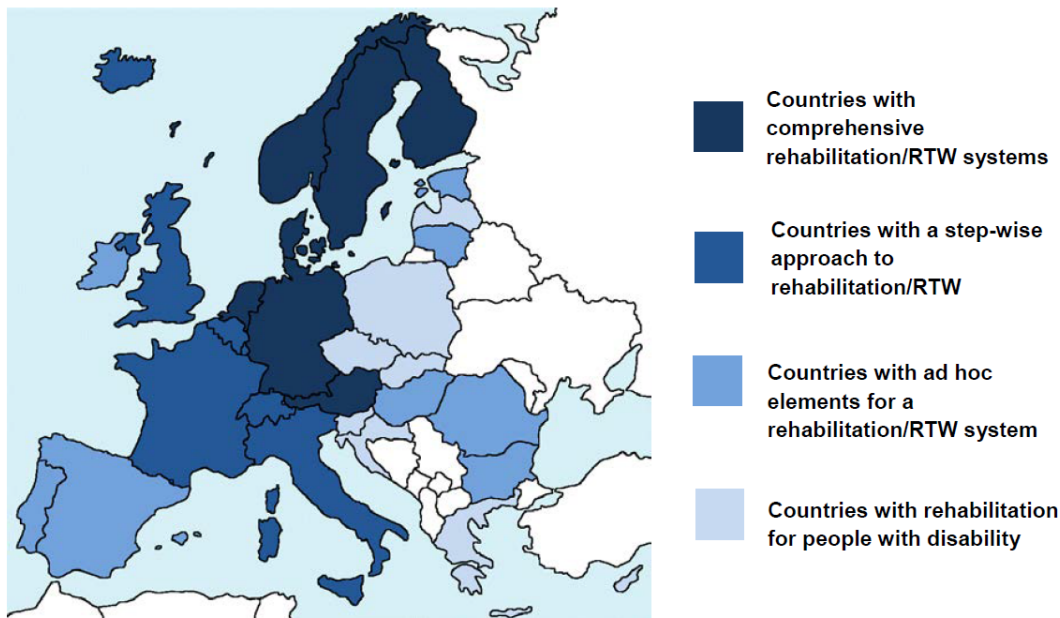
Rehabilitation zielt somit auf die Förderung der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bzw. gesundheitlichen Einschränkungen ab. Dies beinhaltet insbesondere auch die Teilhabe am Arbeitsleben. Definitionen von *beruflicher* Rehabilitation orientieren sich häufig an diesem allgemeinen Rehabilitationsbegriff und fokussieren stärker auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt, beinhalten aber auch allgemeine Teilhabeziele, wie in den Länderprofilen noch ausgeführt wird.

Aufgrund der unterschiedlichen Begriffsverständnisse von (beruflicher) Rehabilitation in den jeweiligen Ländern wurde für die Durchführung des systemischen Ländervergleichs ein breites Verständnis angewendet, das sich am ICF-Modell orientiert. Unter beruflicher Rehabilitation soll im Rahmen des vorliegenden Berichts generell die Förderung der Arbeitsmarktintegration von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen verstanden werden. Damit fallen unter berufliche Rehabilitation in einem breiteren Verständnis sowohl Maßnahmen für Personen, die noch in Beschäftigung stehen, aber ein erhöhtes Risiko für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben haben (z.B. Personen mit längeren Krankenständen), als auch Maßnahmen zur Reintegration von Personen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind (z.B. Qualifizierungen, Berufsorientierung). Maßnahmen zur Primärprävention sowie spezifische Maßnahmen zur Beschäftigung von Menschen mit (bescheinigter) Behinderung (z.B. in Form von Geschützter Arbeit oder Fähigkeitsorientierter Arbeit) sollen nicht explizit im Rahmen dieser Studie betrachtet werden.

2.4 Länderauswahl

Die Auswahl der Länder für den Systemvergleich in der vorliegenden Studie orientiert sich an einer Publikation der European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) (Belin et al. 2016). Diese teilt die Länder in insgesamt vier Kategorien ein, abhängig von dem jeweiligen nationalen Ausbau des Rehabilitations- bzw. Wiedereingliederungssystems (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Vier nationale Profiltypen von Systemen der Rehabilitation/des Return to Work (RTW)



Quelle: Belin et al. 2016, S. 19

- **Kategorie 1** umfasst Länder mit einem ausgereiften Rehabilitations- bzw. Wiedereingliederungssystem, das für alle Beschäftigten (nicht nur für spezifische Gruppen) zugänglich ist und frühzeitige sowie individualisierte Ansätze umfasst. Dabei gibt es koordinierende Mechanismen bzw. Institutionen, die unter Einbeziehung aller relevanten Akteur:innen den Rehabilitations- bzw. Wiedereingliederungsprozess abwickeln.
- **Kategorie 2** verfügt ebenfalls über gut entwickelte rechtliche und/oder institutionelle Rahmenbedingungen für Rehabilitation und die Rückkehr an den Arbeitsplatz, jedoch erweist sich die Koordination als weniger ausgereift, etwa erfolgen Überlegungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz in der Regel weniger frühzeitig, meist erst am Ende der Krankheitsabwesenheit.
- **Kategorie 3** und **Kategorie 4** umfassen Länder, deren Systeme sich größtenteils auf spezifische Zielgruppen wie z.B. Menschen mit Behinderungen oder Menschen, die Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten erlitten haben, konzentrieren. In Ländern der Kategorie 4 finden sich eher entschädigungs- als rehabilitationsorientierte Ansätze.

Zudem müssen die Bemühungen zur Wiedereingliederung von Arbeitnehmer:innen meist von den Arbeitgeber:innen initiiert werden.

Für die vorliegende Studie wurde festgelegt, vorzugsweise Länder der ersten Kategorie heranzuziehen. Die Länderauswahl erfolgte in Abstimmung mit der Projektsteuerungsgruppe, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des AMS OÖ zusammensetzte. Insgesamt fiel die Wahl auf folgende fünf Länder:

- Österreich
- Deutschland
- Schweiz
- Niederlande
- Dänemark

Österreich, Deutschland und die Schweiz wurden in die Analyse einbezogen, da ihre Sozialsysteme auf gemeinsamen politisch-historischen Entwicklungen beruhen (Rind et al. 2019). Aufgrund der Ähnlichkeit in den Strukturen bieten sich aus diesem Grund gute Transfermöglichkeiten von Ergebnissen aus Deutschland und der Schweiz auf Österreich. In der EU-OSHA-Studie (Belin et al. 2016) werden Österreich und Deutschland der Kategorie 1, die Schweiz der Kategorie 2 zugeordnet.

Deutschland weist in Bezug auf die Ausgestaltung des Wohlfahrtsstaates sowie das System der beruflichen Rehabilitation die größten Parallelen zu Österreich auf. Insbesondere die historisch gewachsenen sozialversicherungsrechtlichen Strukturen, die Trennung der Zuständigkeiten nach Rechtskreisen sowie die Rolle der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit in der beruflichen Rehabilitation ermöglichen einen systemnahen Vergleich. Darüber hinaus verfügt Deutschland über eine sehr ausgeprägte Rehabilitationsforschung. Mit dem aktuellen Bundesprogramm rehapro werden zahlreiche Modellprojekte zur Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation erprobt, deren Ergebnisse Anknüpfungspunkte für den österreichischen Kontext bieten können.

Die **Schweiz** ist nicht nur aufgrund der vergleichbaren Landesgröße (Einwohnerzahl, Erwerbstätige) ein relevantes Vergleichsland, sondern weist auch mehrere systemische Parallelen zu Österreich auf – etwa die starke Rolle der dualen beruflichen Ausbildung. Gleichzeitig bietet die Schweiz ein eigenständiges, gut etabliertes Modell der beruflichen Eingliederung, das als Gesamtsystem bei der Invalidenversicherung (IV) verankert ist. Die IV bündelt Frühintervention, niederschwellige Integrationsmaßnahmen, Aus- und Weiterbildungen, Umschulungen sowie die Arbeitsvermittlung in einem umfassenden Prozess und zeichnet sich durch eine durchgängige Fallbegleitung aus.

Darüber hinaus erscheinen die **Niederlande**, die ebenfalls über ein ausgereiftes Rehabilitationssystem verfügen und gemäß der EU-OSHA Studie der Kategorie 1 zugeordnet wurden, besonders interessant. Grund dafür ist ein stark kontrastierender Ansatz, der hohe Verpflichtungen der Arbeitgeber:innen im Rahmen der Wiedereingliederung vorsieht. Der/die Arbeitgeber:in hat bei Arbeitsunfähigkeit der Mitarbeiter:innen aus

Krankheitsgründen insgesamt 104 Wochen die Pflicht, zumindest 70% des Lohns fortzuzahlen sowie Angebote der Wiedereingliederung zu setzen. Das „Wet Verbetering Poortwachter“ (Gatekeeper-Gesetz) aus dem Jahr 2002 sieht eine möglichst schnelle Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit bei Krankenständen vor. Dazu gibt es gesetzliche Meilensteine, die Arbeitgeber:innen erfüllen müssen.

Dänemark – ebenfalls als Land der Kategorie 1 gemäß der EU-OSHA-Studie klassifiziert – erscheint vor allem aufgrund des Fokus auf die Prävention der Exklusion vom Arbeitsmarkt (Belin et al. 2016, S.21) und innovativer arbeitsplatznaher Programme, die auf eine schnelle Rückkehr in die Arbeit abzielen, von Interesse. Das „Flexicurity System“ ermöglicht es Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern relativ einfach, Arbeitnehmer:innen zu kündigen und einzustellen, je nach Arbeitsmarktlage. Zugleich haben Arbeitnehmer:innen ein gutes Sicherungsnetz, mit langfristiger finanzieller Unterstützung, die durch Einzahlung in eine Versicherung ermöglicht wird. Der dänische Staat übernimmt Ausbildungs- bzw. Umschulungsmaßnahmen, um eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu unterstützen (Ilsøe & Larsen 2023; OECD 2016).

3. Länderprofile der Systeme der beruflichen Rehabilitation

In diesem Kapitel werden zunächst die Grundzüge der Systeme der beruflichen Rehabilitation in den fünf betrachteten Ländern (Österreich, Deutschland, Schweiz, Niederlande und Dänemark) in Form von Länderprofilen dargestellt, bevor in Kapitel 4 eine vergleichende Analyse der Systeme entlang zentraler Dimensionen erfolgt. Die Länderprofile wurden auf Basis von Recherchen und Interviews mit Expert:innen aus den jeweiligen Ländern erstellt (näheres zur Methodik siehe Kapitel 2.2).

Leitend für die Ländervergleichsanalyse und die Erstellung der Länderprofile waren folgende Fragestellungen:

- Wie wird berufliche Rehabilitation bezeichnet?
- Auf welcher Rechtsgrundlage beruht berufliche Rehabilitation im jeweiligen Land?
- Wie ist die gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation definiert?
- Welche Maßnahmen umfasst die berufliche Rehabilitation?
- Wer sind die Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation?
- Wie erfolgt der Zugang zur beruflichen Rehabilitation und welche Zugangsvoraussetzungen müssen erfüllt werden?
- Durch welche systemischen Besonderheiten zeichnet sich das jeweilige Land aus?
- Welche Bedeutung hat die Intervention bei Krankenständen bei aufrechter Beschäftigung (Sekundärprävention)?
- Welche Rolle spielen Arbeitgeber:innen bei der Sekundärprävention und bei der beruflichen Wiedereingliederung?

3.1 Österreich

Tabelle 3: Länderprofil Österreich

Land in Zahlen	
Einwohner:innen	9,2 Millionen
BIP pro Kopf (Euro)	45.140 €
Erwerbstätige	4,4 Millionen
Arbeitslosenquote	5,2%
Eckdaten zum System der beruflichen Rehabilitation	
Bezeichnung	<ul style="list-style-type: none"> berufliche Rehabilitation
gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> Grundsatz Rehabilitation vor Pension Fokus auf Vermeidung/Vorbeugung von Invalidität/Berufsunfähigkeit Rückkehr in den bisherigen Beruf und falls nicht möglich Ausübung eines neuen Berufs
Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	<p>nach ASVG (Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz):</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausbildung und Qualifizierung Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen Arbeitstraining finanzielle Unterstützung/Hilfemaßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit (z.B. Arbeitsplatzausstattung, Lohnkostenzuschuss für Dienstgeber:innen)
Hauptakteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> AMS (Arbeitsmarktservice) für die Organisation der Durchführung bei arbeitslosen Personen, Finanzierung in der Regel in Abstimmung mit der PVA/AUVA PVA (Pensionsversicherungsanstalt) für die Finanzierung und Koordinierung, zumeist in Abstimmung mit dem AMS AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) für die Finanzierung und Koordinierung in Abstimmung mit dem AMS bei Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen BBRZ (Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum) als Hauptanbieter von Angeboten der beruflichen Rehabilitation in Österreich
Zugangsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> bestehende oder drohende Arbeits-/Berufsunfähigkeit Zweckmäßigkeit und Zumutbarkeit Versicherungsrechtliche Voraussetzungen (Berufsschutz)
Rolle Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> freiwilliges Beratungsangebot fit2work Möglichkeit der Wiedereingliederungsteilzeit
Systemische Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> Differenzierung von „verpflichtender beruflicher Rehabilitation“ mit Rechtsanspruch und „freiwilliger beruflicher Rehabilitation“ „Berufsschutz“ als Zugangsvoraussetzung zur beruflichen Rehabilitation ein einziger Hauptanbieter von beruflicher Rehabilitation mit einem breiten Leistungsspektrum fit2work als freiwilliges sekundärpräventives Beratungsangebot für erwerbstätige und arbeitslose Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen sowie Betriebsberatung

Gesetzliche Regelung

Das System der beruflichen Rehabilitation ist in Österreich eine Querschnittsmaterie. Eine eigene gesetzliche Grundlage zur Rehabilitation wie es in Deutschland mit dem Sozialgesetzbuch IX („Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung“) der Fall ist, existiert in Österreich nicht. Stattdessen finden sich Regelungen zur beruflichen Rehabilitation in verschiedenen Gesetzen. Vorrangig finden sich diese im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) (vgl. Egger-Subotitsch et al. 2016)³. Dieses bildet die gesetzliche Grundlage für die allgemeine Sozialversicherung in Österreich. Es regelt insbesondere die Pflichtversicherung in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Die Maßnahmen der Rehabilitation umfassen nach § 300 Abs. 3 ASVG berufliche sowie medizinische und wenn erforderlich auch soziale Maßnahmen. Aufgrund der Fragmentierung des Systems der beruflichen Rehabilitation mit Zuständigkeiten von verschiedenen Akteur:innen finden sich neben den Regelungen im ASVG auch in anderen Gesetzen entsprechende Regelungen, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Im **Zusammenhang mit dem AMS** sind vor allem das Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG) und das Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG) zu nennen. Im ALVG sind die Anspruchsvoraussetzungen für Arbeitslosengeld, Notstandshilfe undgl. geregelt sowie die Pflichten der Arbeitssuchenden und die Organisation und Finanzierung der Arbeitslosenversicherung. Seit der Reform der Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension⁴ im Rahmen des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2012 (vgl. Egger-Subotitsch et al. 2016) finden sich dort Regelungen zur beruflichen Rehabilitation in erster Linie im Zusammenhang mit dem Umschulungsgeld (§ 39b). Im AMSG finden sich keine expliziten Regelungen zur beruflichen Rehabilitation, allerdings enthält das AMSG (§ 29 Abs. 4) im Zusammenhang mit dem allgemeinen Ziel und der Aufgabenerfüllung des AMS als explizite Zielsetzung auch *„die Förderung der Wiederbeschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen durch Vermittlung auf geeignete Arbeitsplätze und ergänzende bzw. vorbereitende Maßnahmen“*.

Zusätzlich regelt § 38a AMSG die Verpflichtung der regionalen Geschäftsstelle, gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die nicht auf einen geeigneten Arbeitsplatz vermittelt werden können, binnen acht Wochen geeignete Schulungs- oder Wiedereingliederungsmaßnahmen anzubieten.

Daneben sind noch das Bundesbehindertengesetz (BBG) und das Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG) sowie die jeweiligen Ländergesetze (z.B. das oberösterreichische Chancengleichheitsgesetz) zu nennen, die Regelungen zur Teilhabeförderung von Menschen mit (bescheinigter) Behinderung festhalten, die im Rahmen dieser Studie nicht näher betrachtet werden.

³ Für Selbständige und Landwirte gibt es analoge Regelungen in den entsprechenden Gesetzen (SVSG, BSVG), die hier nicht näher behandelt werden.

⁴ In Österreich wird zwischen Invalidität und Berufsunfähigkeit unterschieden, wobei Invalidität Arbeiter:innen und Berufsunfähigkeit Angestellte betrifft. In weiterer Folge wird zur einfacheren Lesbarkeit der Begriff Invalidität bzw. Invaliditätspension verwendet, der im österreichischen Kontext jedoch auch die Berufsunfähigkeit miteinbezieht.

Zielsetzung laut gesetzlicher Grundlage

Im ASVG ist der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ gesetzlich verankert. Dieser sieht vor, dass Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Vorrang vor einem Pensionsanspruch haben. Das Ziel von Rehabilitation nach § 300 Abs. 3 ASVG ist es, die Leistungsfähigkeit von Versicherten mit geminderter Arbeitskraft so weit wiederherzustellen, dass sie *„im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen können“* (§ 300 Abs. 3 ASVG). Berufliche Maßnahmen der Rehabilitation zielen nach § 198 Abs. 1 ASVG darauf ab, dass Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen ihren bisher ausgeübten Beruf wieder aufnehmen können oder, falls dies nicht möglich ist, einen neuen Beruf ergreifen.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Zu den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach § 198 Abs. 2 ASVG zählen insbesondere eine berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit sowie die Ausbildung in einem neuen Beruf (Umschulung) im Falle, dass aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung der Ursprungsberuf nicht ausgeübt werden kann. Auch die Gewährung von Zuschüssen, Darlehen und/oder sonstigen Hilfsmaßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit sowie die Hilfe zur Erlangung einer Arbeitsstelle oder einer anderen Erwerbsmöglichkeit zählen zu den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Darüber hinaus umfassen diese auch Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen sowie Arbeitstrainings (§ 303 ASVG). Dabei zählen als Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nur solche, durch die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Dauer Invalidität im Sinne von § 255 ASVG beseitigt oder vermieden werden kann und die geeignet sind, mit hoher Wahrscheinlichkeit eine dauerhafte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt sicherzustellen (§ 253e Abs. 2 ASVG).

Hauptakteur:innen

Zu den Hauptakteur:innen der Organisation, Finanzierung und Koordinierung der beruflichen Rehabilitation in Österreich zählen das AMS, die PVA sowie die AUVA.

Das AMS ist für die Umsetzung der beruflichen Rehabilitation bei arbeitslosen Personen zuständig, die beim AMS gemeldet sind. Dabei erfolgt die Durchführung in Kooperation mit der AUVA bei Arbeitsunfällen oder Berufserkrankungen (§ 198 ASVG) und mit der PVA (§ 253e/§ 270a ASVG bzw. § 303 ASVG). Zudem kann das AMS auch eigenständig ohne Kooperation mit AUVA/PVA Rehabilitationsmaßnahmen durchführen (näheres siehe unten). AUVA und PVA können ebenfalls Rehabilitationsmaßnahmen einleiten, unabhängig davon, ob die versicherten Personen beim AMS gemeldet sind oder nicht. Die Durchführung der konkreten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erfolgt in Österreich hauptsächlich durch das BBRZ, das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum (vgl. Huber & Kendlbacher 2021, S. 35).

Neben den genannten Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation ist der Vollständigkeit halber auf weitere Akteur:innen hinzuweisen, die im Rahmen dieser Studie nicht näher beleuchtet werden. Neben der PVA sind noch die Versicherungsanstalt der öffentlichen Bediensteten, Eisenbahnen und Bergbau sowie die Sozialversicherung der Selbständigen und Bauern zu nennen. Zudem können das Sozialministeriumservice oder die Länder bei Personen mit begünstigter Behinderung als Akteur:innen im Zuge der beruflichen Rehabilitation nach dem Bundesbehindertengesetz oder dem Behinderteneinstellungsgesetz bzw. der Ländergesetze (z.B. Oö. Chancengleichheitsgesetz) agieren und Leistungen der beruflichen Rehabilitation finanzieren.

Finanzierung der beruflichen Rehabilitation

Die Finanzierung der beruflichen Rehabilitation erfolgt in Österreich überwiegend durch Sozialversicherungsbeiträge. Die konkrete Kostenübernahme erfolgt dabei in Abhängigkeit von den Zuständigkeiten der jeweiligen Versicherungsträger und den entsprechenden gesetzlichen Regelungen. Bei Versicherungsfällen der Unfallversicherung übernimmt die AUVA die vollständigen Kosten der beruflichen Rehabilitation, also die Maßnahmenkosten und das Übergangsgeld zur Existenzsicherung. Bei Fällen im Geltungsbereich der PVA erfolgt eine gemeinsame Finanzierung der Existenzsicherung (Übergangsgeld/Umschulungsgeld) und der Maßnahmen durch das AMS und die PVA. Das AMS kann Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gewähren, auch wenn sich die PVA oder AUVA nicht an den Kosten beteiligen⁵. Die Teilnehmer:innen der Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erhalten das „Übergangsgeld“ (§ 199 ASVG/§ 306 ASVG) bei der sogenannten „freiwilligen Rehabilitation“ und das Umschulungsgeld (§ 39b AIVG) bei der „verpflichtenden beruflichen Rehabilitation“.

Zugang und Zugangsvoraussetzungen

Bei arbeitslosen Personen erfolgt der Zugang zur beruflichen Rehabilitation in der Regel über das AMS. Bestehen seitens des AMS-Zweifels an der Arbeitsfähigkeit der Kundin/des Kunden, so wird diese:r zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit zum Kompetenzzentrum Begutachtung der PVA geschickt (§ 8 Abs. 2 AIVG). Die Gutachten des Kompetenzzentrums Begutachtung der PVA sind vom AMS anzuerkennen (§ 8 Abs. 3 AIVG).⁶

Neben dem Zugang über das AMS, können Anträge auf berufliche Rehabilitation auch über andere Wege gestellt werden, beispielsweise auf Empfehlung von Beratungsangeboten wie fit2work oder auf Empfehlung von Fachärzt:innen hin oder per Selbstmeldung bei der PVA (vgl. Steiner & Egger 2025, S. 8f).

Eine Besonderheit im österreichischen System der beruflichen Rehabilitation ist die Unterscheidung zwischen der sogenannten „freiwilligen beruflichen Rehabilitation“ und der „verpflichtenden beruflichen Rehabilitation“, die seit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 (SRÄG) besteht. Diese Formulierung ist nicht in Gesetzestexten festgeschrieben, hat sich allerdings als Arbeitsbegriff in der Praxis etabliert und findet sich

⁵ Näheres zur genauen Aufteilung siehe Huber und Kendlbacher (2021, S. 80; 88ff)

⁶ Näheres zum Prozess der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit in Österreich siehe Arnold et al. (2022)

auch in offiziellen Dokumenten und Berichten wieder (z.B. Rechnungshof 2017, Huber & Kendlbacher 2021). Die Zugangskriterien unterscheiden sich dabei zwischen diesen beiden Formen, die nachfolgend skizziert werden.

Unter der sogenannten „**verpflichtenden beruflichen Rehabilitation**“ werden Maßnahmen im Zusammenhang mit Anträgen zur Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension verstanden. Anspruch auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation haben Arbeiter:innen und Angestellte nach § 253e/§ 270a ASVG, wenn sie aufgrund ihres Gesundheitszustandes die Voraussetzungen für Invaliditätspension bzw. Rehabilitationsgeld „erfüllen, wahrscheinlich erfüllen oder in absehbarer Zeit erfüllen werden“. Dies ist auch an den Begriff der Invalidität (§ 255 ASVG) bzw. Berufsunfähigkeit (§ 273 1 ASVG) geknüpft. Dieser trifft zu, wenn die Arbeitsfähigkeit auf unter 50% einer vergleichbaren gesunden versicherten Person herabgesunken ist (§ 255 ASVG) (vgl. Huber & Kendlbacher 2021, S. 81) und die Voraussetzungen für den sogenannten „Berufsschutz“ erfüllt sind. Das bedeutet, dass ein erlernter oder angelernter Beruf über eine bestimmte Zeit ausgeübt werden musste. Dabei wurden die Zugangsvoraussetzungen des Berufsschutzes im Zusammenhang mit Anträgen auf berufliche Rehabilitation durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2017 (SVÄG) gelockert, sodass weniger Versicherungszeiten vorausgesetzt werden, als es bei den Anspruchskriterien der Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension der Fall ist (näheres zum Berufsschutz siehe Infobox am Ende des Kapitels). Zudem müssen die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation „zweckmäßig“ und „zumutbar“ sein und eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt bieten. Personen, die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im „verpflichtenden“ System beanspruchen erhalten Umschulungsgeld nach § 39b. AIVG. In Abgrenzung zur „freiwilligen beruflichen Rehabilitation“ haben die Versicherten einen Rechtsanspruch und sind gleichzeitig auch zur Mitwirkung verpflichtet.

Demgegenüber wird seit dem SRÄG 2012 in Abgrenzung zur Neuregelung in § 253e/§ 270a von der sogenannten „**freiwilligen beruflichen Rehabilitation**“ gesprochen, die bereits vor dem SRÄG 2012 bestand. Hier können versicherte Personen und seit dem SVÄG 2017 auch Bezieher:innen von Rehabilitationsgeld nach § 303 ASVG einen Antrag auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation stellen (vgl. Huber & Kendlbacher 2021, S. 72). Bei der Gewährung der freiwilligen beruflichen Rehabilitation sind die Zugangskriterien weniger eng gefasst, als es mit dem Berufsschutz bei der verpflichtenden beruflichen Rehabilitation der Fall ist. Allerdings besteht nach § 303 ASVG kein Rechtsanspruch und eine Gewährung obliegt dem „pflichtgemäßen Ermessen“ der Pensionsversicherungsanstalt. Die Personen erhalten während der Gewährung der Maßnahme der beruflichen Rehabilitation ein Übergangsgeld (§ 306 ASVG) – sofern kein Anspruch auf Rehabilitationsgeld (§ 143a) oder Umschulungsgeld (§ 39b AIVG) besteht.

Im Zusammenhang mit dem Zugangskriterium „Berufsschutz“ ist darauf hinzuweisen, dass bei Nichtvorliegen eines Berufsschutzes die betroffenen Personen auf andere Tätigkeiten verwiesen werden können und dadurch kein Anspruch auf Maßnahmen der

beruflichen Rehabilitation besteht. Dies betrifft grundsätzlich auch die freiwillige berufliche Rehabilitation.

Darüber hinaus ist das AMS gesetzlich mit der Förderung der Wiederbeschäftigung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, inklusive des Einsatzes von geeigneten Maßnahmen (§ 29 Abs. 4 AMSG), beauftragt. Somit kann das AMS auch abseits der engen Definition von beruflicher Rehabilitation nach dem ASVG agieren und damit auch Personen ohne Berufsschutz Unterstützungsmaßnahmen zur Förderung des beruflichen Wiedereinstiegs gewähren. Ebenso kann das AMS auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation ohne Beteiligung von AUVA/PVA gewähren.

Rolle der Sekundärprävention

Bei Krankenständen während einer aufrechten Erwerbstätigkeit erfolgt zunächst eine Entgeltfortzahlung durch die Arbeitgeber:innen, die mindestens sechs Wochen in voller Höhe gewährt wird und – abhängig von der Dauer des Dienstverhältnisses – auf bis zu zwölf Wochen Bezugsdauer ausgedehnt werden kann. Anschließend wird für weitere vier Wochen das halbe Entgelt gezahlt (§ 2 Abs. 1 EFZG; § 8 Abs. 1 AngG).

Nach Ende der Entgeltfortzahlung bzw. bei halbem Bezug übernimmt die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) die ganze bzw. halbe finanzielle Absicherung durch Krankengeld. Die Bezugsdauer beträgt grundsätzlich bis zu 26 Wochen. Wenn die betroffene Person in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Krankenstands zumindest sechs Monate krankenversichert war, dann besteht der Anspruch bis zu 52 Wochen und in Ausnahmefällen bis zu 78 Wochen (ASVG § 138–139). Gesetzlich definierte verpflichtende Interventionsschritte betreffen in diesem Fall die Informationspflicht der Krankenversicherung: Die versicherte Person muss sechs Wochen vor Ablauf des Krankengeldanspruchs schriftlich über das Ende des Anspruchs sowie über mögliche sozialversicherungsrechtliche Alternativen wie berufliche Rehabilitation oder Pensionsleistungen informiert werden (§ 139 Abs. 6 ASVG).

Darüber hinaus gibt es Maßnahmen der Sekundärprävention, die vorrangig im Arbeit- und Gesundheits-Gesetz (AGG) sowie im Wiedereingliederungsteilzeitgesetz (WIETZG) geregelt sind. Dazu zählen insbesondere das Beratungsangebot fit2work und die Wiedereingliederungsteilzeit, die Betroffene und Betriebe bei der stufenweisen Rückkehr von erkrankten Beschäftigten in die Arbeit unterstützen. Die Nutzung dieser Angebote erfolgt auf freiwilliger Basis.

Hintergrundinfo: Berufsschutz

Der Berufsschutz ist im ASVG an die Definition von Invalidität (§ 255 ASVG) bzw. Berufsunfähigkeit (§ 273 ASVG) geknüpft. Ein Berufsschutz bedeutet, dass nur auf Tätigkeiten verwiesen werden darf, die dem erlernten oder angelernten Beruf ähnlich sind. Liegt kein Berufsschutz vor, so kann auf alle anderen Tätigkeiten verwiesen werden.

Definition des Berufsschutzes im Zusammenhang mit Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit

Als **invalid** (§ 255 ASVG) **bzw. berufsunfähig** (§ 273 ASVG) gelten versicherte Personen,

- deren Arbeitsfähigkeit infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustandes auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist und
- wenn innerhalb der letzten 15 Jahre vor dem Stichtag in zumindest 90 Pflichtversicherungsmonaten (7,5 Jahre) eine erlernte (angelernte) Berufstätigkeit oder eine Erwerbstätigkeit als Angestellte/ Angestellter ausgeübt wurde.

Liegen zwischen Ende der Ausbildung und dem Stichtag weniger als 15 Jahre, so muss zumindest in der Hälfte der Kalendermonate – jedenfalls aber für 12 Pflichtversicherungsmonate – eine Erwerbstätigkeit in einem erlernten (angelernten) Beruf oder als Angestellte/Angestellter vorliegen.

Liegen zwischen Ende der Ausbildung und dem Stichtag mehr als 15 Jahre, verlängert sich dieser Zeitraum um Zeiten des Wochengeldbezuges, Präsenz-, Ausbildungs- oder Zivildienstes und der Kindererziehung.

Als „Ende der Ausbildung“ gelten

- der Abschluss eines Lehrberufes
- der Abschluss einer mittleren oder höheren Schulausbildung oder Hochschulausbildung
- der Abschluss einer dem Schul- oder Lehrabschluss vergleichbaren Ausbildung
- jedenfalls der Beginn einer erlernten (angelernten) Berufstätigkeit oder Erwerbstätigkeit als Angestellte/Angestellter

Berufsschutz für berufliche Maßnahmen der Rehabilitation

Anspruch auf berufliche Rehabilitation bei (drohender) Invalidität (§ 253e ASVG) bzw. Berufsunfähigkeit (§ 273 ASVG)

Anspruch auf berufliche Rehabilitation bei (drohender) Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit besteht, wenn bei Versicherten infolge ihres Gesundheitszustandes die Voraussetzung für Invaliditätspension (§ 255 ASVG) bzw. Berufsunfähigkeitspension (§ 273 ASVG) oder Rehabilitationsgeld (§ 255b/§ 273b) besteht.

Um die Zugänge zur beruflichen Rehabilitation im Rahmen des Umschulungsgeldes zu erleichtern, wurde der Berufsschutz durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2017 (SVÄG) gelockert (vgl. Huber & Kendlbacher 2021, S. 72).

Anspruch auf berufliche Rehabilitation besteht seitdem auch dann, wenn die Kriterien für Invalidität/Berufsunfähigkeit bzw. Rehabilitationsgeld nicht erfüllt sind und die betroffene Person

- innerhalb der letzten 36 Kalendermonate vor dem Stichtag in zumindest 12 Pflichtversicherungsmonaten eine Erwerbstätigkeit in einem erlernten (angelernten) Beruf oder als Angestellte/Angestellter ausgeübt hat oder diese
- mindestens 36 Pflichtversicherungsmonate in den letzten 180 Kalendermonaten vor dem Stichtag durch eine Erwerbstätigkeit in einem erlernten (angelernten) Beruf oder als Angestellte/Angestellter erworben hat.

Quelle: § 253e/§ 255 ASVG und § 270a/§ 273 ASVG; näheres siehe Huber und Kendlbacher (2021, S. 84ff)

3.2 Deutschland

Tabelle 4: Länderprofil Deutschland

Land in Zahlen	
Einwohner:innen	83,6 Millionen
BIP pro Kopf (Euro)	43.110 €
Erwerbstätige	40,9 Millionen
Arbeitslosenquote	3,4%
Eckdaten zum System der beruflichen Rehabilitation	
Bezeichnung	<ul style="list-style-type: none"> • „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (synonyme Verwendung zu „berufliche Rehabilitation“)
gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätze: „Rehabilitation vor Rente“ sowie Vorrang Prävention vor Rehabilitation • Fokus auf Teilhabe am Arbeitsleben • Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei (drohender) Behinderung
Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	<p>Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung und Qualifizierung • Berufsvorbereitung • individuelle berufliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung • Förderung einer Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit • Leistungen an Arbeitgeber:innen (z.B. Ausbildungs-/ Eingliederungszuschüsse) • Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich in Werkstätten für Menschen mit Behinderung • Ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld, Beiträge zur Sozialversicherung, KFZ-Hilfe
Hauptakteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesagentur für Arbeit (BA) für die Finanzierung und Leistungserbringung bei Personen mit weniger als 15 Jahre sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung oder sofern kein anderer Träger zuständig ist • Deutsche Rentenversicherung (DRV) für die Finanzierung und Leistungserbringung bei Personen mit mind. 15 Jahre sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung oder medizinischer Reha vorab • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) für die Finanzierung und Erbringung der Leistungen bei Berufskrankheit, Wege-/Arbeitsunfällen • Viele Anbieter, z.B. gemeinnützige (z.B. Berufsbildungswerke, Berufsförderungswerke) aber auch private/kommerzielle

Zugangsvoraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> • ein Antrag kann grundsätzlich bei jedem Leistungsträger eingebracht werden • Kriterien für einen Zugang zur beruflichen Rehabilitation, die sowohl die DRV als auch die BA prüfen: <ul style="list-style-type: none"> – Reha-Bedürftigkeit/Bedarfsfeststellung (Behinderung oder drohende Behinderung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Teilhabe) – Reha-Fähigkeit/ Eignung – Prognose des Erfolges von Leistungen
Rolle Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • gesetzlich verpflichtendes betriebliches Eingliederungsmanagement durch Arbeitgeber:innen
systemische Besonderheit	<ul style="list-style-type: none"> • Die Rehabilitation ist in Phasen gegliedert: Die Phase der medizinischen Rehabilitation (Phase I), der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Phase II) und der beruflichen Rehabilitation (Phase III, siehe Arling/Spijkers 2017, S. 9f.) • vielfältige Landschaft an Anbieter:innen • aktuelle Weiterentwicklungsbestrebungen: bundesweites Förderprogramm rehapro mit 122 Modellprojekten, Forschungsschwerpunkt der DRV zu beruflicher Rehabilitation

Gesetzliche Regelung

In Deutschland werden die Begriffe „berufliche Rehabilitation“ und „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) weitgehend synonym verwendet. Dabei ist die berufliche Rehabilitation im Sozialgesetzbuch Neun (IX) zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ geregelt (Arling & Spijkers 2017, S.7).

Im Sozialgesetzbuch IX sind zunächst Begriffsbestimmungen, der Vorrang von Prävention, Leistungen zur Teilhabe sowie Rehabilitationsträger festgehalten. Insgesamt werden fünf Leistungsgruppen der Rehabilitation definiert: medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Teilhabe an Bildung und soziale Teilhabe (§ 5 SGB IX). In Kapitel 10 (§ 49 bis § 63, SGB IX) werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben näher geregelt.

Zwar liegen mit dem Sozialgesetzbuch IX Regelungen vor, die allen Trägern eine gemeinsame Orientierung geben, allerdings wird die Gesetzeslage von den interviewten deutschen Expert:innen (E3, E4) ebenfalls als fragmentiert erachtet. Dies wird darauf zurückgeführt, dass unterschiedliche Leistungsträger für die Abwicklung der beruflichen Rehabilitation zuständig sind, die wiederum auf Grundlage der jeweiligen Leistungsgesetze handeln.

„Die Vorschriften im Teil 1 [des Sozialgesetzbuches IX, Anm.] gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.“ (SGB IX § 7)

Bestimmte Regelungen sind im Sozialgesetzbuch IX als prioritär definiert, dazu gehört etwa das Kapitel zur Koordinierung von Leistungen (§7 Abs. 2 SGB IX).

Zielsetzung laut gesetzlicher Grundlage

Wie auch in Österreich ist der Grundsatz des Vorrangs von beruflicher Rehabilitation vor Rentenleistungen gesetzlich festgehalten (§ 9 Abs. 2 SGB IX). Ziel der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es nach § 49 Abs. 1 SGB IX, *„die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.“*

In dieser Definition ist bereits die Zielgruppe beruflicher Rehabilitation enthalten: Die Leistungen zielen auf die Gruppe von Menschen mit Behinderung oder jene, die von Behinderung bedroht sind. In der Definition von „Menschen mit Behinderungen“ sind dabei eine Dauer der Beeinträchtigung von mindestens sechs Monaten, das Bestehen von umweltbedingten Barrieren sowie der Vergleich mit dem typischen Zustand von anderen Personen im selben Lebensalter relevant:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“ (§ 2 SGB IX)

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen verschiedene Maßnahmen, die gesetzlich definiert sind (§ 49 SGB IX). Dazu zählen vor allem Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes, Maßnahmen zur Berufsvorbereitung, Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen Unterstützter Beschäftigung, Aus- und Weiterbildungen, die Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit sowie sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 3 SGB IX). Das Gesetz spezifiziert dabei beispielsweise, dass unter diese Leistungen auch Kraftfahrzeughilfen, die Kosten eines Jobcoachings, einer Arbeitsassistenz, technischer Arbeitshilfen oder Kosten einer behinderungsgerechten Wohnung fallen (§ 49 Abs. 8 SGB IX). Des Weiteren zählen zu den Leistungen an der Teilhabe am Arbeitsleben auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, wie z.B. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz, Training lebenspraktischer oder motorischer Fähigkeiten, sowie auch Kostenzuschüsse wie z.B. Lehrgangskosten Lernmittel (§ 49 Abs. 6 SGB IX).

Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen zählen ebenfalls teilweise zu den Leistungen an der Teilhabe am Arbeitsleben⁷ (§ 56 SGB IX).

Die Rehabilitationsträger können des Weiteren auch Leistungen an Arbeitgeber:innen erbringen, etwa in Form von Ausbildungszuschüssen, Eingliederungszuschüssen, Zuschüssen für Arbeitshilfen im Betrieb oder Kostenerstattungen für befristete Probebeschäftigungen (§ 50 SGB IX).

In der Einschätzung von Expert:in (E3) würden in der Praxis auch weitere Leistungen, die auf die Teilhabe am Arbeitsleben zielen, erbracht, die über die im Sozialgesetzbuch definierten Leistungen hinausgehen. Konkret betrifft dies vor allem den Bereich der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation.

Hauptakteur:innen

Für die Finanzierung der beruflichen Rehabilitation sind unterschiedliche Leistungsträger zuständig. Die Hauptakteur:innen sind dabei die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung, und die Deutsche Unfallversicherung (Tophoven et al. 2020, S. 66).

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können per Gesetz entweder vom jeweiligen Rehabilitationsträger ausgeführt werden (alleine oder gemeinsam), oder von (externen) Rehabilitationsdiensten/-einrichtungen erbracht werden (§ 28 SGB IX). Als Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation werden im Gesetz (§ 51 SGB IX) die Berufsbildungswerke (BBW), die Berufsförderungswerke (BFW) und „vergleichbare Einrichtungen“ angeführt, die Leistungen erbringen, wenn *„die Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen erforderlich machen.“* (§ 51 Abs. 1 SGB IX).

Im Gegensatz zu Österreich, wo es mit dem Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrum (BBRZ) einen zentralen Anbieter gibt, existiert in Deutschland eine breite Landschaft an Anbietern. Diese Angebotsvielfalt wird von Expert:in 4 als zentrale Stärke des deutschen Rehabilitationssystems erachtet.

Berufliche Rehabilitation findet dabei im betrieblichen wie im überbetrieblichen Kontext statt. Im überbetrieblichen Kontext wird zwischen gemeinnützigen und kommerziellen Anbietern unterschieden. Gemeinnützige Institutionen sind Werkstätten für behinderte Menschen, Berufstrainingszentren, Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker, Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke sowie die Fortbildungsakademie der Wirtschaft. Zudem bieten kommerzielle Unternehmen wie z.B. die DEKRA-Akademie oder die TERTIA-Gruppe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. (Arling & Spijkers 2017, S.12ff.)

⁷ Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beinhalten allerdings nur das Eingangsverfahren und den Berufsbildungsbereich einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderungen. Dabei werden Leistungen im Eingangsverfahren bis zu drei Monate und die Leistungen im Berufsbildungsbereich bis zu zwei Jahre gefördert. Werden die Personen in eine geschützte Werkstatt fix übernommen, dann erfolgt die Finanzierung nicht mehr im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§57 SGB IX).

Zu erwähnen ist in Deutschland als Akteur außerdem die „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)“. Diese ist ein Zusammenschluss der wichtigsten Rehabilitationsträger in Form einer Arbeitsgemeinschaft, die die trägerübergreifende Zusammenarbeit gestalten. Diese soll u.a. gemeinsame Grundsätze definieren, trägerübergreifende Beratungsstandards bzw. Qualitätskriterien erarbeiten und insbesondere die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger beobachten und mit Daten monitoren (§ 39 SGB IX).

Finanzierung

Die Finanzierung der beruflichen Rehabilitation erfolgt in Deutschland ebenso wie in Österreich überwiegend durch Sozialversicherungsbeiträge. Die konkrete Kostenübernahme hängt dabei von den Zuständigkeiten der jeweiligen Versicherungsträger und den entsprechenden Leistungsgesetzen ab.

Die größten Kostenträger beruflicher Rehabilitation sind die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung und die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Zu den weiteren Kostenträgern zählen die Träger der Sozialen Entschädigung, der Träger der Soldatenentschädigung, die öffentliche Jugendhilfe sowie die Eingliederungshilfe. (Reims et al. 2017, S. 2; § 6 SGB IX)

Die Kostenübernahme durch die größten Kostenträger erfolgt dabei nach dem folgenden Prinzip (Tophoven et al. 2020, S. 66; SGB VI § 11, § 22 SGB III):

- **Bundesagentur für Arbeit:** Diese erbringt Leistungen, wenn die jeweilige Person weniger als 15 Jahre sozialversicherungspflichtig beschäftigt war bzw. sofern kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. In Geldleistungen gemessen, übernimmt die Bundesagentur für Arbeit den größten Anteil an beruflicher Rehabilitation.
- **Deutsche Rentenversicherung:** Diese ist zuständig, wenn die jeweilige Person bereits 15 Jahre oder länger sozialversicherungspflichtig beschäftigt war oder diese direkt aus der medizinischen Rehabilitation in eine Maßnahme der beruflichen Rehabilitation einsteigt.
- **Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung:** Diese ist zuständig bei Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen oder Wegeunfällen.

In Deutschland werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf Antrag auch in Form eines persönlichen Budgets (SGB IX § 29) bereitgestellt. Dabei werden die Leistungen in der Regel als Geldleistungen ausgegeben, sodass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diese selbstbestimmt bezahlen können. Bei Umsetzung des persönlichen Budgets wird eine Zielvereinbarung mit dem Leistungsträger geschlossen.

Zugang und Zugangsvoraussetzungen

Der Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kann per Antragsstellung beim Rehabilitationsträger eingebracht werden. Ein anderer Zugangsweg führt direkt über die medizinische Rehabilitation, wenn nach dieser festgestellt wird, dass berufliche Rehabilitationsleistungen benötigt werden (E4).

Eine Antragsstellung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist grundsätzlich bei jedem Rehabilitationsträger möglich (E3). Dieser ist per Gesetz dazu verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags festzustellen, ob er zuständig ist und andernfalls den Antrag an die passende Stelle weiterzuleiten (§ 14 SGB IX). Um eine einheitliche und überprüfbare Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes zu sichern, müssen die Träger systematische Arbeitsprozesse sowie standardisierte Instrumente nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen verwenden (§ 13 Abs. 1 SGB IX). Diese Instrumente sollen erfassen, ob eine Behinderung vorliegt bzw. droht, wie sich diese Behinderung auf die Teilhabe auswirkt, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erreicht werden sollen und welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind (§ 13 Abs. 2 SGB IX).

Die Leistungserbringung und -bewilligung erfolgt nach den jeweils für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen (§ 15 SGB IX). Beispielsweise prüft die Deutsche Rentenversicherung (§ 10 SGB VI) konkret, ob eine „Rehabedürftigkeit“⁸, eine „Rehafähigkeit“ und eine günstige Prognose eines Rehabilitationserfolges vorliegt.

Die Bundesagentur für Arbeit kann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen erbringen, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, verbessern oder (wieder)herzustellen bzw. die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Diese prüft bei der Auswahl der Leistungen die „*Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes*“ (§ 112 SGB III). Wobei auch hier aus den fachlichen Weisungen der Bundesagentur für Arbeit hervorgeht, dass ebenfalls eine Bewertung der Erfolgsaussichten vorgenommen wird (Bundesagentur für Arbeit 2023, S. 5). Werden alle Voraussetzungen erfüllt, so besteht auch ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen (E4).

Sofern verschiedene Leistungsgruppen oder mehrere Rehabilitationsträger im Prozess der beruflichen Rehabilitation erforderlich sind, ist der leistende Träger außerdem für die Erstellung eines Teilhabeplans verantwortlich (§ 19 SGB IX).

Im Allgemeinen sind die Rehabilitationsträger gesetzlich dazu angehalten eine frühzeitige Erkennung eines Rehabilitationsbedarfes zu veranlassen und auf eine Antragsstellung der Leistungsberechtigten hinzuwirken (§ 12 SGB IX).

⁸ Gemeint ist eine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, d.h. dass der Beruf perspektivisch nicht mehr ausgeübt werden kann.

Rolle Sekundärprävention

Wie in Österreich gibt es in Deutschland eine Reihe von strukturellen bzw. gesetzlichen Verankerungen sowie Maßnahmen im Bereich der Sekundärprävention, die darauf abzielen, das (längerfristige) Ausscheiden aus dem Erwerbsleben trotz bereits vorhandener gesundheitlicher Einschränkungen zu vermeiden.

In Deutschland sind Arbeitgeber:innen seit 2004 gesetzlich verpflichtet, ihren Beschäftigten ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten, wenn diese innerhalb eines Jahres mehr als sechs Wochen arbeitsunfähig waren (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Dabei muss die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber klären, *„wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann.“* (§ 167 Abs. 2 SGB IX) Die Kosten bei Krankenständen tragen die Arbeitgeber:innen dabei für die Dauer von sechs Wochen (§3 Abs. 1 Entgeltfortzahlungsgesetz). Wie die „Arbeitsunfähigkeit überwunden“ werden kann ist im SGB IX nicht näher konkretisiert.

Im Prozess der betrieblichen Eingliederung sind zudem Interessensvertretungen sowie auf Wunsch der betroffenen Person auch eine Vertrauensperson und falls erforderlich der/den Werks- oder Betriebsarzt/Betriebsärztin hinzuzufügen. Bei beruflicher Rehabilitation bzw. der Beanspruchung begleitender Hilfen im Arbeitsleben werden zudem die Rehabilitationsträger oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt involviert (§ 167 Abs. 2 SGB IX).

Das betriebliche Eingliederungsmanagement fällt im Sozialgesetzbuch IX unter den Themenbereich „Prävention“ (§ 167). Allerdings verweist Expert:in 3 darauf, dass innerhalb des beruflichen Eingliederungsmanagements auch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zurückgegriffen wird.

Obwohl in Deutschland die gesetzliche Verpflichtung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement besteht, zeigen aktuelle Studien, dass nur etwa ein Drittel der Arbeitnehmer:innen vom Betrieb tatsächlich ein Angebot zum betrieblichen Eingliederungsmanagement erhalten (Loerbroks et al. 2021; Hasselhorn et al. 2025). Als mögliche Gründe für diesen geringen Anteil werden seitens Expert:in 3 fehlende gesetzliche Sanktionen angesehen bzw. fehlende Anreize für Unternehmen. Neben dem geringen Angebot durch die Arbeitgeber:innen ist an dieser Stelle anzumerken, dass ein Teil der Arbeitnehmer:innen Angebote des Betrieblichen Eingliederungsmanagement nicht annimmt. Loerbroks et al. (2021) stellen etwa fest, dass 23% der Personen, die ein Angebot erhalten, dies nicht annehmen.

Neben dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist im Zusammenhang mit dem Thema Prävention zu erwähnen, dass in Deutschland der Vorrang von Prävention von Behinderung gesetzlich festgeschrieben ist (§ 3 SGB IX). Mit dem seit 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz (PrävG) wurde in Deutschland im Allgemeinen das Vorhaben von Gesundheitsförderung und Prävention von Erkrankungen gestärkt, u.a. durch die Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie (§ 20d PrävG). Darüber hinaus

gibt es außerdem das Arbeitsschutzgesetz und die Arbeitsstättenverordnung, die die Sicherheit und den Gesundheitsschutz in Deutschland regeln und damit vor allem primärpräventiv ausgerichtet sind, allerdings auch in die Sekundärprävention hineinreichen.

3.3 Schweiz

Tabelle 5: Länderprofil Schweiz

Land in Zahlen	
Einwohner:innen	9,1 Millionen
BIP pro Kopf (Euro)	82.650 €
Erwerbstätige	4,7 Millionen
Arbeitslosenquote	4,4%
Eckdaten zum System der beruflichen Rehabilitation	
Bezeichnung	<ul style="list-style-type: none"> berufliche Eingliederung
gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> Grundsatz Rehabilitation vor Pension Fokus auf Vermeidung/Vorbeugung von Invalidität Rückkehr in den bisherigen Beruf und falls nicht möglich Ausübung eines neuen Berufs
Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	<p>Berufliche Eingliederung als umfassender Prozess – wichtigste Maßnahmen der beruflichen Eingliederung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beratung und Begleitung (Fallführung) Frühinterventionsmaßnahmen Integrationsmaßnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung berufliche Maßnahmen (u.a. Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuch)
Hauptakteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> Invalidenversicherung (IV) für die Organisation der Durchführung und Finanzierung Regionale IV-Stellen für die Durchführung der beruflichen Eingliederung Unfallversicherung bei Unfällen und Berufserkrankungen Regionales Arbeitsvermittlungszentrum (RAV): Untergeordnete Rolle, primär bei Zugang und Übernahme, wenn berufliche Eingliederung nicht erfolgreich war
Zugangsvoraussetzungen	<p>Abhängig von den jeweiligen Eingliederungsmaßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> zumindest (drohende) Arbeitsunfähigkeit bzw. (drohende) Invalidität jugendspezifische Zugangsvoraussetzungen Umschulungen setzen erwartbare Erwerbseinbußen von etwa 20% voraus
Rolle Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> Früherfassung und Frühintervention durch IV Case Management bei Krankenständen durch freiwillige Taggeldversicherungen
systemische Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> Berufliche Eingliederung ist ein umfassender Prozess von der Frühintervention bis zur Arbeitsmarktintegration und ist bei der Invalidenversicherung (IV) als zentrales Steuer- und Organisationsorgan gesetzlich verankert. Durchführung der beruflichen Eingliederung erfolgt durch regionale IV-Stellen – kontinuierliche Fallbegleitung

Gesetzliche Regelung

Unter beruflicher Rehabilitation wird in der Schweiz die berufliche Eingliederung verstanden (E6), wobei dieser Prozess in der Schweiz deutlich umfassender ist als die berufliche Rehabilitation im österreichischen Verständnis. Die berufliche Eingliederung ist bei der Invalidenversicherung (IV) angesiedelt und im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) geregelt. In diesem Gesetz sind die einzelnen Eingliederungsmaßnahmen mit den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen genau definiert. Daneben ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zu nennen, das die Sozialversicherung regelt und dem IVG übergeordnet ist. Wesentlich für die berufliche Eingliederung sind vor allem die dort enthaltenen Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und Invalidität (Art. 8 ATSG) (näheres siehe Tabelle 6).

Zielsetzung laut gesetzlicher Grundlage

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ bzw. „Eingliederung vor Rente“ ist auch in der Schweiz gesetzlich verankert. In Artikel 1a des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG) steht das Ziel *„Invalidität mit geeigneten, einfachen und zweckmäßigen Eingliederungsmaßnahmen [zu] verhindern, vermindern oder beheben“*. Somit zielt die berufliche Eingliederung in der Schweiz basierend auf dieser gesetzlichen Grundlage primär auf die Vermeidung bzw. Reduktion von Invalidität ab.

Die Schwerpunktsetzung der beruflichen Eingliederung in der Schweiz hat sich durch verschiedene Reformen im Zeitverlauf entwickelt. Zu den wichtigsten jüngeren Reformen zählen die 5. IVG-Revision von 2008, durch die die Handlungsmöglichkeiten der IV in der beruflichen Eingliederung weiterentwickelt und stark ausgebaut wurden. Dies betrifft insbesondere auch die Möglichkeiten zu einer frühzeitigen Unterstützung der Versicherten im Rahmen der Früherfassung und Frühintervention, wodurch das Prinzip „Eingliederung vor Rente“ stärker in den Fokus gerückt wurde. Durch die 6. IVG-Revision von 2012 wurden weitere Maßnahmen zur Förderung der Eingliederung implementiert, insbesondere, um die Mitwirkung der Arbeitgebenden im Eingliederungsprozess, z.B. bei Arbeitsversuchen, sowie die berufliche Wiedereingliederung von IV-Rentenbezieher:innen zu verbessern. Durch die Revision „Weiterentwicklung der IV“⁹, die seit 1. Jänner 2022 in Kraft ist, wird ein Fokus der Eingliederung auf Jugendliche und junge Erwachsene sowie Personen mit psychischen Problemen gelegt. Dabei soll die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden und mit behandelnden Ärztinnen/Ärzten weiter intensiviert, sowie die berufliche Eingliederung näher am ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet werden (vgl. Geisen et al. 2025, S. 56).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Fokus der gesetzlichen Zielsetzung zwar auf der Vermeidung von Invalidität liegt, sich das Aufgabengebiet und die Zielsetzung der Maßnahmen der beruflichen Eingliederung in der Schweiz jedoch laufend

⁹ Näheres siehe: <https://www.bsv.admin.ch/de/weiterentwicklung-der-iv> (Zugriff: 20.3.2026)

erweitert haben. Abhängig von der Maßnahmenart, können die jeweiligen konkreten Zielsetzungen unterschiedlich definiert sein.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation im Sinne des österreichischen Verständnisses ist Teil der umfassenden beruflichen Eingliederung in der Schweiz. Das Maßnahmenspektrum der beruflichen Eingliederung inkludiert auch Früherfassungsmaßnahmen, um eine möglichst frühzeitige Meldung bei der IV zu ermöglichen. Diese richten sich sowohl an Versicherte als auch an Arbeitgeber:innen und weitere zentrale Akteur:innen wie z.B. Ärztinnen/Ärzte. Anschließend können Frühinterventionsmaßnahmen gesetzt werden. Diese erfolgen parallel der Abklärung, ob die Voraussetzungen für Rente erfüllt sind bzw. ob ein Bedarf an weiteren Eingliederungsmaßnahmen besteht. Nach der Frühintervention können sogenannte Integrationsmaßnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung umgesetzt werden, die auf eine Stabilisierung und einen weiteren Aufbau der Arbeitsfähigkeit abzielen, um eine Teilnahme an weiteren Eingliederungsmaßnahmen zu ermöglichen. Zu den weiteren Maßnahmen zählen Berufsberatungen, erstmalige berufliche Ausbildungen und Umschulungen. Während der Eingliederungsmaßnahmen erfolgt eine Fallführung durch die regionalen IV-Stellen. Die IV-Stellen übernehmen auch Maßnahmen zur Arbeitsvermittlung (BSV 2025a; BSV 2026)¹⁰.

Hauptakteur:innen

Die Hauptakteurin für die Umsetzung und Finanzierung der beruflichen Eingliederung ist die Invalidenversicherung (IV), wobei die konkrete Durchführung der beruflichen Eingliederung durch die kantonalen IV-Stellen erfolgt. Außerdem bestehen Schnittstellen mit dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV), insbesondere wenn Eingliederungsmaßnahmen auslaufen und keine Integration in den Arbeitsmarkt erfolgt ist. Daneben besteht auch eine Schnittstelle mit der Sozialhilfe, die in der Schweiz dezentral über die Gemeinden bzw. Städte organisiert ist und die für die Vermittlung und Unterstützung bei der Arbeitssuche von arbeitsfähigen Sozialhilfe-Bezieher:innen zuständig ist (E7).

Neben der Invalidenversicherung hat zudem ab den 2000er Jahren die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) begonnen, Maßnahmen zur Unterstützung der beruflichen Eingliederung für Personen, die aufgrund eines Unfalls oder einer Berufserkrankung, voll oder teilweise arbeitsunfähig sind, anzubieten. Das Leistungsspektrum umfasst sowohl medizinische Leistungen, Geldleistungen wie Taggelder sowie Maßnahmen der Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung (vgl. Geisen et al. 2025, S. 23)¹¹.

¹⁰ Eine detaillierte Beschreibung der beruflichen Eingliederung in der Schweiz befindet sich in Kapitel 6.1.

¹¹ Näheres siehe: <https://www.suva.ch/de-ch/unfall/leistungen-der-suva/leistungen-nach-unfallen-oder-bei-berufskrankheiten#state=%5Banchor-EF75C287-A2B6-44F0-A188-63DAEAF9933%5D> (Zugriff: 20.3.2026)

Finanzierung

Das Sozialsystem in der Schweiz finanziert sich größtenteils durch Beiträge von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen (vgl. Lupa 2025, S. 49) wobei als Besonderheit im Schweizer Rentensystem das Dreisäulenmodell zu nennen ist, das aus staatlicher, beruflicher und privater Vorsorge besteht. Das System der beruflichen Eingliederung in der Schweiz finanziert sich überwiegend aus der staatlichen Vorsorge. Die Hauptfinanzierung erfolgt durch die Invaliditätsvorsorge, wobei als weitere Finanzierungsgeber die Unfallversicherung, die Militärversicherung, die berufliche Vorsorge, Ergänzungsleistungen sowie weitere Akteur:innen, wie Kantone oder Organisationen der Behindertenhilfe zu nennen sind (vgl. BSV 2025b, S. 12ff).

Zugang und Zugangsvoraussetzungen

Für den Zugang zur beruflichen Eingliederung werden von der IV-Instrumente zur Früherfassung angeboten. Das Ziel ist einerseits, versicherte Personen aber auch Arbeitgeber:innen oder Ärzt:innen über die Leistungen der beruflichen Eingliederung der IV zu informieren. Andererseits sollen sich dadurch Personen bei der IV melden, bzw. Empfehlungen von Multiplikator:innen wie Arbeitgeber:innen, Ärzt:innen ausgesprochen werden. Zudem können die regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) bei bestehendem Zweifel an der Arbeitsfähigkeit eine vertrauensärztliche Untersuchung anordnen (Art. 15 Ab. 3 AVIG) bzw. an die IV verweisen (E6).

Die genauen Anspruchsvoraussetzungen können zwischen den jeweiligen Eingliederungsmaßnahmen variieren¹². Grundsätzlich adressieren sie Personen mit (drohender) Arbeitsunfähigkeit bzw. (drohender) Invalidität. Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) differenziert dabei die Begriffe „Arbeitsunfähigkeit“, „Erwerbsunfähigkeit“ und „Invalidität“ (siehe Tabelle 6). Darüber hinaus gibt es jugendspezifische Angebote, bei denen die Zugangskriterien mitunter anders definiert sind.

Tabelle 6: Definitionen von Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität in der Schweiz

<p>Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG)</p>	<p>„Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.“</p>
--	--

¹² Auf die jeweiligen Maßnahmen und Anspruchsvoraussetzungen wird in Kapitel 6.1 noch näher eingegangen.

<p>Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 2) Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschließlich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.
<p>Invalidität (Art. 8 ATSG)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 2) Nicht erwerbstätige Minderjährige gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird. 3) Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Artikel 7 Absatz 2 ist sinngemäß anwendbar.

Exemplarisch soll an dieser Stelle auf die **Anspruchsvoraussetzungen bei den beruflichen Umschulungen** (Art 17 IVG) eingegangen werden, die mit den Umschulungen in Österreich in den Grundzügen vergleichbar sind und auch einige Parallelen bei den Zugangskriterien aufweisen. Anspruch auf eine Umschulungsmaßnahme besteht, wenn die versicherte Person, infolge einer drohenden oder bestehenden Invalidität ihren bisherigen Beruf nicht weiter ausüben bzw. ihre Erwerbstätigkeit oder ihre Tätigkeit im Aufgabenbereich nicht weiterführen kann und eingliederungsfähig ist. Dies bedeutet, dass sie objektiv und subjektiv in der Lage ist, an berufsbildenden Maßnahmen teilzunehmen. Zudem muss die Umschulung den Erfordernissen der „Einfachheit und Zweckmäßigkeit“ sowie den Fähigkeiten der versicherten Person entsprechen und an die gesundheitlichen Einschränkungen angepasst sein. Die Umschulung muss zu einer Erwerbsmöglichkeit führen, die der früheren Tätigkeit annähernd gleichwertig ist, und muss geeignet sein, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern.

Außerdem wird festgehalten, dass eine Umschulung, die keine Aussicht auf eine spätere wirtschaftliche Verwertbarkeit der Arbeitsleistung bietet, nicht finanziert wird. Eine wirtschaftlich ausreichend verwertbare Arbeitsleistung trifft zu, wenn der Leistungslohn mindestens 2,75 Franken (ca. 3 Euro) pro Stunde beträgt (vgl. Art 17 IVG).

Ein weiteres Kriterium für den Zugang ist die Erwerbseinbuße. Eine Umschulung wird nur bewilligt, wenn aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit sowie in anderen zumutbaren Tätigkeiten ohne zusätzliche Ausbildung eine dauerhafte Erwerbseinbuße von rund 20 % entsteht (BSV 2026, S. 106f).

Die Schweizer Expert:innen (E6 und E7) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass aufgrund dieser Regelung eher besser Verdienende die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen als Personen mit niedrigeren Einkommen. Allerdings sind die Erwerbseinbußen von 20% nur ein Richtwert (BSV 2026, S. 107) und somit besteht ein gewisser Ermessungsspielraum seitens der regionalen IV-Stellen.

Rolle der Sekundärprävention

Im Zusammenhang mit der Sekundärprävention bietet die IV auch Systeme der Früherfassung und Frühintervention an, auf die bereits eingegangen wurde und die in Kapitel 6.1 noch näher ausgeführt werden. Daneben ist im Zusammenhang mit der Sekundärprävention auf die Rolle der Taggeldversicherungen hinzuweisen, die nachfolgend skizziert wird.

Der/die Arbeitgeber:in ist in der Schweiz nur für einen begrenzten Zeitraum zur Lohnfortzahlung bei Krankheit verpflichtet. Die Dauer hängt vom jeweiligen Kanton und von der Zahl der Dienstjahre ab. Beispielsweise erfolgt nach der Berner Skala im Falle eines Krankenstandes im 1. Dienstjahr für 3 Wochen eine Lohnfortzahlung, im 5. bis 9. Dienstjahr für 3 Monate und im 20. bis 25. Jahr für 6 Monate.¹³

Um im Falle von Krankheit bei längerer Erwerbstätigkeit gegen einen Lohnausfall abgesichert zu sein, bestehen in der Schweiz freiwillige Taggeldversicherungen. Diese werden von Arbeitgeber:innen abgeschlossen. Für die Taggeldversicherung sieht das Schweizer Recht zwei verschiedene Versicherungsverträge vor. Entweder kann die Taggeldversicherung über die gesetzliche Grundversicherung gemäß Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) oder über Privatversicherung gemäß der Grundlage des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) erfolgen.

Anspruch auf Taggeld entsteht, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist (Art. 72 Abs. 2 KVG). Das Taggeld beträgt rund 80% des versicherten Lohns und kann in der Regel bis zu 720 Tage ausgezahlt werden. Zumeist erfolgt dies ab dem 31. Krankheitstag, wobei es hier unterschiedliche Vorgehensweisen gibt.¹⁴

Diese Taggeldversicherungen spielen auch bei der Sekundärprävention eine Rolle, indem sie Case Management bei Krankenständen anbieten, um die Rückkehr auf den Arbeitsplatz zu ermöglichen. Über die Wirksamkeit des Case Managements würde nach Auffassung von Expert:in 7 keine umfassende empirische Evidenz vorliegen. Allerdings liegen von einzelnen privaten Versicherungsanbieter:innen Evaluierungen zur

¹³ Näheres siehe: https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf (Zugriff: 20.3.2026)

¹⁴ Näheres siehe: <https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-die-freiwillige-taggeldversicherung;https://auf-in-die-schweiz.de/magazin/lohnfortzahlung-bei-krankheit-schweiz/> (Zugriff: 20.3.2026)

Wirksamkeit der angebotenen Leistungen vor, die auf positive Effekte des Case Managements auf die Wiedereingliederung verweisen, insbesondere bei Personen mit psychischen Erkrankungen (z.B. Schanbacher & Seiberlich 2022).

3.4 Niederlande

Tabelle 7: Länderprofil Niederlande

Land in Zahlen	
Einwohner:innen	18 Millionen
BIP pro Kopf (Euro)	50.880 €
Erwerbstätige	9,4 Millionen
Arbeitslosenquote	3,7%
Eckdaten zum System der beruflichen Rehabilitation	
Bezeichnung	<ul style="list-style-type: none"> • „Re-integratie“
gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Rückkehr in Arbeit • Schwerpunkt bereits auf frühzeitigen Interventionen durch Arbeitgeber:innen
Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Fit for work Maßnahmen</u> für Personen, die noch nicht für die Rückkehr in die Arbeit bereit sind: Berufsorientierung und -vorbereitung • <u>Ready to work Maßnahmen</u> für Personen, die für den beruflichen Wiedereinstieg bereit sind: v.a. Unterstützung bei Jobsuche, Arbeitsplatzanpassungen • <u>sonstige Maßnahmen</u>: z.B. Weiterbildung
Hauptakteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber:innen, Arbeitsmediziner:innen und Arbeitnehmer:innen für die Wiedereingliederung in den ersten zwei Jahren eines Krankenstandes • Niederländische Sozialversicherungsagentur (UWV) u.a. für Begutachtung der Arbeitsfähigkeit, Organisation und Finanzierung beruflicher Rehabilitation • Reintegrationsunternehmen (Reintegrationsbedrijven) als Anbieter beruflicher Rehabilitation
Zugangsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Nach zweijährigem Zeitraum des Krankenstandes kann Invaliditätspension („WIA benefit“) beantragt werden. Bei Genehmigung eines „WIA WGA benefits“ (bei Einkommensverlust von >35% aber <80% bzw. >80% aber erwartbarer Besserung), erfolgen Leistungen der beruflichen Rehabilitation • Personen mit geringerem Einkommensverlust (<35%) können in manchen Fällen Leistungen erhalten
Rolle Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber:innen sind zu einer arbeitsmedizinischen Analyse und Erstellung eines Reintegrationsplans innerhalb von 8 Wochen ab Krankheitsbeginn gesetzlich verpflichtet • Wichtige Funktion von Arbeitsmediziner:innen
systemische Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • hohe Arbeitgeber:innen-Verantwortung • hoher Anteil an Personen mit befristeten Verträgen

Gesetzliche Regelung

In den Niederlanden wurde 2002 der „Gatekeeper Improvement Act“ (Wet Verbetering Poortwachter) und 2004 der „Extended Payment of Income Act“ eingeführt. Diese gesetzlichen Regelungen sind zentral für den Prozess der beruflichen Wiedereingliederung: Arbeitgeber:innen sind basierend auf diesen Regelungen verpflichtet, im Falle von Krankenständen ihrer Arbeitnehmer:innen eine Fortzahlung von zumindest 70 Prozent des Lohnes der erkrankten Person zwei Jahre lang zu übernehmen. Zudem beinhaltet der „Gatekeeper Improvement Act“, dass Arbeitgeber:innen, Arbeitnehmer:innen und Arbeitsmediziner:innen bestimmte Aufgaben während der krankheitsbedingten Abwesenheit von Arbeitnehmer:innen übernehmen müssen, die eine möglichst frühzeitige Wiedereingliederung in den Betrieb fördern sollen (de Rijk 2018, S. 230-232, näheres siehe Kapitel 6.2).

Nach einer Krankheitsdauer von zwei Jahren kann ein „WIA benefit“ (eine Invaliditätsleistung) beantragt werden. Regelungen zu Arbeitsunfähigkeit und entsprechenden Leistungen sind im „Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)“ festgelegt. Weitere relevante Gesetze sind das „Ziektewet“ für Personen ohne feste Arbeitgeber:innen, das die Reintegrationspflichten während des Krankengeldbezugs regelt, sowie das „Participatiewet“ für Sozialhilfebezieher:innen.

Zielsetzung laut gesetzlicher Grundlage

Der niederländische Gatekeeper Improvement Act wurde entwickelt und 2002 eingeführt, um die zuvor mangelnde Frühintervention und Kooperation von Arbeitgeber:innen bei Krankenständen zu adressieren. Die Gesetzgebung in den Niederlanden entwickelte sich als Reaktion auf besonders hohe Krankenstands- und Arbeitsunfähigkeitszahlen in den 90er-Jahren und holte Arbeitgeber:innen immer stärker in die Pflicht, um diese zu vermeiden. In den Niederlanden liegt der Schwerpunkt daher auf frühzeitigen Ansätzen zur Prävention eines Ausscheidens aus dem Arbeitsleben. (de Rijk 2018, S. 227-231)

Maßnahmen beruflicher Rehabilitation im engeren Sinne, wenn Personen eine „WIA WGA Leistung“ genehmigt bekommen, zielen auf die Rückkehr in die Arbeit.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

In den Niederlanden ist der Begriff „Re-Integratie“ gebräuchlich und bezeichnet allgemein die berufliche Wiedereingliederung von erkrankten Personen. Berufliche Rehabilitation meint im engeren Sinne die Wiedereingliederung von Personen, die längerfristig (mehr als zwei Jahre) krank oder beeinträchtigt sind (E5).

Im Allgemeinen besteht ein breites Spektrum an Maßnahmen, diese sind jedoch nicht vollständig standardisiert und verändern sich mitunter auch. Grund dafür ist vor allem, dass eine Privatisierung erfolgt ist. Folgende Maßnahmen fallen beispielhaft unter berufliche Rehabilitation (E5):

- Berufsorientierung/-vorbereitung
- Training
- Arbeitsplatzanpassungen
- Ausbildung/Qualifizierung ist möglich, aber schwer zu erhalten

Personen, die aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, und eine „WIA WGA Leistung“ zuerkannt bekommen (Leistungen bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit), können berufliche Rehabilitationsangebote in Anspruch nehmen. Dabei wird zunächst beurteilt, welche Barrieren der beruflichen Eingliederung im Wege stehen. Darauf aufbauend werden entweder Fit for Work Maßnahmen, Ready to Work Maßnahmen oder sonstige Maßnahmen eingeleitet, wobei der Rehabilitationsprozess individuell angepasst wird (de Geus 2025, S.11-12; S.19-20):

- **Fit for work Maßnahmen** eignen sich für Personen, die noch nicht für die Rückkehr in die Arbeit bereit sind, und zielen vor allem auf die Erarbeitung von realistischen Perspektiven. Diese umfassen vor allem Berufsorientierung und -vorbereitung (z.B. Stärkung Resilienz, soziales Kompetenztraining).
- **Ready to work Maßnahmen** sind für Personen vorgesehen, die für den beruflichen Wiedereinstieg bereit sind, und zielen auf das Finden von Arbeit. Diese umfassen z.B. Unterstützung bei der Jobsuche und bei Bewerbungen, Arbeitsplatzanpassungen oder auch ein Coaching von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen während eines Praktikums.
- **Sonstige Maßnahmen** können beispielsweise auch Weiterbildungen umfassen.

Hauptakteur:innen

Die Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitationen in den Niederlanden unterscheiden sich deutlich von jenen in Österreich. Die wichtigsten Akteur:innen werden nachfolgend beschrieben:

- **Arbeitgeber:innen:** Diese sind im Falle von Krankenständen der Arbeitnehmer:innen für deren Lohnfortzahlung zuständig, sowie für die Beauftragung eines Arbeitsmediziners/einer Arbeitsmedizinerin, der/die innerhalb der ersten 6 Wochen des Krankenstandes eine Problemanalyse hinsichtlich der Ursachen vornehmen soll. Innerhalb von acht Wochen ab Beginn des Krankenstands ist der/die Arbeitgeber:in außerdem für das Aufsetzen eines Reintegrationsplans verantwortlich. Wenn eine Reintegration innerhalb eines Betriebes nach einem Jahr nicht erreicht wurde, muss der/die Arbeitgeber:in einen passenden Job in einer anderen Organisation anbieten (dies wird meist über eine Reintegrationsagentur eingeleitet). (Ose et al. 2022, S. 9)
- **Arbeitsmediziner:innen:** Diese spielen in den Niederlanden eine maßgebliche Rolle. Arbeitsmedizin gilt als ein eigenständiges Berufsbild, das durch eine vierjährige Spezialisierung innerhalb des Medizinstudiums erlangt wird (E5). Die spezifische Profession hängt vor allem damit zusammen, dass in den Niederlanden das Gesundheitssystem nahezu vollständig von der Arbeitsmedizin und den

Sozialversicherungssystemen getrennt ist. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte des allgemeinen Gesundheitssystems nehmen in der Regel keine Krankschreibungen vor, vielmehr haben dies in den Niederlanden die Arbeitsmediziner:innen über, die von den Betrieben angestellt werden oder für Sozialversicherungsagenturen arbeiten (de Rijk 2018, S.226).

Es gibt auch externe arbeitsmedizinische Dienste (Arbodienste), die Arbeitsmediziner:innen beschäftigen und die gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (z.B. Beratung in Bezug auf Abwesenheiten, Arbeitsbedingungen, Begleitung kranker Mitarbeiter:innen) für Betriebe anbieten.¹⁵ Ein arbeitsmedizinischer Dienst bzw. ein interner Arbeitsmediziner/eine interne Arbeitsmedizinerin ist verpflichtend. Die Hauptaufgaben bestehen in der Übersetzung von medizinischen Diagnosen in Arbeitsfähigkeit. Arbeitgeber:innen erhalten nur Informationen über die Arbeitsfähigkeit. Die Dienste sollen präventive Maßnahmen für gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen setzen (Ose et al. 2022, S. 11).

- **Arbeitnehmer:innen/Rehabilitand:innen:** Bei Eintreten eines Krankenstands sind Arbeitnehmer:innen verpflichtet, den/die Arbeitgeber:in schnellstmöglich zu informieren. Darüber hinaus sind sie zur Kooperation mit dem/der Arbeitgeber:in sowie zu einer Partizipation in der Planung des Return to Work Prozesses verpflichtet (Ose 2022, S. 10).
- **Niederländische Sozialversicherungsbehörde (UWV):** Die sogenannte UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) ist die niederländische Sozialversicherungsbehörde. Diese prüft bereits im Return to work Prozess (nach 52 Wochen Krankenstand und wenn Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitsleistungen beantragt werden), ob Arbeitgeber:in, Arbeitnehmer:in und Arbeitsmediziner:in die gesetzlichen Verpflichtungen eingehalten haben. Sowohl Arbeitgeber:in als auch Arbeitnehmer:in können Sanktionierungen erhalten, wenn diese den Verpflichtungen nicht nachgekommen sind (Ose et al. 2022, S. 11).
Wenn bei Arbeitnehmer:innen die Wiedereingliederung nach zwei Jahren nicht erfolgreich war, so können Arbeitnehmer:innen bei der niederländischen Sozialversicherungsbehörde Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsleistungen beantragen (de Rijk 2018, S.232).
- **Reintegrationsunternehmen (Reintegrationsbedrijven):** Berufliche Rehabilitation wird von eigenen Reintegrationsagenturen angeboten. Diese Angebote zielen im Gegensatz zu den arbeitsmedizinischen Diensten vor allem auf längere Krankenstände bzw. auf Personen mit partieller Arbeitsunfähigkeit (E5).

¹⁵ Siehe z.B. <https://business.gov.nl/staff/health-and-safety/company-doctor-or-health-and-safety-service/#art:the-health-and-safety-service> (Zugriff: 31.3.2026)

Finanzierung

Die Finanzierung der beruflichen Wiedereingliederung und Rehabilitation in den Niederlanden ist stark arbeitgeberorientiert ausgestaltet. Während der ersten zwei Jahre eines krankheitsbedingten Arbeitsausfalls tragen Arbeitgeber:innen die Hauptverantwortung für die Finanzierung, da sie gesetzlich verpflichtet sind, mindestens 70 % des Lohns weiterzuzahlen. Darüber hinaus finanzieren sie die arbeitsmedizinische Betreuung, einschließlich der Problemanalyse durch Arbeitsmediziner:innen sowie die Erstellung und Umsetzung des Reintegrationsplans. (Ose et al. 2022, S.4ff.)

Nach Ablauf der zweijährigen Lohnfortzahlung verlagert sich die Finanzierung – bei Bewilligung einer WIA-Leistung – auf die niederländische Sozialversicherungsbehörde. In diesem Fall übernimmt diese sowohl die Auszahlung der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsleistungen als auch die Finanzierung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, insbesondere bei Personen mit partieller Arbeitsfähigkeit (WIA WGA). (de Geus 2025, S.11-12; E5).

Für Personen, die nicht in einem permanenten Arbeitsverhältnis stehen, sind berufliche Rehabilitationsleistungen oftmals schwieriger zu erhalten. In diesem Fall können Gemeinden die Kosten übernehmen. Ebenfalls können Leistungen der beruflichen Rehabilitation bei Unfällen durch die Unfallversicherung übernommen werden (E5).

Zugang und Zugangsvoraussetzungen

Im Falle von Krankenständen haben zunächst vor allem Arbeitgeber:innen eine hohe Verantwortung bei der betrieblichen Wiedereingliederung: Neben der bereits erwähnten Lohnfortzahlung sind Arbeitgeber:innen bei Krankenständen außerdem gesetzlich verpflichtet, innerhalb von sechs Wochen ab Krankenstandsbeginn einer/eines Beschäftigten eine Analyse von einem/einer Arbeitsmediziner:in einzuholen (und diese zu finanzieren), innerhalb von acht Wochen ab Krankenstandsbeginn muss ein Reintegrationsplan erstellt werden (Ose et al. 2022, S. 627).

Arbeitgeber:innen leiten somit zunächst Maßnahmen von Arbeitsmediziner:innen (bzw. entsprechenden Agenturen, die Arbeitsmediziner:innen beschäftigen) ein. Dabei liegt der Fokus auf dem Umgang mit Krankenständen und darauf, was nötig ist, um der erkrankten Person die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen. Idealerweise werden diese Maßnahmen in Abstimmung zwischen Arbeitgeber:in, Arbeitnehmer:in und Arbeitsmediziner:in vereinbart. In den Niederlanden werden diese Maßnahmen gewöhnlich nicht als „berufliche Rehabilitation“ bezeichnet. Berufliche Rehabilitation wird vielmehr, wie oben dargestellt, von eigenen Agenturen angeboten. Der Zugang zu diesen Reintegrationsagenturen kann in diesem Prozess eingeleitet werden, aber auch erst später – nach zwei Jahren Lohnfortzahlung – erfolgen (vgl. E5).

Nach dem zweijährigen Zeitraum an Lohnfortzahlung können die erkrankten Arbeitnehmer:innen eine Invaliditätspension beantragen, diese wird als „WIA benefit“ (Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen) bezeichnet. Um zu entscheiden, ob ein „WIA benefit“ bewilligt wird, führt ein Arzt des Sozialversicherungsträgers (UWV) ein

medizinisches Assessment zur Prüfung der Leistungsfähigkeit durch. Danach bestimmt ein Arbeitsexperte in einem beruflichen Assessment den Einkommensverlust. Wenn dieser 35% des letzten Einkommens übersteigt, wird ein „WIA benefit“ genehmigt. Dabei gibt es zwei Typen an Leistungen (de Geus 2025, S.13ff.):

- **IVA („Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten“):** Im Sinne einer vollen Invalidität erhalten Personen mit dauerhafter Arbeitsunfähigkeit diese Form.
- **WGA („Werkhervattingsregeling Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten“):** Dies entspricht einer partiellen oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitszahlung, wenn der Einkommensverlust 35% übersteigt aber unter 80% liegt, oder falls der Einkommensverlust 80% übersteigt, aber eine (teilweise) Besserung zu erwarten ist.

Wenn Personen die WIA WGA Leistung genehmigt bekommen, dann erhalten sie Leistungen der beruflichen Rehabilitation vom Sozialversicherungsträger (UWV). Personen, bei denen der Einkommensverlust 35% nicht übersteigt, können in manchen Fällen ebenfalls Unterstützung durch den Sozialversicherungsträger in Form beruflicher Rehabilitationsleistungen bekommen. (de Geus 2025, S.13ff.)

Der Zugang zu Leistungen der Wiedereingliederung ist in der Praxis in den Niederlanden vor allem dann gegeben, wenn Personen in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis stehen. Für einige Zielgruppen gibt es hingegen Zugangsbarrieren: So kommt es bei befristeten Arbeitsverhältnissen immer wieder dazu, dass Beschäftigte unzureichend von Arbeitgeber:innen unterstützt werden. Der Zugang zur beruflichen Rehabilitation ist für arbeitslose Personen, Migrant:innen sowie selbständige Personen oftmals besonders schwierig. Die Gemeinden können ebenfalls eine berufliche Rehabilitation einleiten, allerdings wird dies deutlich seltener gewährt. (vgl. E5)

Rolle Sekundärprävention

Das niederländische System, das Arbeitgeber:innen zu einer zeitnahen arbeitsmedizinischen Analyse und einer Erstellung eines Reintegrationsplans innerhalb von acht Wochen gesetzlich verpflichtet, basiert auf dem Ansatz eines frühzeitigen Handelns. Aufgrund der zu tragenden Kosten bei Krankenständen sind die Anreize für die Prävention von Krankenständen bei Arbeitgeber:innen besonders hoch. (Ose et al. 2022, S. 629)

Im Falle von Wiedereingliederungen ist vor allem die Flexibilität der Reintegrationspläne ein positiver Aspekt des Systems: Diese können adaptiert werden, was den Arbeitnehmer:innen erlaubt, neue Möglichkeiten der betrieblichen Eingliederung zu versuchen, wenn ein anfänglicher Reintegrationsplan nicht zum Ziel führt. (de Rijk, 2018, S. 233f.)

Einen weiteren Vorteil sieht Expert:in 5 in der zentralen Rolle der Arbeitsmediziner:innen im niederländischen System: Diese sind speziell ausgebildet und Expert:innen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Damit stehen vor allem die Arbeitsfähigkeit sowie die Unterstützungssysteme der Person im Mittelpunkt, nicht die Diagnose oder Krankheit. Ausschlaggebend ist in dieser Rolle insbesondere die Fähigkeit, relevante Informationen passend an die/den Arbeitgeber:in zu kommunizieren.

3.5 Dänemark

Tabelle 8: Länderprofil Dänemark

Land in Zahlen	
Einwohner:innen	5,99 Millionen
BIP pro Kopf (Euro)	58.160 €
Erwerbstätige	2,9 Millionen
Arbeitslosenquote	6,4%
Eckdaten zum System der beruflichen Rehabilitation	
Bezeichnung	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitering
gesetzliche Zielsetzung von beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> • Reintegration in den Arbeitsmarkt bzw. Verbleib am Arbeitsmarkt von Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit
Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation	<p>Umsetzung entlang eines Rehabilitationsplans mit Fallmanager:innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ressourcen-Kurse“ bei stark eingeschränkter Arbeitsfähigkeit • Vorbereitungsmaßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, inklusive Berufsfindung („Forrevalidering“) • berufliche Aus- und Weiterbildung • Lohnsubventionen – „fleksjob“
Hauptakteur:innen	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen sind Hauptakteur:innen bei Finanzierung und Organisation in Abstimmung mit Rehabilitations-Teams und Rehabilitationsträger:innen • Regionale Jobcenter können auf Kommunen verweisen
Zugangsvoraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • erhebliche oder dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sodass Lebensunterhalt nicht bestritten werden kann • allgemeine Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik müssen vorher ausgeschöpft sein, bevor Rehabilitationsmaßnahmen gewährt werden • realistische Chancen auf Arbeitsmarktintegration müssen gegeben sein
Rolle Sekundärprävention	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Arbeitgeber:innen-Verantwortung als Bestandteil des Flexicurity-Systems („Easy Hire and Fire“) • freiwilliger Wiedereingliederungsplan zwischen Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:innen ab 8 Wochen Krankenstand • Kommunen führen verpflichtende Nachverfolgungsgespräche bei längeren Krankenständen
systemische Besonderheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation ist Aufgabe der aktiven Arbeitsmarktpolitik • Für die Umsetzung der Rehabilitation gibt es Reha-Team:innen, Fallmanager:innen und Rehabilitationsplan • flexjobs („fleksjob“) bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit (Arbeitgeber:in zahlt Lohn für die tatsächliche Leistungsfähigkeit, Staat übernimmt Lohnsubvention zur Aufzählung auf das Vollzeitgehalt) • aktuelle Beschäftigungsreform, die ab Februar 2026 schrittweise grundlegende Veränderungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik und der beruflichen Rehabilitation bewirkt

Die dänische Arbeitsmarktpolitik steht zum Zeitpunkt der Studienfertigstellung im April 2026 vor einem Umbruch, da im April 2025 eine umfassende Beschäftigungsreform beschlossen wurde, die ab dem 1. Februar 2026 schrittweise in Kraft tritt. Die Reform bedingt eine starke Kürzung des Budgets und somit auch der Leistungen für die aktive Arbeitsmarktpolitik. Die verpflichtenden regionalen Jobcenter werden abgeschafft, stattdessen sollen die Kommunen eine noch stärkere Rolle und mehr Handlungsspielraum bei der Unterstützung der Beschäftigungsförderung erhalten. Zudem soll den arbeitslosen Personen mehr Flexibilität gegeben und verpflichtende Termine deutlich reduziert werden. Das System der beruflichen Rehabilitation, wie es nachfolgend beschrieben wird, wird großteils abgeschafft werden, wobei die alternative Ausgestaltung zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Studie im April 2026 noch nicht absehbar ist. Das dänische System der beruflichen Rehabilitation charakterisierte sich vor der Reform durch einen ganzheitlichen Ansatz durch den Einsatz von multiprofessionellen Rehabilitationsteams, Rehabilitationsplänen und Fallmanager:innen. Nachfolgend wird auf das System vor **Inkrafttreten der Reform eingegangen**, sowie abschließend auf die Eckdaten der anstehenden Reform.

Gesetzliche Regelung

Berufliche Rehabilitation ist in Dänemark Teil der aktiven Beschäftigungspolitik und somit vorwiegend im Gesetz zur Regelung der aktiven Beschäftigungsförderung („lov om en aktiv beskæftigelsesindsats“) sowie im Gesetz über die aktive Sozialpolitik („Lov om aktiv socialpolitik“) geregelt. Rehabilitation („Revalidering“) nach § 46 des dänischen Gesetzes zur aktiven Sozialpolitik umfasst berufliche Maßnahmen und finanzielle Unterstützung, die dazu beitragen können, dass Personen mit eingeschränkter Erwerbsfähigkeit – einschließlich Empfänger:innen von Arbeitslosengeld – im Arbeitsmarkt verbleiben oder wieder aufgenommen werden.

Berufliche Rehabilitation wird nach § 142 des dänischen Gesetzes zur aktiven Beschäftigungsförderung dann eingesetzt, wenn andere Beschäftigungsförderungsmaßnahmen bei Personen mit Einschränkungen ihrer Arbeitsfähigkeit nicht ausreichen, damit die Personen ihren Lebensunterhalt bestreiten können.

Zielsetzung laut gesetzlicher Grundlage

Das Ziel von beruflicher Rehabilitation (Revalidering) ist es, Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. den Verbleib im Arbeitsmarkt zu fördern. Dabei muss eine realistische Chance auf eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt bestehen (vgl. STAR 2025).

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Zu den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zählen jene Maßnahmen, die über die herkömmlichen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik hinausgehen und erforderlich sind, um Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren, bzw. deren Verbleib zu sichern. Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen – mit Ausnahme der fleksjob – werden im Laufe der aktuellen Reform

2026 allerdings abgeschafft. Allerdings obliegt es den Kommunen, welche Maßnahmen sie anbieten, sodass zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Studie unklar ist, welche alternativen Maßnahmen angeboten werden bzw. ob ein Teil der bestehenden Maßnahmen weiterhin angeboten wird.

Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation fokussieren überwiegend auf die Reintegration in den Arbeitsmarkt und umfassten bis zum Inkrafttreten der Reform ab 2026 ein breites Maßnahmenpektrum (vgl. § 46 des dänischen Gesetzes zur aktiven Sozialpolitik). Die konkreten individuellen Maßnahmen der Rehabilitation werden in den interdisziplinären Rehabilitationsteams in Form eines Rehabilitationsplans festgelegt, für dessen Umsetzung die Fallmanager:innen zuständig sind (vgl. § 40 bis § 47 des dänischen Gesetzes zur Regelung der aktiven Beschäftigungsförderung; E8).

Zu den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zählen auch vorgelagerte Maßnahmen wie der „Ressourcenfluss“ („Ressourceforløbsydelse“) und die Vorrehabilitation („Forrevalidering“). Der „Ressourcenfluss“-Kurs zielt auf die Förderung der Arbeitsfähigkeit ab und ist Teil des Rehabilitationsplans. Dieser kann ein bis drei Jahre dauern.¹⁶ Durch die Vorrehabilitation sollen die beruflichen Ziele der Rehabilitandin/des Rehabilitanden geklärt werden und eine Vorbereitung auf die Reha-Maßnahme erfolgen.¹⁷ Daneben zählen insbesondere berufliche Aus- und Weiterbildungen zur beruflichen Rehabilitation.

Zudem zählen Lohnsubventionen, wie die flexjobs („fleksjob“) zu den Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. STAR 2025). Diese werden auch nach der Reform weiterhin bestehen bleiben und bilden ein wesentliches Element in der Beschäftigungsförderung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen in Dänemark (E8). Sie adressieren Personen, die aufgrund eingeschränkter Arbeitsfähigkeit keine reguläre Beschäftigung am Arbeitsmarkt finden oder behalten können. Der/die Arbeitgeber:in übernimmt den Lohn für die tatsächlich erbrachte Leistung und Gemeinden übernehmen durch Lohnkostenzuschüsse den restlichen Anteil des Gehalts (vgl. STAR 2025; ausführliche Beschreibung siehe Kapitel 6.6).

Hauptakteur:innen

Die Kommunen bzw. Gemeinden sind für die Organisation der Durchführung der Rehabilitation, einschließlich der Vorrehabilitation im Zusammenhang mit den Rehabilitationsanbietern zuständig. In interdisziplinären Rehabilitationsteams („rehabiliteringsteamet“), das sich aus Vertreter:innen der Gemeinden und Rehabilitationsmitarbeiter:innen zusammensetzt, wird gemeinsam mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin ein Rehabilitationsplan erstellt. Dieser beinhaltet u.a. die Berufs- und Bildungsziele sowie einen Interventionsplan. Die Rehabilitand:innen werden durch Fallmanager:innen betreut, die für die Umsetzung des Rehabilitationsplans zuständig sind (vgl. dänisches

¹⁶ Näheres siehe: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Fleksjob-loentilskud-for-foertidspensionister-revalidering/ressourceforloeb-ressourceforloeb>; <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Fleksjob-loentilskud-for-foertidspensionister-revalidering/ressourceforloeb-ressourceforloeb> (Zugriff: 20.2.2016)

¹⁷ Näheres siehe: <https://krifa.dk/sygdom/revalidering> (Zugriff: 20.3.2026)

Gesetz zur aktiven Sozialpolitik § 46-69 sowie Gesetz zur aktiven Beschäftigungsförderung § 43ff).¹⁸ Neben den Kommunen und den Rehabilitationsteams zählen zu den weiteren Playern die regionalen Jobcenter, die im Auftrag der Kommunen für die Beratung von Arbeitslosen zuständig sind. Das Pensionssystem bzw. der Pensionsversicherungsträger hat im dänischen System keine zentrale Rolle im Rehabilitationsprozess (E8).

Finanzierung der beruflichen Rehabilitation

Das System der beruflichen Rehabilitation ist in Dänemark überwiegend über Steuern finanziert. Die Finanzierung übernehmen die Kommunen bzw. Gemeinden. Zudem können die A-Kassen¹⁹ bei arbeitslosen Personen auch Beiträge leisten. Aufgrund der reformbedingten budgetären Einsparungen werden zukünftig die finanziellen Mittel und Leistungen für die berufliche Rehabilitation deutlich reduziert (E8; näheres siehe unten).

Zugang und Zugangsvoraussetzungen

Der Zugang zur Rehabilitation in Dänemark erfolgt in erster Linie über die Kommunen/Gemeinden, wobei auch die Jobcenter auf diese verweisen können (E8). Voraussetzung für den Zugang ist, dass die Arbeitsfähigkeit einer Person dauerhaft oder erheblich eingeschränkt ist, sodass der Lebensunterhalt nicht bestritten werden kann und die Einschränkung nicht allein durch die allgemeinen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen kompensiert werden kann (vgl. § 46 des dänischen Gesetzes zur aktiven Sozialpolitik).

Ein Anspruch auf Rehabilitation besteht nicht automatisch. Vielmehr prüft die Gemeinde im Rahmen einer individuellen Bedarfsfeststellung, ob Rehabilitationsmaßnahmen geeignet, notwendig und zielführend sind. Zentrale Voraussetzung ist, dass eine realistische Aussicht auf eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt besteht. Vor der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen müssen in der Regel andere Maßnahmen der aktiven Beschäftigungspolitik ausgeschöpft worden sein. Erst wenn diese nicht ausreichen, um die Erwerbsfähigkeit nachhaltig zu sichern, kann Rehabilitation eingesetzt werden (vgl. § 142 Gesetz zur aktiven Beschäftigungsförderung).

Die Entscheidung über den Zugang zur Rehabilitation erfolgt in einem interdisziplinären Rehabilitationsteam. Grundlage bildet eine umfassende Einschätzung der gesundheitlichen, beruflichen und sozialen Situation der betroffenen Person. Das Beschäftigungsziel und die dafür erforderlichen Maßnahmen werden in einem Rehabilitationsplan festgehalten (vgl. § 47 des dänischen Gesetzes zur aktiven Sozialpolitik). Bestimmte Qualifikationen oder Einkommenseinbußen gelten in Dänemark nicht als Zugangsvoraussetzungen.

¹⁸ vgl. auch <https://www.cabiweb.dk/lovstof/rehabiliteringsteam/>; STAR 2025

¹⁹ A-Kassen in Dänemark sind freiwillige Arbeitslosenversicherungen, die bei Jobverlust Arbeitslosengeld auszahlen. Nähere Beschreibung siehe Box „Besonderheiten im System“.

Rolle der Sekundärprävention

Krankengeld („sygedagpenge“) ist in Dänemark im Gesetz zur Regelung des Krankengeldes („sygedagpengeloven“) geregelt. Krankengeld wird von der Arbeitgeberin/vom Arbeitgeber für die ersten 30 Tage bezahlt, sofern die Person mindestens acht Wochen mit mindestens 74 Stunden dort beschäftigt ist. Innerhalb von vier Wochen nach dem ersten Krankheitstag muss die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber ein persönliches Gespräch („Sygefraværsamtale“) über die Rückkehr an den Arbeitsplatz führen. Wird erwartet, dass eine Rückkehr auch nach acht Wochen nicht möglich ist, kann ein Wiedereingliederungsplan zwischen Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:in erstellt werden. Der Plan ist aber nicht verpflichtend und kann von Arbeitgeber:innen auch abgelehnt werden (vgl. § 6ff des dänischen Gesetzes zur Regelung des Krankengeldes).²⁰

Nach Auslaufen der 30 Tage wird das Krankengeld von der zuständigen Gemeinde bzw. Kommune übernommen, wenn gesetzliche Beschäftigungskriterien erfüllt sind, und kann bei andauernder Erkrankung in der Regel bis zu 22 Wochen innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten gewährt werden. Ausbezahlt wird es allerdings vom Arbeitgeber/der Arbeitgeberin, der/die sich dies von der Kommune zurückerstatten lassen muss (vgl. Sander et al. 2018, S. 28). Bei länger andauernder Krankheit prüft die Kommune gegebenenfalls den Übergang zu anderen Leistungen, wie Arbeitslosengeld oder beruflicher Rehabilitation (vgl. § 7f des dänischen Gesetzes zur Regelung des Krankengeldes).²¹

Während des Krankengeldbezugs überwacht die Kommune den Krankheitsverlauf und führt laufende Nachverfolgungsgespräche (Follow-up) durch. Dabei wird geprüft, ob und in welchem Umfang die Person ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen kann, und es werden frühzeitig Maßnahmen eingeleitet, um die Rückkehr in die Arbeit zu unterstützen. Dazu gehören z.B. Teilzeit-Rückkehr, Anpassung der Arbeitsbedingungen, Zusammenarbeit mit Arbeitgeber:in und behandelnden Ärzten sowie, falls nötig, Unterstützung durch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen oder Qualifizierung. Die Teilnahme an diesen Gesprächen und Maßnahmen ist verpflichtend, um Leistungen beziehen zu können (vgl. §8f des dänischen Gesetzes zur Regelung des Krankengeldes).

Die Kommune bewertet systematisch, ob und in welchem Umfang die Person ihre Arbeitsfähigkeit wiedererlangen kann, und initiiert frühzeitig Maßnahmen, die die Rückkehr in die Arbeit unterstützen. Dazu gehört insbesondere die Verpflichtung der Betroffenen, an Follow-up-Gesprächen teilzunehmen, bei denen gemeinsam geprüft wird, ob eine schrittweise Rückkehr (zum Beispiel Teilzeit-Rückkehr) oder eine Anpassung der Arbeitsbedingungen möglich ist, und wie die Zusammenarbeit mit Arbeitgeber:in und behandelnden Ärztinnen/Ärzten gestaltet werden kann (vgl. § 8f dänisches Gesetz zur Regelung des Krankengeldes).

²⁰ Näheres siehe: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/syge-dagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager> (Zugriff: 20.3.2026)

²¹ Näheres siehe: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/syge-dagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager> (Zugriff: 20.3.2026)

Auch nach der Übernahme des Krankengeldbezugs durch die Gemeinde bleibt das Arbeitsverhältnis mit der Arbeitgeberin/dem Arbeitgeber bestehen, bis es beendet oder gekündigt wird. Ein gesetzlicher Kündigungsschutz während der Krankheit besteht nicht. Kündigungen sind möglich und richten sich nach den individuellen Arbeits- oder Tarifverträgen²².

Durch die Beschäftigungsreform wird den Kommunen ein stärkerer Handlungsspielraum bei der Nachverfolgung während des Krankengeldbezuges ermöglicht. Dazu werden 13 Pilotprojekte umgesetzt, um neue Methoden und Arbeitsabläufe zu entwickeln und zu testen. Auf diese Weise sollen die Krankengeldbezieher:innen gezielter unterstützt werden.²³

Hintergrundinfos: Flexicurity, Dezentralisierung und freiwillige Arbeitslosenversicherung

Flexicurity

Eine Besonderheit des dänischen Systems ist das Flexicurity-Modell, das aus den drei Säulen 1) flexible Arbeitsmärkte (geringer Kündigungsschutz – „easy hire and fire“), 2) hohe Arbeitslosenentschädigung und 3) ausgeprägte Arbeitsmarktpolitik besteht (vgl. Ilsøe & Larsen 2023; OECD 2016).

Das dänische Flexicurity-System wurde auf europäischer Ebene oftmals als Vorzeigemodell betrachtet, gleichzeitig wurde – gerade in den deutschsprachigen Ländern – auch Kritik am System geübt und keine oder kaum eine Übertragbarkeit des dänischen Modells für möglich gehalten (vgl. E8, Peter 2007; Tichy 2014). Ein wesentlicher Eckpfeiler des dänischen Systems sind die relativ hohen Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik (OECD 2016; Bredgaard 2025), die allerdings durch die aktuelle Beschäftigungsreform deutlich gekürzt werden. Die aktuelle Entwicklung in Dänemark weist somit auf eine Reduktion dieser zentralen Säule von Flexicurity hin.

Dezentralisierung

Eine weitere Besonderheit in Dänemark ist die starke Dezentralisierung und die Rolle der Kommunen bzw. Gemeinden, die durch die Kommunalreform im Jahr 2007 eine stärkere Rolle bei der Unterstützung für Arbeitslose aber auch für Sozialhilfebezieher:innen erhielten. Damals wurden regionale Jobcenter eingerichtet, die für die Beratung und Unterstützung bei der Arbeitssuche primär zuständig sind. Die Kommunalisierung erfolgte unter strenger staatlicher Aufsicht und Steuerung (vgl. Bredgaard 2025). Dies beinhaltete auch einen hohen Grad der Bürokratisierung, was letztlich auch ein ausschlaggebender Punkt für die aktuelle Beschäftigungsreform war, in der die verpflichtenden regionalen Jobcenter abgeschafft werden und die Gemeinden bzw. Kommunen einen noch stärkeren Verantwortungsbereich erhalten (vgl. E8).

²² Näheres siehe: https://www.oresunddirekt.se/en/working-in-denmark/working-in-denmark/sick-leave-and-sickness-benefits-in-denmark/?utm_source=chatgpt.com; <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Dagpenge-kontanthjaelp-og-sygedagpenge/sygedagpenge/Sygedagpenge-hvis-du-er-loenmodtager> (Zugriff: 20.3.2026)

²³ Näher siehe: <https://star.dk/da/implementering/beskaeftigelsesreform/sygedagpenge> (Zugriff: 20.3.2026)

Für die strategische Ausrichtung und Steuerung der Arbeitsmarktpolitik ist die Agentur für Arbeitsmarkt und Rekrutierung (STAR – Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutering) zuständig, welche das Arbeitsministerium unterstützt. STAR gibt zentrale Strategien und Zielsetzungen vor und unterstützt und berät die kommunalen Jobcenter (vgl. OECD 2025b und STAR 2025).²⁴

Freiwillige Arbeitslosenversicherung („A-Kasse“)

In Dänemark ist die Arbeitslosenversicherung, anders als in Österreich, eine freiwillige Versicherung. Um gegen Arbeitslosigkeit in Dänemark versichert zu sein, muss man Mitglied bei einer der 21 Arbeitslosenkassen („A-Kasse“) sein. Dabei handelt es sich um private gemeinnützige Einrichtungen, die vom Staat unterstützt werden. Die Mitgliedschaft ist mit einem monatlichen Beitrag verbunden. Anspruch auf Arbeitslosengeld („Dagpenge“) besteht, wenn zumindest eine einjährige Mitgliedschaft bei einer A-Kasse gegeben ist und bestimmte Erwerbseinkommen in den letzten drei Jahren erzielt wurden. Zudem muss sich bei einem der insgesamt 98 regionalen Jobzentren angemeldet werden²⁵ (OECD 2024, S. 8f). Das Arbeitslosengeld beträgt durchschnittlich 90% des letzten Einkommens und wird bis zu 2 Jahre ausgezahlt (OECD 2024, S. 8).

Laut OECD (2024, S. 27) waren im Jahr 2024 rund 70% der Beschäftigten Mitglied einer A-Kasse und arbeitslosenversichert. Jene Personen, die nicht bei einer A-Kasse Mitglied sind, und Anspruch auf Arbeitslosengeld (Dagpenge) haben, erhalten im Falle von Arbeitslosigkeit „Kontanthjælp“, das die letzte Stütze im sozialen System in Dänemark – ähnlich der Sozialhilfe in Österreich – ist²⁶.

²⁴ Näheres siehe: <https://star.dk/en/about-the-danish-agency-for-labour-market-and-recruitment> (Zugriff: 20.3.2026)

²⁵ Nähere Informationen finden sich auf der Website der A-Kassen, die die Informationen auch in deutscher Sprache anbieten. https://www.a-kasser.dk/arbejdsloeskassen/?srsltid=AfmBOopTy1yD_qSboolMltoNkf7LSbGTuZjhufAhytVsHUuPD6m4gzbX; englische Informationen zur Arbeitslosenversicherung finden sich hier: https://lifeindenmark.borger.dk/working/work-rights/unemployment-benefits?utm_source=chatgpt.com Zudem gibt es ausführliche Informationen im nationalen Bürgerportal: <https://www.borger.dk/arbejde-dagpenge-ferie/Arbejdsloeshed/Arbejdsloeshedsdagpenge> (Zugriff: 20.3.2026)

²⁶ Nähere siehe: <https://bm.dk/satser/satser-for-2025/kontanthjaelp> (Zugriff: 20.3.2026)

Hintergrundinfo: Beschäftigungsreform 2025 – „Reform af beskæftigelsesindsatsen“

Mit 9. April 2025 wurde eine sehr umfassende Beschäftigungsreform in Dänemark beschlossen, die auf eine starke Vereinfachung und Entbürokratisierung der aktiven Arbeitsmarktpolitik abzielt und öffentliche Ausgaben deutlich reduzieren soll.²⁷

Die Vereinbarungen zur Beschäftigungsreform werden in zwei Phasen umgesetzt, wobei die erste Phase mit 1. Februar bzw. 1 Juli 2026 und die 2. Phase mit 1. Januar 2027 in Kraft tritt.²⁸

Die Reform bewirkt eine starke Veränderung des Systems der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Dänemark. Ein zentraler Reformpunkt betrifft die Abschaffung der verpflichtenden regionalen Jobcenter, stattdessen sollen die Gemeinden bzw. Kommunen eine noch stärkere Rolle und mehr Handlungsspielraum bei der Unterstützung der Beschäftigungsförderung erhalten. Allerdings haben sich einige Kommunen (z.B. Kopenhagen²⁹) entschieden, die Jobcenter zu behalten, da dies ihrem Handlungsspielraum obliegt (E8).

Ein weiterer wesentlicher Reformpunkt betrifft die Reduktion der verpflichtenden Termine bei den Jobcentern bzw. der Arbeitsvermittlung. Unterstützungsmaßnahmen sollen sich stärker an die Bedarfe der Personen richten und diesen sollen auch mehr Freiheiten gewährt werden. Dazu beinhaltet die Reform Experimente, in denen ausgewählten Arbeitslosengeldempfänger:innen in den ersten vier Monaten eine größere Eigenverantwortung übertragen wird, u.a. können sie sich aussuchen, ob sie Kontakt zu Gemeinden, zur Arbeitslosenversicherung oder aufnehmen.³⁰

Das bisherige System der beruflichen Rehabilitation (Revalidering) und der Großteil der Maßnahmen wird abgeschafft, stattdessen soll eine langfristige Weiterbildung durch individuell geplante Maßnahmen im Beschäftigungs- oder im regulären Bildungssystem erfolgen.³¹ Die „flexjobs“ sollen jedoch als wesentlicher Bestandteil der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Dänemark weiterhin beibehalten werden (E8).

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Studie kann zu den konkreten reformbedingten Änderungen und Folgewirkungen noch nichts näher konkretisiert werden. Allerdings kann festgehalten werden, dass eine zentrale Säule des dänischen Flexicurity-Systems, die gut ausgebaute aktive Arbeitsmarktpolitik, reduziert wird (E8).

²⁷ Näheres siehe: <https://bm.dk/arbejdsomraader/aktuelle-fokusomraader/reform-af-beskaeftigelsesindsatsen>; https://www.nordiskpost.com/2025/04/14/denmark-employment-reform-municipalities/?utm_source=chatgpt.com (Zugriff: 20.3.2026)

²⁸ Näheres zum Inkrafttreten der jeweiligen Phasen und Gesetze siehe: <https://star.dk/implementering/beskaeftigelsesreform/proces>

²⁹ Näheres siehe: <https://cphpost.dk/2025-08-14/business-education/career/copenhagen-to-keep-jobcenters/> (Zugriff: 20.3.2026)

³⁰ Näheres siehe: <https://bm.dk/arbejdsomraader/aktuelle-fokusomraader/reform-af-beskaeftigelsesindsatsen>; <https://star.dk/implementering/beskaeftigelsesreform/spoergsmaal-og-svar-om-reformen>; <https://star.dk/om-styrelsen/nyt/nyheder/2025/12/kommuner-som-skal-indgaa-i-beskaeftigelsesreformens-to-forsoeg> (Zugriff: 20.3.2026)

³¹ Näheres siehe: <https://star.dk/implementering/beskaeftigelsesreform/spoergsmaal-og-svar-om-reformen> (Zugriff: 20.3.2026)

4. Berufliche Rehabilitation im Ländervergleich

Aufbauend auf den in Kapitel 3 dargestellten Länderprofilen sowie den Erkenntnissen aus den Expert:innen-Interviews wird im folgenden Abschnitt ein Vergleich zentraler System-Elemente der beruflichen Rehabilitation durchgeführt. Die Analyse orientiert sich dabei am österreichischen System und zielt darauf ab, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den betrachteten Vergleichsländern herauszuarbeiten, um mögliche Entwicklungsfelder für Österreich sichtbar zu machen.

Dabei gilt es zu beachten, dass ein direkter Vergleich einzelner Maßnahmen oder Systembestandteile nur eingeschränkt möglich ist. Die berufliche Rehabilitation ist in jedem Land anders organisiert und in unterschiedliche soziale, arbeitsmarkt- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen eingebettet. Diese unterscheiden sich in ihren Strukturen, ihrer historischen Entwicklung und ihren Zielsetzungen. Daher lassen sich einzelne Elemente nicht ohne Weiteres auf andere Länder übertragen, sondern müssen immer im jeweiligen Gesamtkontext betrachtet werden.

Der Ländervergleich versteht sich daher nicht als Bewertung, sondern als Orientierungshilfe dafür, welche Ansätze, Mechanismen oder Strukturen in anderen Systemen potenziell relevante Anknüpfungspunkte für Weiterentwicklungen im österreichischen Kontext darstellen könnten.

Bevor die zentralen Systemelemente betrachtet werden, gibt Kapitel 4.1 einen Überblick über die jeweiligen Ländern entlang von ausgewählten Indikatoren wie z.B. Wohlfahrtsstaatsmodelle, Pensionssystem sowie zur Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit. Dies soll dabei helfen, die späteren Vergleiche besser einordnen zu können.

4.1 Ausgewählte Indikatoren

Im nachfolgenden Kapitel werden ausgewählte arbeitsmarktbezogene Indikatoren sowie Daten zur Arbeitslosigkeit dargestellt. Ergänzend werden zentrale Kontextinformationen, darunter das Wohlfahrtsstaatsmodell, die Zahl an Einwohner:innen und das Bruttoinlandsprodukt der betrachteten Länder, gegeben. Tabelle 9 enthält eine Übersicht über die Indikatoren, die in weiterer Folge näher erläutert werden.

Tabelle 9: Ausgewählte Kontextfaktoren im Ländervergleich

Länder	Ö	D	CH	NL	DK
Wohlfahrtsstaatsmodell	konservativ-korporatistisch	konservativ-korporatistisch	liberal	hybrid	sozialdemokratisch
Einwohner:innenzahl (in Tausend, absolut)	9.197	83.577	9.067	18.044	5.993
Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (Euro)	45.140	43.110	82.650	50.880	58.160
Pensionsantrittsalter					
Pensionsantrittsalter Männer - gesetzlich	65	66,2	65	67	67
Pensionsantrittsalter Männer - tatsächlich	62,7	64,2	64,2	65	66,3
Pensionsantrittsalter Frauen - gesetzlich	60,5	66,2	64	67	67
Pensionsantrittsalter Frauen - tatsächlich	61,2	63,9	64,5	64,7	63,5
Erwerbstätigkeit					
Erwerbstätige (15- bis 64-Jährige, in Tausend, absolut)	4.395	40.924	4.669	9.413	2.920
Erwerbstätigenquote (15- bis 64-Jährige, in %)	74,1	77,5	80,4	82,3	77,2
Teilzeitquote (15- bis 64-Jährige, in %)	30,5	29,1	39,5	42,2	26,9
Disability employment gap in %-Punkten	20,7	22	13,3	20,9	26,1
Arbeitslosigkeit					
Arbeitslosenquote in % (15- bis 64-Jährige, in %)	5,2	3,4	4,4	3,7	6,4
Arbeitslosenquote Menschen mit Behinderung (15- bis 64-Jährige, in %)	9,3	5,7	6,2	5,5	8,2
Anteil OLF von Menschen mit Behinderung (15- bis 64-Jährige, in %)	40,3	35,7	26,5	35,6	40

Quelle: Einwohner:innenzahl, BIP und Arbeitsmarktindikatoren Eurostat-Daten, Pensionsantrittsalter OECD-Daten
Anmerkung: Stand 2024, Einwohner:innenzahl Stand Jänner 2025; Arbeitsmarktindikatoren nach ILO-Konzept

Wohlfahrtsstaatsmodelle

Die einzelnen Länder lassen sich unterschiedlichen Wohlfahrtsstaatsmodellen zuordnen. Deutschland und Österreich sind den konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaatsmodellen nach Esping Anderson zuzuordnen. Dieses Modell ist primär auf die soziale Sicherung von Arbeitnehmenden und Familien ausgerichtet und deckt Risiken ab, die sich aus Krankheit, Invalidität und im Alter ergeben. Die Finanzierung des Sozialsystems erfolgt größtenteils über Sozialversicherungsbeiträge. Dänemark wird zumeist zu den sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatsmodellen gezählt. Diese zeichnen sich durch eine hohe Dekommodifizierung aus und charakterisieren sich durch umfassende universelle Leistungen. Die Finanzierung erfolgt überwiegend durch Steuern. Dänemark unterscheidet sich allerdings in einzelnen Elementen auch von dem klassischen „skandinavischen“ Modell. Beispielsweise ist in Dänemark ein deutlich höherer Anteil

an Leistungen bedarfsgeprüft als in anderen skandinavischen Systemen. Die Schweiz wird dem liberalen Wohlfahrtsstaatsmodell zugeordnet, wobei auch Elemente anderer Wohlfahrtsstaatstypen stark ausgeprägt sind. Ähnlich verhält es sich mit den Niederlanden, die ebenfalls stärker liberal ausgeprägt ist. Diese wird in neuerer Literatur auch als hybrides Konstrukt eingeordnet, das sowohl liberale Elemente, also einen marktwirtschaftlichen Fokus aufweisen als auch sozialdemokratische und konservative Elemente vereinen. (vgl. Lupa 2025)

Pensionsantrittsalter

Bei der Betrachtung der Gegenüberstellung des gesetzlichen und tatsächlichen Pensionsantrittsalters³² für die ausgewählten Länder für das Jahr 2024 (siehe Tabelle 9) wird deutlich, dass Österreich im Vergleich zu den anderen Ländern ein niedrigeres gesetzliches und tatsächliches Pensionsantrittsalter aufweist. Ausnahme ist das gesetzliche Pensionsantrittsalter der Männer, das in Österreich mit 65 Jahren gleich hoch ist wie in der Schweiz.

Beim tatsächlichen Pensionsantrittsalter liegt Österreich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen niedriger als die anderen ausgewählten Länder und auch niedriger als der OECD-Schnitt (Männer: 64,7; Frauen 63,6). Dänemark weist mit 66,3 Jahren das höchste tatsächliche Pensionsantrittsalter bei den Männern auf. Das höchste tatsächliche Pensionsantrittsalter bei den Frauen hingegen ist in den Niederlanden (64,7 Jahre) und in der Schweiz (64,5 Jahre) gegeben.

Das gesetzliche Pensionsantrittsalter wird in den meisten betrachteten Ländern stufenweise angehoben. In Österreich wird das Pensionsantrittsalter der Frauen ebenfalls schrittweise angehoben, so dass es im Jahr 2033 bei 65 Jahren liegt (BMASGPK 2025, S. 22). Auch in der Schweiz wird das Pensionsantrittsalter der Frauen ab 2024 schrittweise auf das der Männer (65 Jahre) angeglichen. In Deutschland wird das Regelpensionsantrittsalter sowohl für Männer als auch für Frauen bis 2031 auf 67 Jahre angehoben. In Dänemark und in den Niederlanden ist das Pensionsantrittsalter an die Lebenserwartung geknüpft und wird schrittweise für Frauen und Männer angehoben. In Dänemark soll dieses bis 2040 auf 70 Jahre erhöht werden (OECD 2025a). In den Niederlanden wird durch das Amt für Statistik jedes Jahr die Lebenserwartung ermittelt und dementsprechend wird das Pensionsantrittsalter schrittweise erhöht. Ab 2028 wird das Pensionsantrittsalter auf 67 Jahre und 3 Monaten erhöht.³³

Erwerbstätigkeit

Die Erwerbstätigenquote nach ILO-Konzept ist in den fünf betrachteten Ländern zum Stand 2024 ähnlich ausgeprägt, wobei die Niederlande mit 82,3% die höchste und Österreich mit 74,1% die vergleichsweise geringste Erwerbstätigenquote aufweist. Bezüglich der Teilzeitquote stechen insbesondere die Niederlande mit der höchsten

³² „labour market exit age“ laut der OECD-Definition zum Stand 2024

³³ Näheres siehe: https://www.cbs.nl/en-gb/news/2024/26/population-outlook-2050-more-residents-born-outside-the-netherlands/state-pension-age?utm_source=chatgpt.com

Teilzeitquote (42,3%) hervor, wobei auch die Schweiz mit 39,5% eine vergleichsweise hohe Teilzeitquote aufweist. Die geringste Teilzeitquote weist Dänemark mit 26,9% auf, Österreich liegt bei 30,5% (siehe Tabelle 9).

Arbeitslosigkeit

Bei der Betrachtung der allgemeinen Arbeitslosenquote nach ILO-Konzept mit Stand 2024 wird deutlich, dass Deutschland (3,4%) und die Niederlande (3,7%) die niedrigste Rate aufweisen und Dänemark mit 6,4% die höchste. Österreich hat mit 5,2% die zweithöchste von den fünf betrachteten Ländern (siehe Tabelle 9).

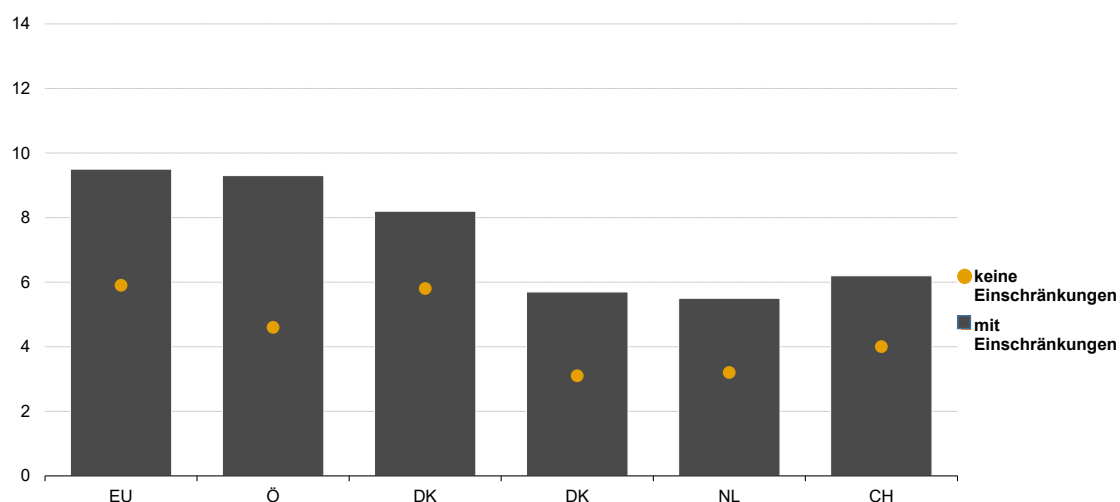
Beschäftigungssituation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen/ Behinderung

Als weiterer Indikator werden die Eurostat-Statistiken zu gesundheitlichen Einschränkungen bzw. Behinderung (Disability) herangezogen. Gesundheitliche Einschränkungen werden durch Selbsteinschätzungen erhoben, indem abgefragt wird, ob die Personen in den letzten sechs Monaten, durch ein Gesundheitsproblem bei den Aktivitäten, die Menschen normalerweise ausüben, eingeschränkt waren. Dabei wird zwischen geringfügigen/teilweisen Einschränkungen („some limitation“) und starken Einschränkungen („severe limitation“) sowie keinen Einschränkungen unterschieden. Basierend auf dieser Definition weist Eurostat verschiedene Indikatoren zur Arbeitsmarktintegration von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen aus.

Der „**disability employment gap**“ misst den Unterschied zwischen der Erwerbstätigenquote von Menschen mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen. Sichtbar wird, dass die Erwerbstätigenquote von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in allen betrachteten Ländern deutlich niedriger ist als bei Personen ohne Einschränkungen. Dieser Gap ist mit 13,3 Prozentpunkten in der Schweiz am geringsten und mit 26,1 Prozentpunkten in Dänemark am höchsten. Für Österreich beträgt der Unterschied in der Erwerbstätigenquote von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen 20,6 Prozentpunkte.

Diese Unterschiede in der Arbeitsmarktpositionierung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen werden auch in der Betrachtung der **Arbeitslosenquote** deutlich (siehe Abbildung 4), die in den betrachteten Ländern und im EU-Schnitt höher ausfällt als bei Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen. Österreich weist die höchste Arbeitslosenquote für diese Zielgruppe in den fünf betrachteten Ländern auf (9,3%), gefolgt von Dänemark (8,2%). Hinzu kommt, dass in Österreich auch die größte Differenz bei der Arbeitslosenquote von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und der Arbeitslosenquote von Menschen ohne gesundheitliche Einschränkungen gegeben ist (4,7 Prozentpunkte). In den anderen Ländern beträgt dieser Unterschied zwischen 2,2 Prozentpunkten in der Schweiz und 2,6 Prozentpunkten in Deutschland und fällt somit geringer aus als in Österreich.

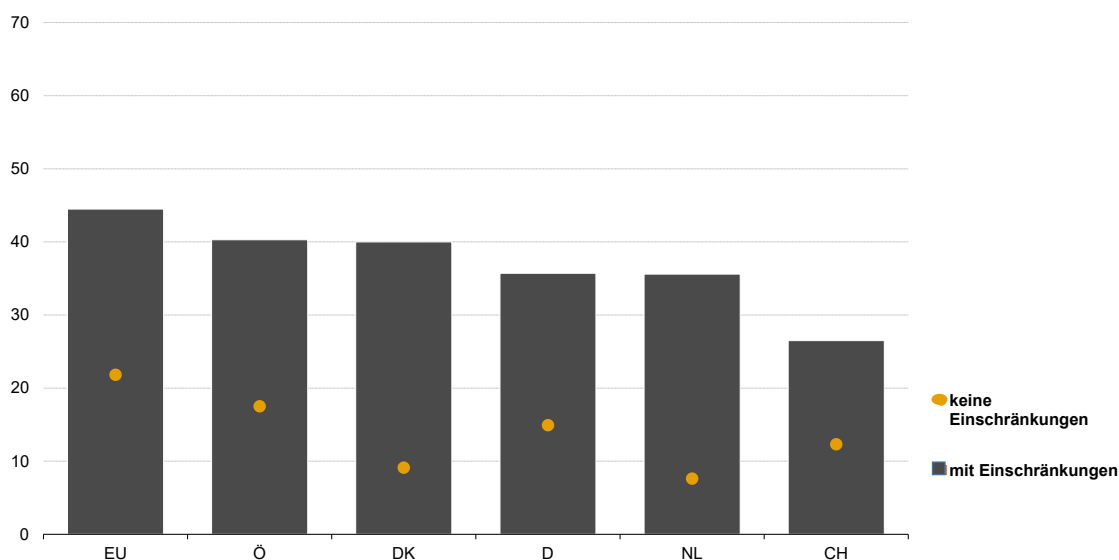
Abbildung 4: Arbeitslosenquote 15- bis 64-Jährige nach Grad der Behinderung, 2024, in %



Quelle: Eurostat Disability-Statistics, angepasste Darstellung

Als weiterer Indikator wird der Anteil von Personen, die nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen und somit der Gruppe „**Out of labour force**“ (OLF) zugerechnet werden, dargestellt. Bei diesem Indikator wird das höhere Exklusionsrisiko von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen am Arbeitsmarkt sehr deutlich. Im EU-Schnitt beträgt der Anteil an „Out of labour force“ bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen für das Jahr 2024 insgesamt 44,5%, was mehr als doppelt so hoch ist, wie bei Personen ohne gesundheitliche Einschränkungen (21,8%) (siehe Abbildung 5). Der Anteil von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in „Out of labour force“ ist in den betrachteten Ländern mit Ausnahme der Schweiz, die mit 26% den geringsten Anteil hat, auf einem ähnlichen Niveau und liegt etwas unter dem EU-Schnitt. Österreich und Dänemark haben mit jeweils 40% die höchsten OLF-Anteile der betrachteten fünf Länder. Die größten Differenzen bei den OLF-Anteilen zwischen Personen mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen weisen Dänemark (Unterschied von 30,9 Prozentpunkten) und die Niederlande (Unterschied von 28,0 Prozentpunkten) auf.

Abbildung 5: Anteil „Out of labour Force“ (OLF) 15- bis 64-Jährige nach Grad der Behinderung, 2024, in %



Quelle: Eurostat Disability-Statistics, angepasste Darstellung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die betrachteten Länder unterschiedliche Wohlfahrtsstaatsmodelle aufweisen und diese auch die Absicherung von Gesundheit, Alter und Arbeitslosigkeit unterschiedlich organisieren. Diese systematischen Hintergründe sind bei der Betrachtung der einzelnen Elemente des Systems der beruflichen Rehabilitation in weiterer Folge von hoher Relevanz.

Auf Basis der betrachteten Arbeitsmarktindikatoren lassen sich keine klaren Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der Systeme der beruflichen Rehabilitation bzw. des „Return to Work“ ziehen. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass weitere Kontextfaktoren die Arbeitsmarktindikatoren beeinflussen. Dazu zählen insbesondere die wirtschaftliche Entwicklung oder demografische Faktoren. Diese Aspekte wurden in der vorliegenden Studie jedoch nicht näher aufgearbeitet.

Mit Blick auf Österreich lässt sich festhalten, dass im Jahr 2024 eine etwas geringere allgemeine Erwerbstätigkeit und etwas höhere Arbeitslosenquote gegeben ist, als es in den vier anderen betrachteten Ländern der Fall ist. Zudem fällt auch die Arbeitslosenquote von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen am höchsten aus.

4.2 Gesetzliche Hauptgrundlage

In einem ersten Schritt wurde analysiert, wie berufliche Rehabilitation bzw. verwandte Konzepte in den jeweiligen Ländern gesetzlich definiert sind und auf welcher gesetzlichen Hauptgrundlage diese beruhen.

Der Begriff „Rehabilitation“ bzw. „berufliche Rehabilitation“ wird neben Österreich auch in Dänemark („Rehabilitering“ – Rehabilitation) verwendet. In den Niederlanden wird stärker von „Re-integratie“ gesprochen, was Wiedereingliederung in einem breiteren Sinne meint – berufliche Rehabilitation umfasst dabei nur einen Teil dieses Prozesses. In Deutschland wird zumeist der Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ verwendet (insbesondere im Gesetz), wobei in der Praxis auch der synonyme Begriff der beruflichen Rehabilitation verwendet wird. In der Schweiz entspricht das Konzept der beruflichen Eingliederung dem österreichischen Verständnis von beruflicher Rehabilitation. In der Begriffsverwendung in den Ländern werden bereits Unterschiede deutlich, die auf eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung hinweisen. Insbesondere wird auf einen teils breiteren Ansatz mit Fokus auf beruflicher Wiedereingliederung insbesondere in der Schweiz und in den Niederlanden deutlich.

Tabelle 10: Bezeichnung und gesetzliche Hauptgrundlage beruflicher Rehabilitation – Ländervergleich

Land	Bezeichnung	Gesetzliche Hauptgrundlage
Ö	„Berufliche Rehabilitation“	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
D	„Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben“	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)
CH	„Berufliche Eingliederung“	<ul style="list-style-type: none"> • Invalidenversicherungsgesetz (IVG)
NL	„Re-integratie“ (Re-Integration)	<ul style="list-style-type: none"> • „Wet Verbetering Poortwachter“ (Gatekeeper-Gesetz) • „Wet verlenging uitbetaling inkomen“ (Gesetz zur Verlängerung der Lohnfortzahlung) • „et werk en inkomen naar arbeidsvermogen“ (Gesetz über Arbeit und Einkommen entsprechend des Arbeitsvermögens/ der Arbeitsfähigkeit)
DK	„Rehabilitering“ (Rehabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> • „lov om en aktiv beskæftigelsesindsats“ (Gesetz zur aktiven Beschäftigungsförderung) • „Lov om aktiv socialpolitik“ (Gesetz zur aktiven Sozialpolitik)

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der erstellten Länderprofile (Kapitel 3)

Hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen lässt sich festhalten, dass berufliche Rehabilitation in allen fünf betrachteten Ländern **als Querschnittsmaterie** ausgestaltet ist. Die relevanten Bestimmungen sind jeweils auf mehrere Gesetze verteilt und betreffen unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche.³⁴

Gleichzeitig zeigen sich deutliche Unterschiede im Grad der Zentralisierung bzw. der Fragmentierung sowie bei der Detaillierung der gesetzlichen Grundlagen. Besonders hervorzuheben ist Deutschland, wo mit dem Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) eine zentrale gesetzliche Regelung zur „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ besteht. In dieser sind viele Aspekte sehr umfassend beschrieben (z.B. Begriffsbestimmungen, übergeordnete Leistungsgruppen, Koordinierung von Leistungen, detaillierte Beschreibung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Dieses Gesetz bildet somit eine maßgebliche Grundlage für die berufliche Rehabilitation. Gleichzeitig weisen die interviewten deutschen Expert:innen (E3, E4) darauf hin, dass die Gesetzeslage dennoch auch in Deutschland fragmentiert ist, da viele Aspekte in den einzelnen Leistungsgesetzen der jeweiligen Leistungsträger geregelt sind.

Auch die Schweiz verfügt mit dem Invalidenversicherungsgesetz (IVG) über eine zentrale und umfassende Rechtsgrundlage. Die berufliche Eingliederung stellt dort eine Kernaufgabe der Invalidenversicherung dar und ist entsprechend systematisch im Gesetz verankert.

Demgegenüber existiert in Österreich keine vergleichbar zentrale gesetzliche Grundlage zur beruflichen Rehabilitation. Die einschlägigen Regelungen finden sich vorrangig im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), das die Pflichtversicherung in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung regelt. Konkrete Bestimmungen zur beruflichen Rehabilitation ergeben sich insbesondere aus den Zuständigkeitsbereichen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und der Pensionsversicherungsanstalt (PVA). Im Vergleich zu Deutschland und der Schweiz fallen diese Regelungen jedoch weniger umfassend und weniger detailliert aus.

In Dänemark ist die berufliche Rehabilitation Aufgabe der aktiven Arbeitsmarktpolitik und in entsprechenden Gesetzen zur aktiven Beschäftigungsförderung („lov om en aktiv beskæftigelsesindsats“) und Sozialpolitik („Lov om aktiv socialpolitik“) verankert. In den Niederlanden gibt es ebenfalls kein einzelnes Rehabilitationsgesetz, vielmehr gibt es mehrere rechtliche Grundlagen, die den gesamten Prozess der Wiedereingliederung regeln. Dabei liegt der Schwerpunkt der gesetzlichen Regelungen stärker auf der Verantwortung der Arbeitgeber:innen sowie auf frühzeitigen Interventionsmaßnahmen bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit (geregelt durch das Gatekeeper-Gesetz). Regelungen zu Arbeitsunfähigkeit, Einkommenssicherung und Leistungen der beruflichen Rehabilitation für langfristig (mehr als zwei Jahre) erkrankte Personen sind in einem eigenen Gesetz geregelt (WIA – „Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen“).

³⁴ Nachfolgend wird auf die gesetzlichen Hauptgrundlagen eingegangen, die weiteren gesetzlichen Grundlagen sind den jeweiligen Länderprofilen (siehe Kapitel 3) zu entnehmen.

In der Zusammenschau zeigt sich, dass die Systeme der beruflichen Rehabilitation in ihrem Umfang, ihrer Systemlogik und ihrer gesetzlichen Verankerung teils deutlich voneinander abweichen. Während Deutschland und die Schweiz über stark zentralisierte Rechtsgrundlagen verfügen, sind diese in Österreich fragmentierter und stärker im Sozialversicherungsrecht zu finden. In Dänemark ist berufliche Rehabilitation Teil der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In den Niederlanden wird sich stärker an betriebsnahen Logiken orientiert, in denen frühe Interventionen und Pflichten von Arbeitgeber:innen eine zentrale Rolle spielen. Diese Unterschiede spiegeln nicht nur unterschiedliche gesetzliche Traditionen wider, sondern auch die jeweiligen institutionellen Zuständigkeiten, auf die in weiterer Folge eingegangen wird.

4.3 Hauptakteur:innen

Bei den Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation zeigt der Ländervergleich teils Parallelen einzelner Länder zu Österreich, teils aber deutliche Unterschiede. Die nachfolgende Darstellung fokussiert auf die Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation. Weitere beteiligte Institutionen werden in den jeweiligen Länderprofilen näher behandelt (siehe Kapitel 3).

Tabelle 11: Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation – Ländervergleich

Land	Hauptakteur:innen
Ö	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmarktservice (AMS) • Pensionsversicherungsanstalt (PVA) • Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesagentur für Arbeit (BA) • Deutsche Rentenversicherung (DRV) • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
CH	<ul style="list-style-type: none"> • Invalidenversicherung (IV) • regionale IV-Stellen • Unfallversicherung
NL	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber:innen, Arbeitsmediziner:innen bei Wiedereingliederung in den ersten 2 Jahren eines Krankenstandes • Niederländische Sozialversicherungsagentur (UWV) nach 2 Jahren eines Krankenstandes • Reintegrationsunternehmen
DK	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der erstellten Länderprofile (Kapitel 3)

Zu den Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation zählen in **Österreich** die **Pensionsversicherungsanstalt** (PVA) und das **Arbeitsmarktservice** (AMS). Im Falle von Arbeitslosigkeit übernehmen AMS und PVA die Kosten und in der Regel erfolgt die Durchführung der konkreten Reha-Maßnahmen durch das BBRZ – das Berufliche Bildungs- und Rehabilitationszentrum. Darüber hinaus ist die **Allgemeine Unfallversicherungsanstalt** (AUVA) im Falle von Arbeitsunfällen und Berufserkrankungen zur Durchführung von beruflicher Rehabilitation gesetzlich verpflichtet. Diese Fälle nehmen in der Praxis jedoch eine quantitativ untergeordnete Rolle ein. Zudem kann das AMS auch eigenständig ohne Kooperation mit AUVA/PVA Rehabilitationsmaßnahmen durchführen, ebenso können AUVA und PVA auch Rehabilitationsmaßnahmen einleiten, unabhängig davon, ob die versicherten Personen beim AMS gemeldet sind oder nicht.

In den übrigen betrachteten Ländern – Schweiz, Dänemark und Niederlande – ist die Struktur der Hauptakteur:innen anders ausgestaltet als in Österreich und Deutschland. In der Schweiz ist die Invalidenversicherung (IV) die zentrale Akteurin für die Organisation und Finanzierung der beruflichen Eingliederung. Die konkrete Umsetzung erfolgt durch die regionalen IV-Stellen, wobei Fallmanager:innen eingesetzt werden. Die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) übernehmen eine nachrangige Rolle und werden insbesondere dann relevant, wenn Eingliederungsmaßnahmen abgeschlossen sind, jedoch keine Integration in den Arbeitsmarkt erreicht werden konnte. Darüber hinaus besteht eine Schnittstelle zur Sozialhilfe, die in der Schweiz dezentral auf Gemeinde- bzw. Stadtebene organisiert ist und für arbeitsfähige Sozialhilfebezieher:innen ebenfalls Aufgaben der Arbeitsvermittlung und Arbeitsmarktintegration übernimmt (E7).

In Dänemark liegen Organisation und Durchführung der beruflichen Rehabilitation primär in der Verantwortung der Kommunen bzw. Gemeinden. Diese setzen interdisziplinäre Rehabilitationsteams sowie Fallmanager:innen ein. Regionale Jobcenter verweisen auf die Kommunen, wenn ein Bedarf für Rehabilitation besteht. Diese werden allerdings ab 2026 durch eine aktuelle Beschäftigungsreform abgeschafft. Das Pensionsystem hat in Dänemark keine zentrale Rolle bei der beruflichen Rehabilitation.

In den Niederlanden ist die berufliche Wiedereingliederung stark durch die Verantwortung von Arbeitgeber:innen und eine frühe Intervention geprägt. In den ersten zwei Jahren eines Krankenstandes fungieren vor allem Arbeitgeber:innen als zentrale Akteur:innen bei der Wiedereingliederung nach Krankenständen. Sie sind zur Lohnfortzahlung sowie zur Planung und Umsetzung der Wiedereingliederung gemeinsam mit Arbeitsmediziner:innen und Arbeitnehmer:innen verpflichtet. Arbeitsmediziner:innen übernehmen dabei Aufgaben der Problemanalyse und der Begleitung von Betrieben und Arbeitnehmer:innen. Die niederländische Sozialversicherungsagentur (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen) ist in Zusammenhang mit der Wiedereingliederung einerseits für die Kontrolle dieses Prozesses zuständig, andererseits übernimmt sie nach diesem zweijährigen Zeitraum die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit sowie die Organisation und Finanzierung beruflicher Rehabilitation, die schließlich von privaten Reintegrationsunternehmen erbracht werden (Reintegrationsbedrijven). Zudem

können Gemeinden die Organisation und Finanzierung beruflicher Rehabilitation bei Personen ohne Beschäftigung übernehmen. In den Niederlanden ist die Rolle klassischer arbeitsmarktpolitischer Institutionen somit weniger zentral ausgeprägt als in Österreich oder Deutschland. Ebenso ist die staatliche Altersrente institutionell getrennt von anderen Versicherungsleistungen im Falle von (teilweiser) Invalidität.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die in Österreich bestehende Fragmentierung der beruflichen Rehabilitation – also die Aufteilung der Zuständigkeiten auf mehrere Akteur:innen und gesetzliche Grundlagen – in allen untersuchten Ländern in unterschiedlicher Form wiederzufinden ist. Diese institutionelle Zersplitterung wird von den Expert:innen in allen Ländern übereinstimmend als zentrale Herausforderung und als wichtiges Entwicklungsfeld benannt. Ein möglicher Ansatzpunkt, zur besseren Koordination des Rehabilitationsprozesses liefern die kontinuierliche Fallbegleitung, die in der Schweiz und in Dänemark praktiziert wird. In Deutschland wurde zum Fallmanagement im Jahr 2025 eine neue gesetzliche Regelung etabliert (SGB VI, § 13a), das eine Grundlage für die Durchführung des Fallmanagements für die Rentenversicherung in Deutschland bietet. Dieses wird aktuell auch im Rahmen von Modellprojekten getestet, in Kapitel 6.5 wird ein konkretes Beispiel näher beschrieben.

4.4 Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation

Die berufliche Rehabilitation umfasst in allen untersuchten Ländern ein breites Spektrum an Maßnahmen, die darauf abzielen, Menschen mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit die Rückkehr in das Arbeitsleben zu ermöglichen oder ihre bestehende Erwerbstätigkeit zu sichern. Der konkrete Umfang der Maßnahmen hängt dabei von den nationalen gesetzlichen Regelungen und von der jeweiligen Schwerpunktsetzung der beruflichen Wiedereingliederung ab.

In der Analyse zeigte sich zudem, dass in manchen Ländern (z.B. Deutschland, Schweiz, Dänemark) die jeweiligen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gesetzlich deutlich umfassender und detaillierter definiert und geregelt sind, als dies in Österreich der Fall ist. Nachfolgende Ausführungen beziehen sich überwiegend auf die gesetzlich definierte Regelung. In der Praxis können diese, z.B. durch bestimmte Rahmenvereinbarungen, allerdings abweichen.

In **Österreich** umfassen die gesetzlich definierten Maßnahmen insbesondere Aus- und Weiterbildung, Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen, Arbeitstraining sowie finanzielle Unterstützungen wie Arbeitsplatzanpassungen oder Lohnkostenzuschüsse für Arbeitgeber:innen. In der Praxis wird berufliche Rehabilitation häufig mit Umschulungsmaßnahmen in andere qualifizierte Berufe gleichgesetzt (vgl. E2), auch wenn das Portfolio darüberhinausgehende vorbereitende Maßnahmen und Arbeitsplatzanpassungen umfasst.

In **Deutschland** ist das Spektrum der Maßnahmen im Sozialgesetzbuch IX definiert und umfasst Ausbildung und Qualifizierung, Berufsvorbereitung, individuelle berufliche

Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung, die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit sowie Leistungen an Arbeitgeber:innen wie Ausbildungs- oder Eingliederungszuschüsse sowie Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb oder Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigungen. Auch Leistungen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich, wie etwa Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, fallen darunter. Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, sofern erforderlich. Ergänzende Leistungen wie z.B. Kraftfahrzeughilfen oder Kosten für Hilfsmittel/ Arbeitshilfen können ebenfalls in Anspruch genommen werden.

In der **Schweiz** ist berufliche Eingliederung ein umfassender Prozess, der von Frühinterventionsmaßnahmen über vorbereitende Integrationsmaßnahmen bis zur erstmaligen beruflichen Ausbildung, Umschulung und Vermittlung reicht. Maßnahmen richten sich sowohl an Arbeitslose als auch an Personen in Beschäftigung. Im Gegensatz zum österreichischen System, in dem das AMS die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit für Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen übernimmt, spielen in der Schweiz die regionalen IV-Stellen eine zentrale Rolle. Für die Umsetzung erfolgt eine kontinuierliche Fallführung durch die IV-Stellen, die sowohl Beratung, Begleitung als auch finanzielle Leistungen zur Lohnsubvention einschließt.

In **Dänemark** umfassten die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation bis zum Inkrafttreten der Reform ab dem 1. Februar 2026 ein ähnliches Spektrum, wie in der Schweiz. Dazu zählten vorgelagerte Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit (Ressourcenkurse), Vorrehabilitation zur Berufsfindung, berufliche Aus- und Weiterbildung. Zudem sind ein wesentlicher Bestandteil der beruflichen Rehabilitation in Dänemark die flexjobs, die Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit durch Lohnsubventionen eine Beschäftigung am regulären Arbeitsmarkt ermöglichen und in etwa vier Prozent der Beschäftigten betreffen (näheres siehe Kapitel 6.6). Mit Ausnahme der flexjobs werden allerdings ab 2026 die meisten Rehabilitationsleistungen schrittweise abgeschafft.

In den **Niederlanden** werden Maßnahmen beruflicher Rehabilitation in Fit for work Maßnahmen (für Personen, die noch nicht für die Rückkehr in Arbeit bereit sind), Ready to work-Maßnahmen (für Personen, die für den beruflichen Wiedereinstieg bereit sind) und sonstige Maßnahmen unterschieden. Fit for work Maßnahmen zielen auf die Erarbeitung von realistischen Perspektiven an beruflichen Möglichkeiten und umfassen vor allem Berufsorientierung und -vorbereitung (z.B. Stärkung Resilienz, soziales Kompetenztraining). Ready to work-Maßnahmen zielen auf das Finden von Arbeit und umfassen z.B. Unterstützung bei Jobsuche und Bewerbungen, Arbeitsplatzanpassungen oder Coaching von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen während eines Praktikums. Sonstige Maßnahmen können beispielsweise auch Weiterbildungen umfassen. Die Inhalte des Rehabilitationsprozesses werden dabei individuell angepasst (de Geus 2025, S.11-12; S.19-20; S. 23). Zudem sind laut Expert:in 5 auch Qualifikationen möglich, allerdings sind diese in der Praxis schwierig zu erhalten.

Tabelle 12: Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation – Ländervergleich

Land	Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation
Ö	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung und Qualifizierung • Berufsfindungs- und Berufsorientierungsmaßnahmen • Arbeitstraining • finanzielle Unterstützung/ Hilfemaßnahmen zur Ermöglichung der Fortsetzung der Erwerbstätigkeit (z.B. Arbeitsplatzanpassung, Lohnkostenzuschuss für Dienstgeber:innen)
D	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung und Qualifizierung • Berufsvorbereitung • Individuelle berufliche Qualifizierung im Rahmen unterstützter Beschäftigung • Förderung einer Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit • Leistungen an Arbeitgeber:innen (z.B. Ausbildungs-/ Eingliederungszuschüsse) • Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich (z.B. in Werkstätten für Menschen mit Behinderung) • Ergänzende Leistungen wie Übergangsgeld, Beiträge zur Sozialversicherung, KFZ-Hilfe
CH	<p>Berufliche Eingliederung ist ein umfassender Prozess der von Frühinterventionsmaßnahmen über Umschulung bis hin zur Vermittlung reicht, zu den wichtigsten Eingliederungsmaßnahmen zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Begleitung (Fallführung) • Frühinterventionsmaßnahmen • Integrationsmaßnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung • berufliche Maßnahmen (u.a. Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Arbeitersuch)
NL	<ul style="list-style-type: none"> • „VR professional“ beurteilt, welche Barrieren der beruflichen Eingliederung im Wege stehen, und initiiert den Reha-Prozess - folgende Maßnahmen werden unterschieden: <ul style="list-style-type: none"> – <u>Fit for work-Maßnahmen</u> (für Personen, die noch nicht für die Rückkehr in Arbeit bereit sind): Berufsorientierung, Perspektivenplanung Berufsvorbereitung (z.B. Stärkung Resilienz, soziale Kompetenzen) – <u>Ready to work Maßnahmen</u> (für Personen, die für den beruflichen Wiedereinstieg bereit sind): v.a. Unterstützung bei Jobsuche und Bewerbungen, Arbeitsplatzanpassungen – <u>sonstige Maßnahmen</u>: z.B. Aus- und Weiterbildung
DK	<p>Umsetzung entlang eines Reha-Plans und Fallmanager:innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • „Ressourcen-Kurse“ bei stark eingeschränkter Arbeitsfähigkeit • Vorbereitungsmaßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, inklusive Berufsfindung („Forrevalidering) • berufliche Aus- und Weiterbildung • Lohnsubventionen – „fleksjob“

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der erstellten Länderprofile (Kapitel 3)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass berufliche Rehabilitation in den betrachteten Ländern unterschiedlich definiert und konzeptionell gefasst ist. Entsprechend variiert auch der Umfang des gesetzlich vorgesehenen Maßnahmenpektrums zwischen den Ländern erheblich. In Österreich gibt es ein breites Spektrum an Maßnahmen in Zusammenhang mit beruflicher Wiedereingliederung bei Krankenständen bzw. Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Dabei umfasst berufliche Rehabilitation nach gesetzlicher Definition im ASVG einen bestimmten Teil an Maßnahmen in diesem Spektrum, in der Praxis wird dieser oftmals vor allem mit Umschulungen verbunden, gesetzlich umfasst das Maßnahmenportfolio auch vorbereitende Maßnahmen, Arbeitstrainings sowie arbeitsplatzbezogene Anpassungen.

Insgesamt zeigt die Analyse, dass berufliche Rehabilitation in Österreich vergleichsweise eng definiert ist und überwiegend vom Bereich der Sekundärprävention – also Maßnahmen, die während aufrechter Beschäftigung bei Krankenständen ansetzen – getrennt betrachtet wird. In Deutschland zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die angebotenen Maßnahmen dort etwas breiter ausgestaltet sind als in Österreich. In anderen Ländern – insbesondere in den Niederlanden und in der Schweiz – liegt der Schwerpunkt der beruflichen Rehabilitation bereits stärker auf einem frühzeitigen Eingreifen. Vor allem in der Schweiz wird der Prozess ganzheitlich verstanden und unter dem Begriff der „beruflichen Eingliederung“ zusammengefasst. Dabei sind Maßnahmen, die in Österreich sowohl der Sekundärprävention (etwa fit2work) als auch der beruflichen Rehabilitation zugeordnet werden, in einem System zusammengeführt.

4.5 Anspruchskriterien und Zugangsbarrieren

In Österreich wird berufliche Rehabilitation auf Antrag gewährt, wenn Invalidität oder Berufsunfähigkeit droht. Dies ist der Fall, wenn die Arbeitsfähigkeit auf unter 50% einer vergleichbaren gesunden, versicherten Person gesunken ist. Zusätzlich müssen die Kriterien des sogenannten „Berufsschutzes“ erfüllt sein. Das bedeutet, dass ein erlernter oder angelernter Beruf über eine bestimmte Zeit ausgeübt worden sein muss³⁵. Liegt kein Berufsschutz vor, kann die Person auf andere Tätigkeiten verweisen, wodurch eine Rehabilitationsmaßnahme nicht zwingend gewährt wird. Der Berufsschutz stellt eine Zugangsbarriere zur beruflichen Rehabilitation dar und wird auch als Grund für die geringe Anzahl an Umschulungsgeldbezieher:innen betrachtet (näheres siehe Kapitel 5.3.4). Das AMS kann jedoch im eigenen Ermessen Maßnahmen auch für Personen ohne Berufsschutz gewähren.

Als zentrale Voraussetzung für die berufliche Rehabilitation gilt in allen fünf Ländern eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, die jedoch unterschiedlich definiert ist. In Deutschland, der Schweiz und Österreich richtet sich die Definition nach einer gesundheitlichen Einschränkung in einem bestimmten Ausmaß, während in der Schweiz zusätzlich zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit unterschieden wird, abhängig von

³⁵ Genaue Definition siehe Infobox im Länderprofil Österreich, Kapitel 3.1

der Art der Maßnahme. In Dänemark hingegen wird die drohende oder dauerhafte Einschränkung mit der Fähigkeit zur Bestreitung des Lebensunterhalts verknüpft. Um einer drohenden Invalidität vorzubeugen, werden dort auch die flexjobs eingesetzt, die es ermöglichen, selbst mit sehr wenigen Wochenstunden – unter 12 Stunden – auf einem subventionierten Arbeitsplatz am regulären Arbeitsmarkt tätig zu sein. In den Niederlanden erhalten gewöhnlich Personen mit einer WIA WGA Leistung (die bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit genehmigt wird) Leistungen der beruflichen Rehabilitation. Dabei ist das Kriterium ein Einkommensverlust von mehr als 35% aber weniger als 80% bzw. ein höherer Verlust, bei dem allerdings eine Verbesserung zu erwarten ist. In manchen Fällen erhalten auch Personen ohne WIA WGA Leistung Maßnahmen einer beruflichen Rehabilitation, wenn es der Arbeitsmarktintegration dient. (de Geus 2025, S.11)

Die in Österreich bestehende Zugangsvoraussetzung eines bestimmten Berufs oder einer bestimmten Qualifikation, wie im Berufsschutz vorgesehen ist, besteht in den anderen Ländern nicht. Dennoch verorten Expert:innen auch dort Zugangsbarrieren zur beruflichen Rehabilitation, die ein Exklusionsrisiko für bestimmte Gruppen bedeuten können. In Deutschland wird der Zugang von Expert:in 3 als weniger restriktiv als in Österreich eingeschätzt, dennoch besteht Optimierungsbedarf, um indirekte Ausschlussmechanismen zu vermeiden. So fehlen in Deutschland beispielsweise Teilzeitangebote oder mehrsprachige Aufklärungs- und Beratungsangebote. Generell bestehe aktuell ein „Etikettierungs-Ressourcen-Dilemma“: Erst wenn jemand eine offizielle Anerkennung einer Beeinträchtigung oder einen ausgewiesenen Status hat (z. B. Schwerbehindertenausweis), gibt es Zugang zu bestimmten Unterstützungsleistungen (E3).

Auch das niederländische System birgt Ausschlussmechanismen. Expert:in 5 sieht eine gute Absicherung vor allem für Arbeitnehmer:innen mit unbefristeten Verträgen. Aufgrund des hohen Anteils an Beschäftigten mit befristeten Verträgen und Selbstständigen ist der Zugang für diese Gruppen – ebenso wie für arbeitslose Personen – jedoch erschwert. In der Schweiz wird eine Umschulung nur dann gewährt, wenn aufgrund einer gesundheitlichen Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit und in den ohne zusätzliche Ausbildung zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende Erwerbseinbuße von etwa 20 % entsteht. Schweizer Expert:innen (E6, E7) weisen darauf hin, dass aufgrund dieser Regelung eher höherverdienende Personen die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen.

Der Ländervergleich verdeutlicht, dass sich im Zugang zur beruflichen Rehabilitation in der Praxis in allen betrachteten Ländern Zugangsbarrieren ergeben. Allerdings sind diese formal weniger stark ausgeprägt, wie es in Österreich mit dem Berufsschutz der Fall ist.

4.6 Absicherung bei Krankheit und Rolle der Sekundärprävention

Die Vergleichsanalyse der Regelungen zur Entgeltfortzahlung bei Krankenständen durch Arbeitgeber:innen, der anschließenden Auszahlung des Krankengeldes durch andere Träger sowie der Interventionen im Sinne der Sekundärprävention zeigt mitunter deutliche Unterschiede zwischen den betrachteten Ländern (siehe Tabelle 13).

In Österreich zahlen Arbeitgeber:innen bei Krankheit zumindest sechs Wochen das volle Entgelt sowie weitere vier Wochen das halbe Entgelt. Je nach Dauer der Betriebszugehörigkeit kann die volle Entgeltfortzahlung bis zu zwölf Wochen betragen (zuzüglich vier Wochen halbes Entgelt). Wird nur mehr das halbe Entgelt ausbezahlt oder läuft die Entgeltfortzahlung aus, übernimmt die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) die (teilweise) Leistung in Form von Krankengeld. Dieses wird grundsätzlich für mindestens 26 Wochen gewährt. Bei entsprechender Vorversicherungszeit (mindestens sechs Monate) beträgt die maximale Anspruchsdauer in der Regel 52 Wochen, in Ausnahmefällen bis zu 78 Wochen.

Die Höhe des Krankengeldes liegt in Österreich bei 50% der Bemessungsgrundlage bis zum 42. Tag, danach bei 60%. Damit ist die Ersatzrate im Vergleich zu allen betrachteten Ländern niedriger. In Deutschland beträgt das Krankengeld 70% des Bruttoentgelts (maximal 90% des Nettoentgelts), in der Schweiz in der Regel rund 80% des versicherten Lohnes (über eine Taggeldversicherung), in den Niederlanden erfolgt für bis zu zwei Jahre eine Lohnfortzahlung von 70% des Lohns durch Arbeitgeber:innen und in Dänemark orientiert sich die Höhe am Stundenlohn und an gesetzlich definierten Höchstbeträgen.

Auch hinsichtlich der Kostenübernahme nach der Entgeltfortzahlung bestehen Unterschiede. In Österreich und Deutschland übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Leistungen. In der Schweiz erfolgt die Absicherung über eine freiwillige Krankentaggeldversicherung. In Dänemark sind die Kommunen für die Zahlung der Leistungen zuständig. In den Niederlanden tragen Arbeitgeber:innen die Kosten der Lohnfortzahlung für bis zu zwei Jahre und erst danach können staatliche WIA-Leistungen (Leistungen bei teilweiser oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit) beantragt werden.

Unterschiede zeigen sich zudem bei den Interventionen bei Krankenständen. In Österreich bestehen gesetzlich verpflichtende Maßnahmen lediglich in Form eines Informationsschreibens der ÖGK, das sechs Wochen vor Auslaufen des Krankengeldanspruchs an die betroffenen Personen ergeht. Darüber hinaus erhalten Betroffene nach längeren Krankenständen ein Informationsschreiben zum freiwilligen Beratungsangebot fit2work. Laut Jahresbericht von fit2work im Jahr 2024 erfolgt ein Zugang zum Angebot aufgrund dieses Schreibens jedoch nur bei 8,9%, während der Großteil über andere Wege ins Angebot findet (vgl. Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen 2025, S. 16). Die fit2work-Personenberatung unterstützt Betroffene bei der Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich bietet fit2work eine Betriebsberatung an. Verpflichtende Interventionen für Arbeitgeber:innen bestehen in Österreich nicht.

Tabelle 13: Krankengeld und Interventionen bei Krankenständen im Ländervergleich

Land	Entgeltfortzahlung Arbeitgeber:in (AG)	Kostenübernahme nach Auslaufen AG	max. Krankengelddauer	Höhe Krankengeld	Interventionen AG	Interventionen anderer Institutionen
Ö	6–12 Wochen volles Entgelt (abhängig von Dienstzeit), anschließend 4 Wochen halbes Entgelt	Krankenkasse (ÖGK)	grundsätzlich 26 Wochen, bei Erfüllung von Mindestversicherungszeiten 52 Wochen, Ausnahmefälle bis 78 Wochen	50% der Bemessungsgrundlage (in der Regel Bruttogehalt) bis 42. Tag, danach 60 %	keine gesetzliche Verpflichtung, freiwillige Angebote: Betriebliches Eingliederungsmanagement, Wiedereingliederungsteilzeit, fit2work-Betriebsberatung	Informationsschreiben der ÖGK 6 Wochen vor Ablauf des Krankengeldes; freiwilliges Beratungsangebot fit2work
D	6 Wochen Entgeltfortzahlung, volles Entgelt	Krankenkasse (GKV)	bis zu 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren	70% des Bruttoentgelts, max. 90 % des Nettoarbeitsentgelts	betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gesetzlich verpflichtend ab 6 Wochen Krankheit	Krankenkasse kann Empfehlungen geben, Arbeitsfähigkeit prüfen, Rentenversicherungsträger informieren; Rehabilitation kann bereits nach wenigen Wochen eingeleitet werden, stufenweise Wiedereingliederung ist möglich
CH	Lohnfortzahlung abhängig von Kanton/Dienstjahren (z.B. 1. Dienstjahr: 3 Wochen, 5.-9. Dienstjahr: 3 Monate, 20.-25. Jahr: 6 Monate)	freiwillige Taggeldversicherung (gesetzlich geregelt über KVG oder VVG)	bis zu 720 Tage (ca. 2 Jahre) über Taggeldversicherung	ca. 80% des versicherten Lohns	keine gesetzliche Verpflichtung, über freiwillige Taggeldversicherung Case Management	IV bietet Frühintervention, Case Management durch Taggeldversicherung
NL	bis zu 104 Wochen (2 Jahre)	UWV	maximal 104 Wochen Lohnfortzahlung durch Arbeitgeber:in; danach WIA-Leistungen möglich	mindestens 70% des Lohns	gesetzlich festgelegte Reintegrationspflichten (näheres siehe Kapitel 6.2)	UWV überwacht Einhaltung von Pflichten der AG und AN; arbeitsmedizinische Dienste unterstützen Wiedereingliederung
DK	30 Tage überwiegend volles Entgelt	Kommunen/Gemeinden	max. 22 Wochen innerhalb von 9 Monaten	definierte Maximalbeträge abhängig vom Stundenlohn	Rückkehrgespräch innerhalb von 4 Wochen, Wiedereingliederungsplan ab 8 Wochen möglich (freiwillig)	Kommunen führen verpflichtende Nachverfolgungsgespräche, um mit frühzeitigen Maßnahmen die Rückkehr in die Arbeit zu unterstützen

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der erstellten Länderprofile (Kapitel 3)

Demgegenüber sind in den Niederlanden verpflichtende Interventionen durch Arbeitgeber:innen gesetzlich vorgesehen. Diese sind verpflichtet, frühzeitig Reintegrationsmaßnahmen einzuleiten und einen strukturierten Wiedereingliederungsprozess umzusetzen. In Deutschland ist ab einer Krankheitsdauer von sechs Wochen ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) gesetzlich verpflichtend. Allerdings wird seitens Expert:in 3 darauf hingewiesen, dass nur begrenzte Sanktionsmechanismen bestehen, wodurch in der Praxis vielen Arbeitnehmer:innen kein entsprechendes Angebot gemacht wird. In Dänemark besteht eine verpflichtende Nachverfolgung bei Personen in Krankenständen durch die Kommunen, insbesondere durch strukturierte Gespräche im Rahmen des Krankenstandmanagements.

Zusammenfassend zeigt sich, dass zwar in allen betrachteten Ländern zunächst Arbeitgeber:innen die Entgeltfortzahlung übernehmen, allerdings die Dauer dieser Verpflichtung stark variiert. Ebenso unterscheiden sich die Zuständigkeiten der anschließenden Kostenübernahme sowie insbesondere die Intensität und Verbindlichkeit von Interventionen. Während Österreich auf eine zentrale Absicherung über die Krankenversicherung und überwiegend freiwillige Unterstützungsangebote setzt, weisen insbesondere die Niederlande und Dänemark stärker verpflichtende, gesetzlich verankerte Interventionsmechanismen auf. Expert:in 5 sieht als Erfolgsfaktor des Wiedereingliederungsprozesses in den Niederlanden, dass es klare, Leitlinien für Arbeitgeber:innen gibt, die vorsehen, dass bereits innerhalb der ersten acht Wochen des Krankenstandes ein Plan für die Rückkehr in die Beschäftigung erstellt werden muss.

4.7 Monitoring und Erfolgsmessung

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Monitoring- und Erfolgsmesssysteme für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in den jeweiligen Ländern gegeben. Dabei werden öffentlich zugängliche Ergebnisse aus den Jahresberichten zentraler Akteur:innen der beruflichen Rehabilitation herangezogen. In den meisten Ländern sind die beruflichen Rehabilitationsangebote jedoch auf verschiedene Institutionen verteilt – mit Ausnahme der Schweiz, in der die zentrale Verantwortung bei der Invalidenversicherung liegt. Deshalb kann für die betreffenden Länder nur ein Teil der Maßnahmen abgebildet werden.

Österreich

Für Österreich können Eckdaten zur Inanspruchnahme und zu Erfolgen der beruflichen Rehabilitation aus dem Jahresbericht der **Pensionsversicherungsanstalt** entnommen werden. Diese umfassen jedoch nicht alle Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, da auch die AUVA und das AMS-Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation umsetzen.

Im Jahr 2024 wurde für 3.453 versicherte Personen eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme durch die PVA bewilligt. 2.069 Personen erhielten eine Ablehnung ihres Antrags.

Von den Personen, die im Berichtsjahr 2024 eine berufliche Rehabilitation in Anspruch genommen haben, haben:

- 74% die Maßnahme „ordnungsgemäß/erfolgreich“ absolviert,
- 14% die Maßnahme aus medizinischen Gründen vorzeitig abgebrochen,
- 12,4% die Maßnahme aus anderen Gründen abgebrochen.

Von jenen Personen, die die Maßnahmen „ordnungsgemäß/erfolgreich“ beendet haben, befanden sich anschließend:

- 55,5% in Beschäftigung,
- 10,9% in fremd- oder eigenfinanzierten weiterführenden Maßnahmen,
- 9,6% weiterhin in Pension bzw. haben einen Pensionsantrag gestellt,
- 24,1% in Vermittlung.

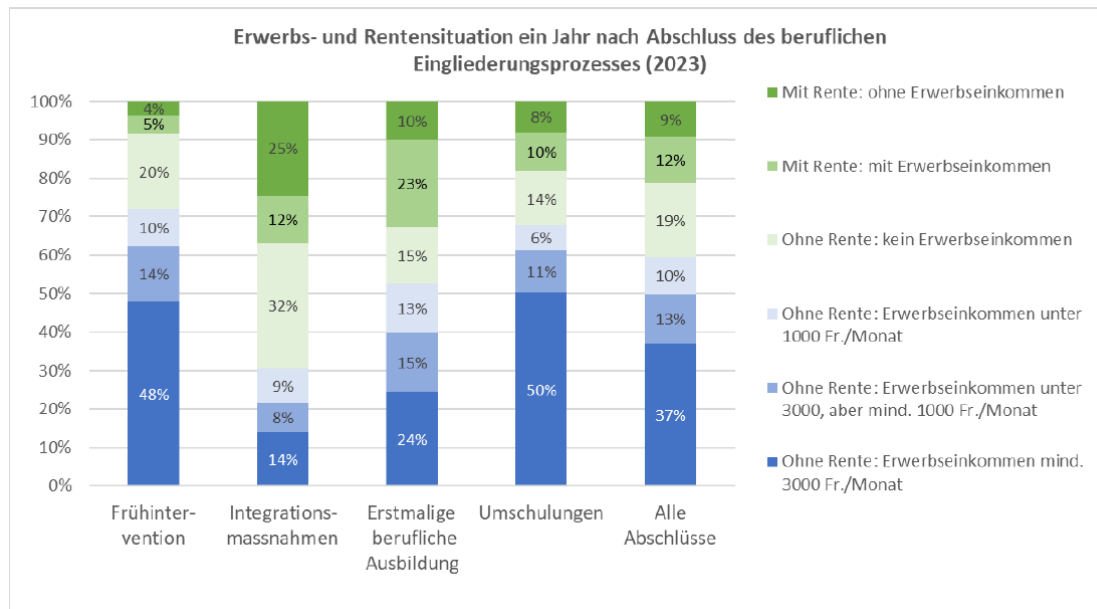
Der genaue Nachbeobachtungszeitraum sowie die genaue Art der in Anspruch genommenen Maßnahmen werden im Jahresbericht der PVA nicht konkretisiert (vgl. PVA 2025, S. 20–21).

Schweiz

In der Schweiz besteht ein ausführliches Monitoring zu den Leistungen der Invaliditätsversicherung einschließlich der Maßnahmen der beruflichen Eingliederung³⁶. Die Ergebnisse werden in Berichten veröffentlicht (vgl. BSV 2025a), außerdem sind die statistischen Daten auf der Website der BSV³⁷ veröffentlicht. 2024 haben rund 57.700 Personen an einer oder mehreren beruflichen Eingliederungsmaßnahmen teilgenommen – insgesamt gab es aufgrund dieser Mehrfachteilnahmen 72.143 Beziehende von Eingliederungsmaßnahmen. Davon haben 18% (12.666 Personen) eine Beratung oder ein Coaching beansprucht, 24% (17.181) eine Frühinterventionsmaßnahme, 18% (13.112) eine Integrationsmaßnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und 40% (29.184 Personen) eine berufliche Maßnahme (BSV 2025a, S.6f).

In Abbildung 6 ist die Erwerbs- und Rentensituation für die insgesamt 21.669 Versicherten dargestellt, die im Jahr 2022 einen beruflichen Eingliederungsprozess abgeschlossen haben. Ein Jahr später konnten 60% der Teilnehmenden wieder ein Einkommen erzielen, davon verdienten 37% über 3.000 Franken und 23% weniger als 3.000 Franken. 12% erhielten zusätzlich zur Rente ein Einkommen, während 9% eine Rente ohne Einkommen bezogen. 19% verfügten weder über ein Einkommen noch über eine Rente.

Abbildung 6: Erwerbs- und Rentensituation ein Jahr nach Abschluss des beruflichen Eingliederungsprozesses (2023)



Quelle: BSV 2025a, S. 9

Bei Personen, die ausschließlich **Frühinterventionsmaßnahmen** durchliefen, waren 72% ohne Rente erwerbstätig, davon verdienten 48% über 3.000 Franken, 14% zwischen 1.000 und 3.000 Franken und 10% ein geringeres Einkommen. Eine

³⁶ Die Beschreibung der jeweiligen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung befindet sich in Kapitel 6.1.

³⁷ <https://www.bsv.admin.ch/de/statistik-iv>

Rentenzuerkennung war für 9% erforderlich, während 5% neben einer (Teil-)Rente ein Einkommen erzielten.

Die **Integrationsmaßnahmen** zielen darauf ab, die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit einer noch nicht eingliederungsfähigen Person aufzubauen und diese auf eine Berufliche Maßnahme vorzubereiten. Dementsprechend ist die Erwerbsintegration nach dieser Maßnahmenart geringer ausgeprägt: So waren nur 31% der Personen im Folgejahr nach Abschluss der Integrationsmaßnahme ohne Rente erwerbstätig. Bei 37% lag eine „invalidisierende“ gesundheitliche Beeinträchtigung vor, die den Anspruch auf eine Invalidenrente begründete. 12% erzielten gleichzeitig ein Erwerbseinkommen.

Nach einer **erstmaligen beruflichen Ausbildung** waren 52% der Personen im Folgejahr ohne Rente erwerbstätig, 24% erzielten ein Einkommen über 3.000 Franken, während 33% eine IV-Rente bezogen. Rund zwei Drittel dieser Personen konnten trotz Rente einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

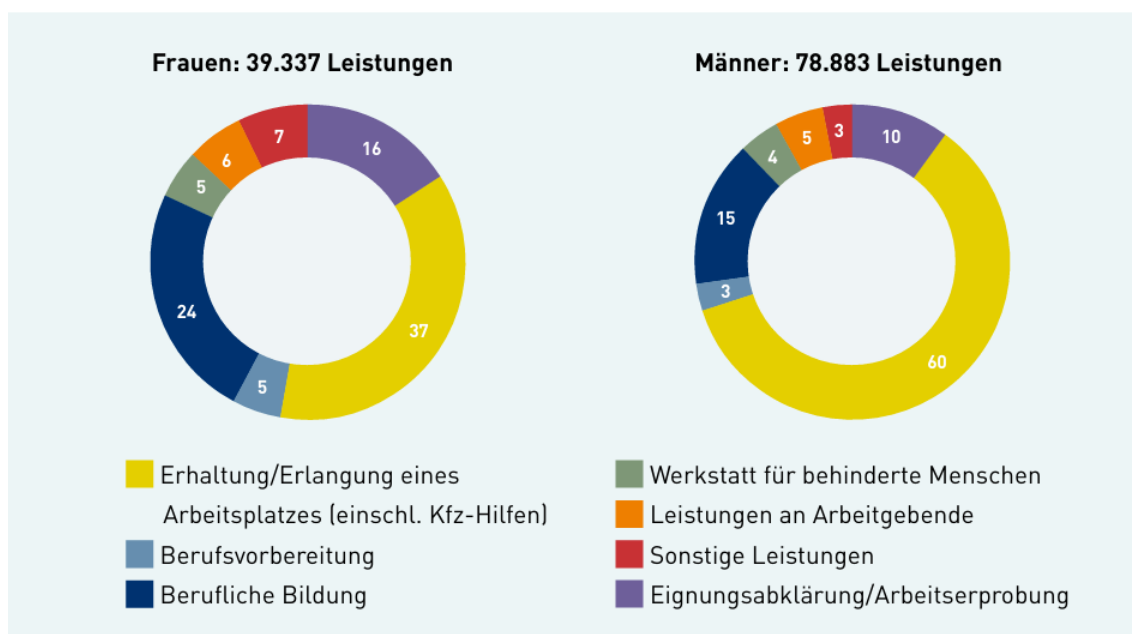
Bei **Umschulungen** konnten 67% der Personen beruflich wieder integriert werden und im Folgejahr einer Erwerbstätigkeit nachgehen, wobei 50% mehr als 3.000 Franken verdienten. Bei 18% der Versicherten führte die gesundheitliche Beeinträchtigung zu einem Rentenanspruch, während 10% weiterhin ein Erwerbseinkommen erzielten.

Deutschland

In Deutschland veröffentlicht die Deutsche Rentenversicherung einen jährlichen Reha-Bericht, in dem Statistiken zu Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung enthalten sind.

Im Berichtsjahr 2024 haben insgesamt 118.220 Versicherte bei der Deutschen Rentenversicherung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgeschlossen. Männer nutzten diese Leistungen dabei fast doppelt so häufig wie Frauen. Den größten Anteil machen Maßnahmen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes aus. Dazu gehören Hilfen zur Berufsausübung wie technische Arbeitshilfen, Kraftfahrzeughilfen einschließlich behindertengerechter Zusatzausstattung sowie Mobilitätshilfen wie Umzugskosten bei auswärtiger Arbeitsaufnahme. Während diese Leistungen bei Frauen 37% ausmachten, lag der Anteil bei Männern bei 60%. Auf Platz zwei folgen Leistungen zur beruflichen Bildung, die insbesondere Weiterbildungen, Umschulungen und berufliche Anpassungsmaßnahmen umfassen. Bei Frauen entfielen darauf rund 24% der Leistungen, bei Männern etwa 15%. Die Anteile von Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen, zur Berufsvorbereitung, zur Eignungsabklärung und Arbeitserprobung sowie von Leistungen an Arbeitgebende unterscheiden sich dagegen weniger zwischen den Geschlechtern. Bei den Leistungen an Arbeitgebende, die Betriebe dabei unterstützen, Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Personen in den Arbeitsmarkt einzugliedern, liegt der Anteil bei Frauen bei 7% und bei Männern bei 5%. (Deutsche Rentenversicherung 2025, S. 77-78).

Abbildung 7: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2024



Quelle: Deutsche Rentenversicherung 2025, S.78

Für die Bildungsleistungen werden im Jahresbericht der Deutschen Rentenversicherung detailliertere Statistiken angeführt, inklusive der Erfolgsmessungen. Im Jahr 2022 wurden in 245 Einrichtungen insgesamt 19.725 Bildungsleistungen erbracht. Qualifizierungsmaßnahmen machten dabei 32% der Leistungen aus, Integrationsmaßnahmen 35% und Reha-Vorbereitungen 17% (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Leistungsarten beruflicher Bildungsleistungen 2022

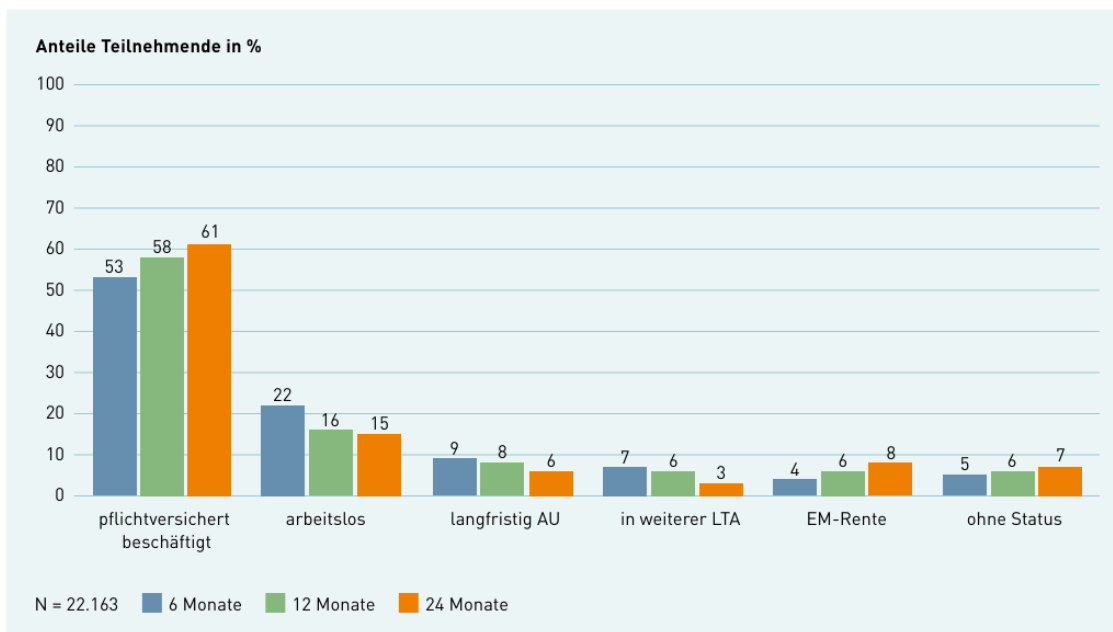
	Gesamt	Frauen	Männer
Reha-Vorbereitung	17,1 %	16,0 %	17,9 %
Qualifizierung	32,3 %	31,4 %	33,0 %
Integrationsmaßnahmen	34,5 %	35,3 %	34,0 %
Rehabilitation psychisch Kranker	8,3 %	10,6 %	6,7 %
Leistungen im Eingangsverfahren / Berufsbildungsbereich	7,5 %	6,4 %	8,2 %
Sonstige Leistungen	0,3 %	0,2 %	0,4 %

Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2022, entnommen aus Deutsche Rentenversicherung 2025, S. 83

Der Erfolg der beruflichen Bildungsleistungen wird in der Auffassung der Deutschen Rentenversicherung vor allem an dem Anteil der Teilnehmer:innen bemessen, die anschließend dauerhaft sozialversicherungspflichtig erwerbstätig sind. Sechs Monate nach Ende der Maßnahme sind 53% der Teilnehmenden sozialversicherungspflichtig beschäftigt, nach zwei Jahren steigt dieser Anteil auf 61%. Gleichzeitig sinkt der Anteil der Arbeitslosen von anfänglich 22% auf 15% und der Anteil langfristig arbeitsunfähiger Personen von 9% auf 6%. Der Anteil derjenigen, die eine Erwerbsminderungsrente erhalten, steigt im gleichen Zeitraum von 4% auf 8%, wodurch die Daten den

kontinuierlichen Erfolg der beruflichen Wiedereingliederung über zwei Jahre zeigen (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach einer beruflichen Bildungsleistung im Jahr 2021



Quelle: Reha-Statistik-Datenbasis (RSD) 2016-2023, entnommen aus Deutsche Rentenversicherung 2025, S. 88

Auch die Bundesagentur für Arbeit führt eine sehr umfassende Statistik zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderung – Kurzbezeichnung „Reha-Statistik“³⁸. Diese ist auf deren Website³⁹ veröffentlicht und über Abfragen und vorgefertigte Excel-Tabellen abrufbar.

Niederlande

In den Niederlanden veröffentlicht die UWV für ihre erbrachten Reintegrationsleistungen in ihrem Jahresbericht Statistiken zur beruflichen Rehabilitation.⁴⁰

Die UWV bietet Wiedereingliederungsmaßnahmen für Personen, die Leistungen nach dem Sickness Benefits Act (Krankengeldgesetz bzw. „Ziektewet“) oder Leistungen bei Erwerbsminderung (WIA-Leistungen) erhalten. Das Maßnahmenspektrum reicht von Aktivierungs- und Unterstützungsangeboten, einschließlich Schulungen, bis hin zu Dienstleistungen zur Arbeitssuche. Darüber hinaus bietet die UWV-Programme auf Basis der Methode der individuellen Platzierung und Unterstützung (IPS) an. Diese Programme richten sich sowohl an Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (IPS EPA) als auch an Personen mit häufigen psychischen Störungen (IPS CMD).

³⁸ Für eine ausführliche Erläuterung der Reha-Statistik der Bundesagentur für Arbeit siehe: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statistischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Qualitaetsberichte/Generische-Publikationen/Qualitaetsbericht-Statistik-Reha.pdf?_blob=publicationFile

³⁹ Nähere siehe: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Foerderung-und-berufliche-Rehabilitation/Foerderung-und-berufliche-Rehabilitation-Nav.html> (Zugriff: 2.4.2026)

⁴⁰ Nachfolgende Informationen wurden mittels KI aus folgender Website übersetzt: <https://jaarverslag.uwv.nl/actuele-update-2/a1303-voorzieningen-en-reintegratiediensten?>

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 33.970 Reintegrationsdienstleistungen der UWV bean-sprucht. Die größten Anteile betrafen WIA-Leistungen (12.533 bzw. 37%) und Leistun-gen nach dem Krankengeldgesetz (10.905 bzw. 37%).

Bei der Erfolgsbetrachtung teilt die UWV die Maßnahmen in zwei Gruppen ein: Pro-gramme, die direkt auf die Vermittlung in Arbeit abzielen (Ready for Work), und Pro-gramme, die darauf ausgerichtet sind, die Teilnehmenden näher an den Arbeitsmarkt heranzuführen (Fit for Work). Von den 3.510 Programmen mit direktem Vermittlungs-ziel führten 1.706 zu einer Beschäftigung (49%), während 1.804 ohne direkte Anstel-lung endeten (51%).

Die Mehrheit der Maßnahmen verfolgte jedoch das Ziel, die Teilnehmenden schritt-weise auf den Arbeitsmarkt vorzubereiten. Von insgesamt 26.206 dieser Programme waren 20.519 erfolgreich (78%), was bedeutet, dass die Teilnehmer:innen messbare Fortschritte bei Qualifikationen, Schulungen, Praktika oder der Vermittlungsfähigkeit erzielten. 5.687 Maßnahmen wurden als nicht erfolgreich bewertet (22%).

Dänemark

Für Dänemark konnten keine vergleichbaren statistischen Angaben zur Anzahl, Art und zu den Erfolgen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen auf nationaler Ebene ermittelt werden. Zusätzlich ist zu beachten, dass mit der ab Februar 2026 geplanten Beschäfti-gungsreform die meisten bisherigen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen abge-schafft werden sollen. Ein:e befragte:r Expert:in (E8) betont, dass das bisherige System durchaus gute Ansätze aufwies, gleichzeitig, aber kostenintensiv war. Eine umfassende Evaluation der Maßnahmen liegt nach Einschätzung des Experten nicht vor. In Kapi-tel 6.6 wird zudem auf die flexjobs eingegangen, die einen wesentlichen Bestandteil der beruflichen Rehabilitation in Dänemark darstellen und die voraussichtlich auch nach Inkrafttreten der Reform bestehen bleiben.

5. Entwicklungsfelder

Ziel der Studie war es, auf Basis von Literaturanalysen, eines systematischen Ländervergleichs sowie Interviews mit nationalen und internationalen Expert:innen mögliche Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation in Österreich zu identifizieren.

Im Mittelpunkt stand dabei die Analyse der beruflichen Rehabilitation in verschiedenen Ländern auf der systemischen bzw. strukturellen Ebene. Die nachfolgend beschriebenen möglichen Entwicklungsfelder beziehen sich daher vor allem auf diese Ebene und sind als Perspektiven bzw. Potenziale für eine zukünftige Weiterentwicklung zu verstehen. Die Umsetzungsebene in der Praxis sowie die Ebene konkreter Maßnahmen waren nicht Gegenstand der vorliegenden Studie und wurden daher nicht vertiefend betrachtet.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über mögliche Entwicklungsfelder, die für die kritische Diskussion einer systemischen Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation aufgegriffen werden können. Diese werden in weiterer Folge erläutert.

Tabelle 14: Mögliche Entwicklungsfelder beruflicher Rehabilitation in Österreich

Systemstruktur und Rahmenbedingungen	Zugang & Prozessgestaltung	Angebotsgestaltung
<ul style="list-style-type: none"> • gesetzliche Verankerung des Rehabilitationsprozesses • Koordination und Kooperation der Akteur:innen • stärkere Verschränkung von Politikfeldern • höherer Stellenwert und Bewusstseinsbildung • Monitoring und Wirkungsmessung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zugangskriterien bzw. -barrieren • Reintegrationschancen bei Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigen • frühzeitige Interventionen • kontinuierliche Fallbegleitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung des Maßnahmenpektrums • flexible Beschäftigungsmodelle für eingeschränkte Leistungsfähigkeit • Arbeitgeber:innen-Verantwortung stärken • Angebote für herausfordernde Zielgruppen

5.1 Systemstruktur und Rahmenbedingungen

Die Ländervergleichsanalyse verdeutlicht, dass die Umsetzung der beruflichen Rehabilitation stark von der Systemstruktur und den Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Für Österreich ergeben sich auf dieser Ebene Diskussionspunkte für eine mögliche Weiterentwicklung, die sich auf die gesetzliche Verankerung, die Aufteilung von Zuständigkeiten und die Zusammenarbeit der zentralen Akteur:innen beziehen. Dazu gehört auch eine Diskussion des Aspektes, wie gut die jeweiligen Politikfelder, insbesondere Gesundheit und Arbeitsmarkt aufeinander abgestimmt sind und welchen Stellenwert berufliche Rehabilitation insgesamt im System hat.

5.1.1 Gesetzliche Verankerung des Rehabilitationsprozesses

In der Ländervergleichsstudie der European Agency for Safety and Health at WORK (EU OSHA, Belin et al. 2016, S. 73f) wird als wesentlicher Erfolgsfaktor für berufliche Rehabilitation bzw. Return to work ein umfassender gesetzlicher Rahmen hervorgehoben, der den gesamten Prozess der beruflichen (Wieder-)Eingliederung strukturell abbildet und koordiniert.

In Österreich ist die berufliche Rehabilitation eine gesetzliche Querschnittsmaterie und vor allem im Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt verankert, mit dem Ziel der Vermeidung von Invalidität. Daneben ist berufliche Rehabilitation auch im Geltungsbereich der AUVA, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten geregelt, was allerdings in der Praxis quantitativ eine untergeordnete Rolle spielt. Gleichzeitig kommt dem AMS als zentralem Player ein eigenständiger gesetzlicher Auftrag zu. Sekundärpräventive Angebote wie fit2work oder die Wiedereingliederungsteilzeit sind wiederum in separaten Gesetzen geregelt (AGG, WIETZG) und institutionell anders verortet. Diese Angebote zählen in Österreich jedoch nicht zur beruflichen Rehabilitation im Sinne des ASVG. Für medizinische Rehabilitation oder die Zielgruppe der Rehabilitationsgeldbezieher:innen ist die österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) zuständig. Dadurch entsteht auf struktureller Ebene eine Fragmentierung des Systems, die bei der Umsetzung eines durchgängigen Wiedereingliederungsprozesses eine große Herausforderung darstellt.

Diese Fragmentierung zeigt sich grundsätzlich in allen betrachteten Ländern, allerdings ist diese unterschiedlich ausgeprägt. Der Ländervergleich verdeutlicht zudem, dass der Umfang und die Art der gesetzlichen Regelungen unterschiedlich ausfallen. Deutschland verfügt mit dem Sozialgesetzbuch IX über eine umfassende Gesetzesgrundlage, die den Prozess der beruflichen Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe zentral regelt. Allerdings erweist sich das System aus Expert:innensicht (E3, E4) in der Praxis ebenfalls als fragmentiert, da viele relevante Regelungen in den einzelnen Leistungsgesetzen der jeweiligen Leistungsträger geregelt sind.

In der Schweiz ist die berufliche Rehabilitation bzw. berufliche Eingliederung Aufgabe der Invalidenversicherung und dort im Invalidenversicherungsgesetz zentral verankert. In Dänemark ist berufliche Rehabilitation Teil der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In den

Niederlande ist die berufliche Rehabilitation stark fragmentiert. Für berufliche Rehabilitation im engeren Sinn bestehen eigene gesetzliche Regelungen für Personen mit Anspruch auf versicherungsbasierten Leistungen der UWV sowie für Personen ohne diese Ansprüche, für die Gemeinden zuständig sind. Des Weiteren kann eine berufliche Rehabilitation in seltenen Fällen bereits im Kontext von Reintegrationsinterventionen von Arbeitgeber:innen während Langzeitkrankenständen eingeleitet werden, für die es wiederum eigene Gesetzesgrundlagen gibt.

Die starke gesetzliche Verankerung der beruflichen Rehabilitation in Österreich im Zuständigkeitsbereich der Pensionsversicherungsanstalt kann insofern kritisch betrachtet werden, als Rehabilitationsanträge in der Praxis häufig im Zusammenhang mit Anträgen auf Invalidität bzw. Arbeitsunfähigkeit gestellt werden. Dadurch wird berufliche Rehabilitation strukturell im Kontext einer möglichen Pensionierung behandelt. In der Schweiz und in den Niederlande gibt es beispielsweise eine institutionelle Trennung bei Invaliditäts- und Alterspension, was in der Literatur als guter Ansatz diskutiert wird (vgl. Mittag et al. 2016, S. 123f).

Vor diesem Hintergrund zeigt sich für Österreich ein mögliches Entwicklungsfeld darin, den Prozess der beruflichen Rehabilitation in trägerübergreifenden Regelungen noch stärker zu verankern – beginnend bei frühzeitigen Interventionen bis hin zur nachhaltigen Arbeitsmarktintegration. Eine klarere gesetzliche Strukturierung und stärkere institutionelle Zusammenführung könnten dazu beitragen, Schnittstellen zu reduzieren, Zuständigkeiten transparenter zu gestalten und einen ganzheitlicheren, prozessorientierten Zugang zur beruflichen Rehabilitation zu fördern.

5.1.2 Koordination und Kooperation der Akteur:innen

Der Ländervergleich verdeutlicht, dass eine Fragmentierung der Zuständigkeiten für die Finanzierung und Durchführung beruflicher Rehabilitation in mehreren Ländern sichtbar wird. Die Fragmentierung des Systems und Schnittstellenproblematiken wurden von Expert:innen aus allen fünf analysierten Ländern als zentrale Herausforderung bezeichnet.

Auch das Schnittstellenmanagement selbst wird von österreichischen Expert:innen als Entwicklungsfeld gesehen. Unterschiedliche gesetzliche Grundlagen, institutionelle Logiken und Finanzierungswege führen dazu, dass Prozesse oft entlang organisatorischer Zuständigkeiten verlaufen und nicht durchgängig gesteuert werden. Expert:in 1 schlägt unter anderem vor, gemeinsame Finanzierungen als Möglichkeit zu nutzen, um die Zusammenarbeit zwischen den Institutionen zu stärken.

Grundsätzlich würde das Zusammenwirken des Arbeitsmarktservices Österreich (AMS), der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) laut Expert:in 1 bereits als gut funktionierend eingeschätzt. Gleichzeitig wird ein Optimierungspotenzial in der weiteren Verbesserung der Koordinierung und Vernetzung gesehen (E1).

Ansatzpunkte zu einer Optimierung der Kooperation zwischen relevanten Akteur:innen, kann ein systematischer Literaturreview von Noteboom et al. (2024) liefern. Auf Basis von 26 einbezogenen Studien aus den USA und Europa wurden zentrale förderliche und hemmende Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation der Akteur:innen bei der Umsetzung der beruflichen Rehabilitation identifiziert.

Demnach gelingt Kooperation vor allem durch klare Rollen, transparente Prozesse, gemeinsame Verantwortungsübernahme, ausreichendes Vertrauen sowie funktionierende organisatorische Rahmenbedingungen. Hemmende Faktoren liegen dagegen häufig in unklaren Zuständigkeiten, fehlenden Anreizen, bürokratischen Hürden, IT-Barrieren sowie zeitlichen Ressourcenengpässen (eine ausführliche Beschreibung der Studienergebnisse siehe Kapitel 6.7).

5.1.3 Stärkere Verschränkung von Politikfeldern

Ein zentrales Entwicklungsfeld für die Förderung der Beschäftigung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen liegt in der besseren Verschränkung unterschiedlicher Politikfelder (vgl. Belin et al. 2016, S. 83). Insbesondere die Schnittstellen zwischen Gesundheitssystem und Arbeitsmarkt stellen in Österreich eine strukturelle Herausforderung dar. In der Praxis betrifft dies vor allem das Zusammenspiel zwischen der österreichischen Gesundheitskasse, Arbeitsmarktservice und Pensionsversicherungsanstalt, deren Zuständigkeiten auf unterschiedliche Phasen von Krankheit, Rehabilitation und Erwerbsintegration ausgerichtet sind.

Das aktuelle System geht von einer Dichotomie von „gesund“ und „krank“ bzw. „arbeitsfähig“ und „nicht arbeitsfähig“ aus. Abhängig von der Einstufung werden unterschiedliche Leistungen und Zuständigkeiten wirksam. Diese dichotome Logik bildet jedoch die Realität vieler Betroffener nur unzureichend ab, da gesundheitliche Einschränkungen häufig graduell verlaufen und Arbeitsfähigkeit nicht abrupt verloren geht oder zurückkehrt. Für den individuellen Bewältigungsprozess und die Stabilisierung von Erwerbsperspektiven kann es daher hilfreich sein, Maßnahmen nicht strikt sequenziell, sondern stärker parallel auszurichten und gesundheitliche Stabilisierung sowie berufliche Neuorientierung als miteinander verbundene Prozesse zu verstehen.

Ansätze, die medizinische und berufliche Perspektiven systematisch miteinander verknüpfen, zeigen sich in anderen Ländern, etwa in Deutschland mit der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation, bei der berufliche Aspekte bereits in der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Zudem kann auf Erfahrungen aus einem aktuellen Modellprojekt zurückgegriffen werden, das in Kapitel 6.8 beschrieben wird.

In Österreich stellen diese abgegrenzten Zuständigkeiten den Reintegrationsprozess in der Praxis vor große Herausforderungen (vgl. E1, E2). Dies betrifft insbesondere die Schnittstelle zu Personen, die Rehabilitationsgeld beziehen und damit im Zuständigkeitsbereich der österreichischen Gesundheitskasse liegen. Für diese Gruppe gelingt der Übergang in berufliche Rehabilitation oder zurück in den Arbeitsmarkt häufig nur unzureichend. Die Trennung der Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung,

Pensionsversicherung und Arbeitsmarktservice erschwert durchgängige Unterstützungsprozesse und führt dazu, dass arbeitsmarktbezogene Perspektiven während des Rehabilitationsgeldbezugs bzw. der medizinischen Rehabilitation oft zu spät oder gar nicht systematisch aufgegriffen werden. Vor diesem Hintergrund erscheint die Entwicklung stärker systemübergreifender Angebote als zentrales Entwicklungsfeld, um Brüche zwischen gesundheitlicher Stabilisierung und beruflicher (Re-)Integration zu reduzieren und frühzeitig koordinierte Unterstützungsprozesse zu ermöglichen.

5.1.4 Höherer Stellenwert und Bewusstseinsbildung

Ein weiteres Entwicklungsfeld, das in der Ländervergleichsanalyse der European Agency for Safety and Health at Work (Belin et al. 2016, S. 85) festgehalten wurde, ist eine Bewusstseinsbildung zur beruflichen Rehabilitation auf möglichst verschiedenen Ebenen. Die Sensibilisierung aller relevanten Akteur:innen ist entscheidend für eine erfolgreiche Wiedereingliederung bzw. für die Umsetzung von Sekundärprävention. Dies betrifft sowohl Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmer:innen, Ärzte/Ärztinnen, Arbeitsmediziner:innen sowie die Sozialversicherungsträger:innen.

Dies ist speziell für einen frühzeitigen Zugang zur beruflichen Rehabilitation ein wichtiger Aspekt. In der Schweiz wird beispielsweise durch die Invalidenversicherung eine eingliederungsorientierte Beratung angeboten, die sich neben den versicherten Personen auch an Arbeitgeber:innen oder Ärzte/Ärztinnen und an weitere relevante Akteur:innen richtet, um auf die konkreten Leistungen der beruflichen Eingliederung der Invalidenversicherung aufmerksam zu machen.

In diesem Kontext führt auch Expert:in 2 an, dass der Stellenwert der beruflichen Rehabilitation gerade in Österreich höher sein könnte und dies auch entsprechend budgetär berücksichtigt, werden sollte.

5.1.5 Monitoring und Wirkungsmessung

Ein weiteres Entwicklungsfeld betrifft ein umfassendes Monitoring der beruflichen Rehabilitation und Instrumente der Wirkungsmessung, um Rückschlüsse auf den Erfolg von Leistungen treffen zu können. Der Ländervergleich verdeutlicht, dass in den zentralen Institutionen Statistiken und Erfolgsmessungen bestehen. Allerdings liegt aufgrund der Fragmentierung auf verschiedene Institutionen keine umfassende Abbildung aller Rehabilitationsleistungen vor.

In Österreich konnten Daten aus dem Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt herangezogen werden, die jedoch sehr allgemeine Informationen darstellen (siehe Kapitel 4.7). Diese bilden aber nur einen Teil der Rehabilitationsmaßnahmen in Österreich ab, da auch die AUVA und das AMS-Maßnahmen umsetzen.

In der Schweiz besteht ein sehr umfassendes Monitoring, das in regelmäßigen, differenzierten Berichten veröffentlicht wird. Zudem sind auch Online-Datenabfragen möglich. In Deutschland werden von der Rentenversicherung regelmäßig Berichte veröffentlicht, in denen die Leistungen inklusive Erfolgsmessungen für die berufliche

Rehabilitation dargestellt werden. Diese beinhalten auch regelmäßige Teilnehmer:innenbefragungen. Auch die Bundesagentur für Arbeit führt eine sehr umfassende Statistik zur Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit Behinderung – Kurzbezeichnung „Reha-Statistik“. Diese ist auf deren Website veröffentlicht und über Abfragen und vorgefertigte Excel-Tabellen abrufbar⁴¹.

Ein weiteres Entwicklungsfeld eröffnet sich in einem trägerübergreifenden Monitoring, das Daten differenziert nach Maßnahmenarten sowie nach personenbezogenen Merkmalen (wie z.B. Geschlecht und Alter) erfasst und Arbeitsmarktverläufe für bestimmte Nachbeobachtungszeiträume beinhaltet. Allerdings lassen sich daraus keine Rückschlüsse auf Wirkungen ziehen. Dazu empfiehlt es sich, umfassende Wirkungsstudien und Evaluationen durchzuführen, was in den meisten Ländern eine zentrale Forschungslücke darstellt (z.B. Belin et al. 2016, S. 85; de Geus et al. 2024, S. 177).

5.2 Zugang und Prozessgestaltung

Die Ländervergleichsanalyse zeigt, dass der Zugang zur beruflichen Rehabilitation sowie der Prozess selbst unterschiedlich ausgestaltet sind. Für Österreich können im Sinne einer möglichen Weiterentwicklung die Zugangskriterien, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der Zeitpunkt, wann Unterstützung einsetzen soll, einer kritischen Reflexion unterzogen werden. Weitere Aspekte sind der Umgang mit längeren Krankenständen und die Frage, wie Personen während des gesamten Prozesses durchgängig begleitet werden.

5.2.1 Zugangskriterien bzw. -barrieren

Die Zugangskriterien zur beruflichen Rehabilitation stellen ein weiteres mögliches Entwicklungsfeld dar. Grundsätzlich zeigt der Ländervergleich, dass sich in allen Ländern in der Praxis Zugangsbarrieren zur beruflichen Rehabilitation eröffnen, wobei die formalen Grundlagen teilweise unterschiedlich ausgeprägt sind.

In Österreich werden die Zugangskriterien zur beruflichen Rehabilitation vor allem im Kontext der Pflichtrehabilitation diskutiert, da diese als Mitgrund für die geringe Anzahl an Umschulungsgeldbezieher:innen, die sich seit der Reform der Invaliditätspension kaum geändert haben, angeführt werden. (vgl. Rechnungshof 2017, S.55; OECD 2015, S.53)

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation nach dem ASVG werden in Österreich nur dann gewährt, wenn sie in der Begutachtung durch die Pensionsversicherungsanstalt als zweckmäßig und zumutbar beurteilt werden und zugleich eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt besteht. Die gesetzliche Formulierung lässt dabei einen gewissen Interpretationsspielraum zu,

⁴¹ Nähere siehe: <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Foerderung-und-berufliche-Rehabilitation/Foerderung-und-berufliche-Rehabilitation-Nav.html> (Zugriff: 2.4.2026)

insbesondere bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten und der Notwendigkeit konkreter Maßnahmen.

Die Bewilligung von Maßnahmen nach § 253e bzw. § 270a ASVG setzt neben der Zweckmäßigkeit, Zumutbarkeit und Erfolgsaussicht auch den sogenannten Berufsschutz voraus, der an die Ausübung eines erlernten oder angelernten Berufs sowie an eine bestimmte Anzahl an Pflichtversicherungsmonaten geknüpft ist. Der Berufsschutz bedeutet, dass Versicherte grundsätzlich nur auf Tätigkeiten verwiesen werden dürfen, die ihrem bisherigen Beruf ähnlich sind. Liegt kein Berufsschutz vor, können sie auf alle anderen Tätigkeiten verwiesen werden.

Durch das Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2017 wurde der Berufsschutz bei der Inanspruchnahme von beruflicher Rehabilitation gelockert, dennoch blieb die Inanspruchnahme von Umschulungsgeldbezieher:innen weiterhin auf niedrigem Niveau. Dies deutet darauf hin, dass diese Anpassung in der Praxis bislang nur begrenzte Wirkung entfaltet hat.

Expert:in 2 weist darauf hin, dass die strengen Zugangskriterien dazu führen können, dass Personen formal von Maßnahmen ausgeschlossen sind, obwohl aus fachlicher Sicht ein klarer Rehabilitationsbedarf besteht. Zudem ermöglichen die bestehenden Verweisberufe auch bei bestehendem Berufsschutz in vielen Fällen eine formale Verweisung auf andere Tätigkeiten, wodurch der Anspruch auf berufliche Rehabilitation entfällt, auch wenn diese für eine nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt sinnvoll wäre.

Die gesetzlichen Kriterien, insbesondere der Berufsschutz, erfüllen einerseits eine wichtige Schutzfunktion, indem sie verhindern, dass Personen automatisch auf Tätigkeiten mit niedrigerem Qualifikationsniveau verwiesen werden können. Andererseits können sie jedoch formale Zugangsbarrieren darstellen, da besonders gefährdete Gruppen, etwa Personen mit niedrigem Bildungsniveau, die Voraussetzungen seltener erfüllen. Damit besteht das Risiko, dass gerade jene Personen, die ein erhöhtes Risiko für langfristige Arbeitslosigkeit haben, seltener Zugang zu beruflicher Rehabilitation erhalten. Das AMS kann zwar grundsätzlich berufliche Rehabilitationsmaßnahmen gewähren, dies obliegt allerdings dem Ermessen des AMS und hängt auch von den verfügbaren finanziellen Ressourcen ab (E2).

Im Ländervergleich zeigt sich, dass auch in anderen Ländern Versicherungszeiten als Zugangsvoraussetzung bestehen, die Ausübung eines konkret erlernten oder qualifizierten Berufs ist hingegen kein Kriterium in den betrachteten Ländern. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Regelungen zu voraussetzenden Erwerbseinbußen von etwa 20% bei Umschulungen in der Schweiz in eine ähnliche Richtung gehen. Diese führen dazu, dass eher besser Verdienende eine berufliche Umschulung beanspruchen können und sich dadurch für Personen mit niedrigerem Einkommen eine Zugangsbarriere eröffnet.

Vor dem Hintergrund der weiterhin geringen Anzahl an Umschulungsgeldbezieher:innen und des erhöhten Exklusionsrisikos für Personen mit niedrigem Bildungsniveau in Kombination mit gesundheitlichen Einschränkungen empfiehlt es sich, im Zuge einer Diskussion einer möglichen Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitation auch die Überprüfung der Zugangskriterien in den Fokus zu nehmen. Insbesondere im Sinne einer breiteren Erreichung von exklusionsgefährdeten Zielgruppen stellt diese ein wichtiges Entwicklungsfeld dar.

5.2.2 Reintegrationschancen bei Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigen

Ein weiteres mögliches Entwicklungsfeld, das sich aus Sicht der österreichischen Expert:innen eröffnet, betrifft die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. In der Praxis zeigen sich dabei unterschiedliche Blickwinkel zwischen der Pensionsversicherungsanstalt und dem AMS. Die Beurteilung der Pensionsversicherungsanstalt orientiert sich primär an den gesetzlichen Vorgaben des ASVG. Nach § 255/§ 273 liegt Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit dann vor, wenn die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustands auf weniger als die Hälfte jener eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung sowie gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten in jedem dieser Berufe herabgesunken ist. Damit steht die medizinisch-funktionale Leistungsfähigkeit im Vordergrund.

Demgegenüber nimmt das AMS stärker die tatsächliche Vermittelbarkeit in den Blick, also die Frage, ob unter den gegebenen gesundheitlichen Einschränkungen realistische Chancen bestehen, eine Beschäftigung am Arbeitsmarkt zu finden (vgl. E1). Gleichzeitig wird eine Bewilligung beruflicher Rehabilitation nur dann gewährt, wenn diese als zweckmäßig gilt und eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt erwartet wird. In der Praxis kann es daher zu widersprüchlichen Situationen kommen: Beispielsweise werden Personen von der Pensionsversicherungsanstalt formal als arbeitsfähig beurteilt, obwohl in der Realität kaum Vermittlungschancen bestehen. In solchen Fällen werden Rehabilitationsmaßnahmen teilweise nicht gewährt, obwohl aus arbeitsmarktpolitischer Perspektive ein klarer Unterstützungsbedarf besteht (E2).

In den anderen Ländern erfolgen ebenfalls Beurteilungen der Reintegrationsperspektiven, wenngleich teilweise unterschiedliche Ansätze bestehen: In der Schweiz wird beispielsweise zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit unterschieden. Arbeitsunfähigkeit bezieht sich darauf, dass der bisherige konkrete Beruf oder Aufgabenbereich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr ausgeübt werden kann. Erwerbsunfähigkeit meint demgegenüber den generellen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten am Arbeitsmarkt. Gesetzlich wird dabei ausdrücklich festgehalten, dass sich die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit ausschließlich auf die gesundheitlichen Folgen bezieht, während bei der Arbeitsunfähigkeit auch die berufliche Perspektive berücksichtigt wird. Ist die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich dauerhaft, spricht man von Invalidität. Für den Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Eingliederung werden in der Schweiz teils Arbeitsunfähigkeit, teils Erwerbsunfähigkeit vorausgesetzt.

In Dänemark wird bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit neben der gesundheitlichen Einschränkung auch berücksichtigt, inwiefern die betroffene Person in der Lage ist, ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Zugänge bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen PVA und AMS eröffnet sich ein Entwicklungsfeld darin, wie bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine noch stärkere Berücksichtigung der realen Arbeitsmarktchancen gelingen kann.

5.2.3 Frühzeitige Interventionen

In Österreich setzen Rehabilitationsmaßnahmen häufig erst relativ spät ein – meist im Zusammenhang mit Anträgen auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension, sodass berufliche Rehabilitation erst dann gewährt wird, wenn Arbeitsunfähigkeit bereits eingetreten ist oder unmittelbar droht. Expert:innen sehen dies kritisch, da Betroffene zu diesem Zeitpunkt oftmals bereits eine Pensionierung als Ziel betrachten und damit zentrale Potenziale früher Interventionen ungenutzt bleiben (E1, E2).

Die Relevanz frühzeitiger Interventionen zeigt sich besonders deutlich im Kontext von (Langzeit-)Krankenständen: Laut Fehlzeitenreport des Wirtschaftsforschungsinstituts (WIFO) (Mayrhuber & Bitschi 2025) entfielen im Jahr 2024 3,1 % der Krankenstände auf Langzeitkrankenstände (mindestens 40 Tage durchgehende Abwesenheit), diese verursachten jedoch 39,8 % aller Krankenstandstage. Hauptursachen sind Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen sowie psychische Erkrankungen – also Krankheitsbilder, die aus Sicht der Studienautor:innen grundsätzlich gut für präventive und arbeitsplatzbezogene Interventionen geeignet sind. In der Studie werden auch Prognosemodelle erstellt, in denen sichtbar wird, dass eine Reduktion der Langzeitkrankenstände um 10% das Arbeitsvolumen um rund 7.000 versicherte Personen erhöhen würden. Somit besteht ein erhebliches Potenzial bei der Reduktion von Fehlzeiten und zur Förderung der Rückkehr in den Arbeitsprozess.

Der Ländervergleich verdeutlicht, dass sowohl die Dauer als auch der Umfang der Entgeltfortzahlung durch die/den Arbeitgeber:in bei Krankenständen variieren und dass die bestehenden Interventionen unterschiedlich ausgeprägt sind. In der Schweiz sind Frühinterventionen wie Arbeitsplatzanpassungen fest im Prozess der beruflichen Eingliederung verankert. Die Niederlande verpflichten Arbeitgeber:innen, Reintegrationspläne zu erstellen und deren Umsetzung zu dokumentieren. In Dänemark begleiten Kommunen den Wiedereingliederungsprozess während des Krankengeldbezugs durch regelmäßige Follow-up-Gespräche. In Deutschland besteht ein gesetzlich verankertes betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), das jedoch in der Praxis aufgrund fehlender Sanktionen nicht flächendeckend wirksam umgesetzt wird (E3).

Auch in Deutschland wird seitens Expert:in 4 die Notwendigkeit eines gestuften Vorgehens im Rahmen eines „Kaskadenmodells“ als wichtig erachtet. Bei diesem geht es zunächst um den Erhalt des bestehenden Arbeitsplatzes und Umschulungen sollen erst als letzte Option eingesetzt werden (E4).

Ein internationales systematisches Literaturreview analysierte die Effekte von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz bei Personen mit Langzeitkrankenständen von mehr als 90 Tagen. Ausgangspunkt der Untersuchung war die Annahme, dass die Wirksamkeit beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitkrankenständen unklar sei. Die Studie konnte zeigen, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitkrankenständen die Rückkehr an den Arbeitsplatz positiv beeinflussen. Allerdings lassen sich daraus keine eindeutigen Aussagen ableiten, welche konkreten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für diesen Effekt verantwortlich sind. Grundsätzlich verdeutlichen die Ergebnisse allerdings das Potenzial des Einsatzes von Rehabilitationsmaßnahmen bei Langzeitkrankenständen (vgl. de Geus et al. 2024).

In Österreich sind Interventionen bei Krankenständen überwiegend freiwilliger Natur und werden vor allem durch das Beratungsangebot fit2work abgedeckt. Personen, die länger als 40 Tage arbeitsunfähig sind oder bestimmte Diagnosen aufweisen, erhalten innerhalb eines Jahres ein Einladungsschreiben der österreichischen Gesundheitskasse zu einem Beratungsgespräch (Mayrhuber & Bitschi 2025, S. VII). Die Evaluierung von fit2work zeigt, dass die Erwerbsbeteiligung der Teilnehmenden an der Personenberatung vor Beratungsstart aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Krankenstand niedriger ist als im Jahr nach Abschluss der Beratung. Demgegenüber zeigen die Evaluierungsergebnisse bei der Betriebsberatung kaum Effekte. Dies lässt sich auf mögliche Selektionseffekte zurückführen, da Betriebe mit ohnehin wenigen Krankenständen und hohem Bewusstsein für Gesundheitsförderung eher an der Beratung teilnehmen (Statistik Austria 2024).

Vor diesem Hintergrund eröffnet sich ein mögliches Entwicklungsfeld im Bereich der frühzeitigen Interventionen, etwa bei Langzeitkrankenständen. Hierbei kann über Ansätze nachgedacht werden, wie der sekundärpräventive Charakter von fit2work stärker ausgebaut werden kann und wie verbindliche Mechanismen für Unternehmen geschaffen werden können.

5.2.4 Kontinuierliche Fallbegleitung

Einen wesentlichen Faktor für eine erfolgreiche Umsetzung der beruflichen Rehabilitation kann die kontinuierliche Fallbegleitung darstellen. Der Ländervergleich zeigt, dass entsprechende Strukturen in einigen Ländern bereits umgesetzt sind. In der Schweiz übernehmen die regionalen IV-Stellen während der beruflichen Eingliederung eine umfassende Fallführung. Diese umfasst sowohl Interventionen am Arbeitsplatz als auch Reintegrationsmaßnahmen und konkrete Unterstützung bei der Vermittlung. Damit übernehmen die regionalen IV-Stellen Aufgaben, die in Österreich teilweise vom AMS wahrgenommen werden.

In Dänemark wurden bis zum Inkrafttreten der Beschäftigungsreform im Februar 2026 multiprofessionelle Rehabilitationsteams eingesetzt. Diese Teams erstellen einen individuellen Rehaplan, dessen Umsetzung durch Fallmanager:innen begleitet wird. In

Deutschland wurde mit Inkrafttreten des § 13a SGB VI im Jahr 2025 erstmals eine Rechtsgrundlage für ein Fallmanagement bei der Rentenversicherung geschaffen, das auch die berufliche Rehabilitation umfasst. Expert:in 4 bewertet dies als vielversprechenden Ansatz. Zum Zeitpunkt der Studienfertigstellung werden verschiedene Modellprojekte erprobt – ein exemplarisches wird in Kapitel 6.5 beschrieben.

In Österreich existiert bislang im Kontext von Rehabilitation keine umfassende Fallführung bzw. ein Fallmanagement, das zentral bei einer Institution angesiedelt ist. Angesichts der fragmentierten Zuständigkeiten und der Vielzahl beteiligter Akteur:innen stellt dies ein weiteres mögliches Entwicklungsfeld dar. Dies kann dazu beitragen, Ziele und Prozesse stärker auf die individuellen Bedürfnisse der Personen auszurichten.

5.3 Angebotsgestaltung

Die konkrete Ausgestaltung der Angebote bestimmt wesentlich, welche Unterstützung Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen erhalten und wie gut diese auf unterschiedliche Bedarfe abgestimmt sind. Mit Blick auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten in diesem Bereich werden anhand der vorliegenden Studie insbesondere Fragen in Bezug auf das Maßnahmenspektrum, auf zielgruppenspezifische Unterstützungsansätze sowie auf Möglichkeiten flexibler Beschäftigungsmodelle aufgeworfen. Auch die Verantwortlichkeiten der Arbeitgeber:innen spielen dabei eine wichtige Rolle.

5.3.1 Erweiterung des Maßnahmenspektrums

Ein weiteres Entwicklungsfeld betrifft das Spektrum an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF, das der Definition von Rehabilitation durch die WHO zugrunde liegt, betrachtet Gesundheit und Krankheit als Kontinuum und nicht als dichotome Kategorien. Der Gesundheitszustand hängt sowohl von personenbezogenen Faktoren als auch von Umweltbedingungen ab. Für den Bewältigungsprozess ist es daher entscheidend, neben gesundheitlichen Aspekten auch Umweltfaktoren und damit verbundene Einschränkungen der Teilhabe, wie etwa Arbeitslosigkeit, einzubeziehen. Aufgrund der gesetzlich definierten abgegrenzten Zuständigkeiten ist ein durchgängiger Rehabilitationsprozess in der Praxis jedoch nicht immer möglich. Vor diesem Hintergrund eröffnet sich ein Entwicklungsfeld in der Erweiterung des Angebotsspektrums der beruflichen Rehabilitation.

Der Ländervergleich zeigt, dass das Maßnahmenspektrum der beruflichen Rehabilitation zwischen den Ländern deutlich variiert. In Österreich ist es gesetzlich relativ eng definiert und wird in der Praxis vor allem mit Umschulungen verbunden. Darüber hinaus umfasst das gesetzlich verankerte Portfolio auch vorbereitende Maßnahmen, Arbeitstrainings sowie arbeitsplatzbezogene Anpassungen. In der Praxis existieren jedoch weitere Angebote, beispielsweise allgemeine Unterstützungsleistungen des AMS wie Eingliederungsbeihilfe oder Kombilohn, die nach theoretischem Verständnis ebenfalls zur beruflichen Rehabilitation gezählt werden können. Zudem werden immer wieder Pilotprojekte umgesetzt, bei denen institutionell abgegrenzte Zuständigkeiten

aufgelockert werden. Beispielsweise führt das AMS Oberösterreich im Jahr 2025/2026 ein Pilotprojekt zur frühzeitigen Arbeitsmarktintegration von RehaGeldbezieher:innen durch. Diese Zielgruppe ist eigentlich im Geltungsbereich der ÖGK, werden aber im Rahmen einer intensiven Beratung durch das AMS begleitet, um ihre Chancen auf eine Integration in den Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Mit Blick auf die Systeme in der Schweiz und in Dänemark zeigt sich in Österreich eine strukturelle Lücke bei sehr niederschweligen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, die nur wenige Stunden pro Woche besucht werden können. Dies ist insbesondere für die Zielgruppe der RehaGeldbezieher:innen relevant, da diese häufig niederschweligen Angebote benötigen (siehe Kapitel 5.3.2). Im Geltungsbereich des AMS sind mindestens 16 Wochenstunden vorgesehen, was für manche Personen schwer realisierbar ist (vgl. Lankmayer 2016, S. 63). In der Schweiz umfasst die berufliche Eingliederung Integrationsmaßnahmen, die auf die Vorbereitung auf die berufliche Rehabilitation abzielen. Diese Maßnahmen werden von der Schweizer Expert:in E7 als besonders niederschwellig bezeichnet, da sie bereits ab zwei Wochenstunden besucht werden können und darauf abzielen, die Arbeitsfähigkeit sukzessive aufzubauen.

Eine ähnliche Funktion erfüllt der sogenannte Ressourcenfluss-Kurs in Dänemark, der bis zum Inkrafttreten der Reform im Februar 2026 Teil der beruflichen Rehabilitation war. Diese Maßnahme konnte bis zu drei Jahre besucht werden und kombiniert medizinische Maßnahmen, soziale Unterstützungsangebote sowie berufliches Training, um die Arbeitsfähigkeit aufzubauen. Die Teilnahme war durch eine eigene gesetzliche Regelung abgesichert, inklusive finanzieller Leistungen (Ressourceforløbsydelse), die in etwa dem Krankengeld entsprachen.

Neben den vorgelagerten Maßnahmen ergibt sich ein Entwicklungsfeld auch im Anschluss an die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Hierbei kann für bestimmte Zielgruppen über Nachbetreuungsangebote nachgedacht werden. Das in Deutschland umgesetzte Modellprojekt „JobProtection“ zeigte für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen signifikant höhere Chancen auf eine nachhaltige Beschäftigung (Beschreibung siehe Kapitel 6.3). Zudem ergibt sich ein Entwicklungspotenzial bei flexiblen Beschäftigungsmöglichkeiten für Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit, auf das im nächsten Kapitel 5.3.2 noch eingegangen wird.

Zusammenfassend lässt sich für Österreich ein Entwicklungsfeld in der Erweiterung des Angebotsspektrums der beruflichen Rehabilitation ableiten. Sowohl vor, während als auch nach den Maßnahmen besteht Potenzial, die Angebote stärker an den individuellen Bedürfnissen der Zielgruppen auszurichten, um die nachhaltige Integration in den Arbeitsmarkt zu fördern. Niederschwellige Maßnahmen und Nachbetreuung können dabei wichtige Bausteine für einen durchgängigen, effektiven Rehabilitationsprozess sein. Gleichzeitig führen die abgegrenzten Zuständigkeiten zwischen den Akteur:innen dazu, dass Lücken im Rehabilitationsprozess entstehen können. Um diese zu schließen, empfiehlt es sich, gezielt mit ergänzenden, bedarfsgerechten Angeboten anzusetzen.

5.3.2 Flexible Beschäftigungsmodelle für eingeschränkte Leistungsfähigkeit

Personen, die aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nur eingeschränkt arbeitsfähig sind, können auch nach Rehabilitationsmaßnahmen häufig keine volle Leistungsfähigkeit erreichen. Für einen Teil der Betroffenen wären stufenweise Einstiegsmöglichkeiten mit der Option der schrittweisen Erhöhung des Stundenkontingents sinnvoll, während ein anderer Teil der Betroffenen möglicherweise generell keine Vollzeitstelle mehr ausüben kann. Eine Studie zu Langzeitarbeitslosen in Oberösterreich zeigt, dass gesundheitliche Einschränkungen die Hauptbarriere bei der Aufnahme einer Beschäftigung darstellen. 61% der langzeitbeschäftigungslosen Personen in OÖ verfügen über gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen. Rund sieben von zehn Personen gaben an, dass sie es hilfreich fänden, zunächst mit wenigen Stunden zu beginnen und begleitende Gesundheitsangebote zur Verbesserung ihrer Leistungsfähigkeit wahrzunehmen, um wieder am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (Lankmayer & Rigler 2025).

Vor diesem Hintergrund eröffnet sich ein Entwicklungsfeld in der Schaffung von Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsmarktintegration von Personen, die grundsätzlich einen Arbeitswunsch haben, aber aufgrund eingeschränkter Leistungsfähigkeit nur in Teilzeit oder mit reduzierten Stunden arbeiten können. Dazu sind grundsätzlich verschiedene Ansätze denkbar.

Eine Möglichkeit besteht darin, die Wiedereingliederungsteilzeit, die in Österreich einen stufenweisen Wiedereinstieg nach längeren Krankenständen bei erwerbstätigen Personen ermöglicht, auch gezielt für Arbeitslose beziehungsweise Langzeitarbeitslose einzusetzen. Darüber hinaus könnten Ansätze entwickelt werden, bei denen Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit nur eine bestimmte Anzahl von Stunden arbeiten und zur Sicherung des Lebensunterhalts durch Lohnsubventionen unterstützt werden. In Österreich existieren bereits Instrumente wie die AMS-Kombilohnbeihilfe, die jedoch in der Regel auf ein Jahr begrenzt ist, mit Ausnahmefällen bis zu drei Jahren, etwa für ältere Personen, Rehageldbezieher:innen oder nach Abschluss einer beruflichen Rehabilitation.

In Dänemark ermöglichen die sogenannten flexjobs („fleksjobs“) Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit eine Beschäftigung am regulären Arbeitsmarkt, unterstützt durch Lohnsubventionen. Dies ist ein wesentlicher Bestandteil im dänischen System zur Förderung der Beschäftigung von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen und betrifft etwa vier Prozent aller Beschäftigten (eine ausführliche Beschreibung befindet sich in Kapitel 6.6).

In diesem Zusammenhang kann auch auf Konzepte der Teilarbeitsfähigkeit beziehungsweise von Teilkrankenständen verwiesen werden, wie sie in den skandinavischen Ländern praktiziert werden. Dort zeigen sich bei längeren Krankenständen positive Effekte auf die Rückkehr in den Arbeitsmarkt (Return to Work). Dieser Ansatz berücksichtigt das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit und zielt darauf ab, die verbleibende Arbeitsfähigkeit in den Vordergrund zu stellen. Eine Studie zur Übertragbarkeit der skandinavischen Erfahrungen auf Deutschland kommt zu dem Schluss, dass Instrumente

der Teilkranschreibungen grundsätzlich positive Effekte haben. Die Autor:innen weisen jedoch darauf hin, dass die Umsetzung aufgrund der Unterschiede zwischen den skandinavischen Systemen und dem deutschen System – das in Grundzügen dem österreichischen System ähnelt – mit erheblichen Hürden verbunden ist. Dennoch sehen die Gutachter:innen eine Entwicklungsperspektive darin, weg von Arbeitsunfähigkeit als „Entweder-Oder-Entscheidung“ hin zur Konzentration auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit (vgl. Sander et al. 2018).

Für Österreich eröffnet sich ein mögliches Entwicklungsfeld dahingehend, Konzepte zur stufenweisen Wiedereingliederung von arbeitslosen Personen zu schaffen. Zudem gilt es über Beschäftigungsmöglichkeiten von Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit am regulären Arbeitsmarkt nachzudenken.

5.3.3 Arbeitgeber:innen-Verantwortung stärken

Ein wesentlicher Faktor für den Verbleib im Erwerbsleben und die Rückkehr an den Arbeitsplatz bei gesundheitlichen Einschränkungen ist das Mitwirken der Arbeitgeber:innen. Sowohl die interviewten österreichischen als auch die Expert:innen aus den betrachteten Ländern betonen die Schlüsselfunktion der Unternehmen bei einem möglichst frühzeitigen Ansetzen des Return to Work bzw. bei der Umsetzung von Sekundärprävention und beruflicher Rehabilitation. Wie bereits in den vorherigen Abschnitten gezeigt, variieren die gesetzlichen Vorgaben und Pflichten der Arbeitgeber:innen in den untersuchten Ländern stark. Besonders die niederländische Regelung, die Unternehmen umfassend verpflichtet, wird auch von Expert:innen in Deutschland und Österreich (z.B. E1, E4) als guter Ansatz angesehen, um Arbeitgeber:innen frühzeitig einzubinden und zu Interventionen zu motivieren.

Expert:in 4 betont, dass im niederländischen System die frühzeitige Einbindung der Arbeitgeber:innen sowie die bis zu zweijähriger Lohnfortzahlung diese stark motivieren, aktiv Maßnahmen zu setzen. In Deutschland entfällt diese monetäre Motivation nach der sechsten Woche, da die Krankenkasse die Zahlungen übernimmt. Das zwar gesetzlich vorgeschriebene betriebliche Eingliederungsmanagement wird mangels wirksamer Sanktionen häufig nicht umgesetzt. Expert:in 5 hebt zudem die klaren Handlungsleitlinien bei Krankenständen positiv hervor, insbesondere die Vorgabe, innerhalb weniger Wochen einen Wiedereingliederungsplan zu erstellen, der als zentraler Erfolgsfaktor gilt und im Verlauf noch angepasst werden kann.

Für Österreich lässt sich daraus ein mögliches Entwicklungsfeld ableiten, Arbeitgeber:innen früher und stärker in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen. Dabei ist es wichtig, den Austausch zwischen Beschäftigten und Unternehmen von Beginn an zu fördern und ein gemeinsames Verständnis der Problematik sowie möglicher Lösungswege zu schaffen.

5.3.4 Angebote für herausfordernde Zielgruppen

Aufgrund der systemischen Besonderheiten des österreichischen Systems ergeben sich für bestimmte Zielgruppen aus Sicht der interviewten österreichischen Expert:innen besondere Herausforderungen bei der Förderung der Integration in den Arbeitsmarkt. Dies betrifft vor allem die Gruppe der Rehabilitationsgeldbezieher:innen, für die der Übergang in den Arbeitsmarkt kaum gelingt. Daneben wurden durch die interviewten österreichischen Expert:innen zwei weitere Zielgruppen genannt, die zu wenig im Fokus der Arbeitsmarktpolitik stehen. Dies umfasst die Gruppe der sogenannten „Ausgesteuerten“ und die Gruppe der Personen mit einem abgelehnten Pensionsantrag.

Rehabilitationsgeldbezieher:innen

Ein besonderes Entwicklungsfeld betrifft die Zielgruppe der Rehabilitationsgeldbezieher:innen. Die durch das SRÄG 2012 angestrebte Wirkung, Rehabilitation vor der Pension zu ermöglichen, blieb deutlich hinter den Erwartungen zurück. Der Rechnungshof (2020) stellt im Rahmen der Follow-up-Überprüfung der „Invaliditätspension Neu“ fest, dass bereits 2015 rund 4.000 Personen eine medizinische und etwa 2.700 eine berufliche Rehabilitation in Anspruch nehmen hätten sollen. Tatsächlich waren im Jahr 2018 rund 21.200 Personen im Rehabilitationsgeld und nur etwa 120 Personen in beruflicher Rehabilitation bzw. im Umschulungsgeld (2015: ca. 115). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich auch in der Evaluierung der IP-Neu (Haller et al. 2019, S. 75). Seit Inkrafttreten der Reform hat sich die Anzahl der Umschulungsgeldbezieher:innen kaum verändert: Im Dezember 2023 erhielten 100 Personen Umschulungsgeld, während 16.863 Personen Rehabilitationsgeld bezogen. Dies betrifft nur 0,6% der betroffenen Personen (BMASGPKa 2025, S. 18).

Angesichts der hohen Zahl an Rehabilitationsgeldbezieher:innen bei gleichzeitig sehr geringem Anteil an Umschulungsgeldbezieher:innen ergibt sich ein mögliches Entwicklungsfeld in der Schaffung von passgenauen Unterstützungsangeboten für diese Zielgruppe.

„Ausgesteuerte“

Eine weitere Gruppe, die zunehmend Aufmerksamkeit erfährt, sind die sogenannten „Ausgesteuerten“. Dabei handelt es sich um Personen, deren Krankengeldbezug von der ÖGK ausgelaufen ist und die keinen Anspruch mehr auf Leistungen haben. Diese Personen müssen sich aktiv bei anderen Institutionen um Unterstützung bemühen. Laut Expert:in 1 werden sie häufig zwischen den Institutionen „hin- und hergeschickt“, sodass hier ein Entwicklungsfeld verortet wird.

Mit dem Case Management Plus von fit2work wurde im Sommer 2025 ein intensives Case Management für diese Gruppe eingerichtet. Ziel ist es, durch qualifizierte Maßnahmen und individuelle Beratung eine nachhaltige Stabilisierung und Reintegration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Dazu können auch vorbereitende Qualifizierungsmaßnahmen, wie Arbeitstrainings, eingesetzt werden. Die Teilnehmenden profitieren von einer längeren und bedarfsgerechten Betreuungs- und Beratungsmöglichkeit. Das

Angebot ist intensiver als das allgemeine Case Management von fit2work und kann bis zu einem Jahr dauern.⁴² Zum Zeitpunkt der Studiererstellung liegen noch keine Evaluationsergebnisse für das aktuelle Angebot vor.

Personen mit abgelehntem Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspensionsantrag

Eine weitere Zielgruppe, die stärker in den Fokus von Reintegrationsmaßnahmen gerückt werden könnte, ist in der Einschätzung von Expert:in 2 die Gruppe an Personen deren Antrag auf Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension abgelehnt wurde. Die Anzahl der Anträge auf Invaliditäts-/Berufsunfähigkeitspension liegt bei rund 50.000 pro Jahr, wobei die konkrete Anzahl zwischen den jeweiligen Jahren variiert. Beispielsweise sind die Anträge von über 55.000 im Jahr 2019 in den Folgejahren etwas zurückgegangen und im Jahr 2024 betragen diese etwa 53.400. Die Zuerkennungsquote ist von 36% im Jahr 2020 auf 25% im Jahr 2024 gesunken (BMASGKPb 2025, S. 12). Im Jahresbericht der Pensionsversicherungsanstalt (PV 2025, S. 104) werden zahlreiche Ablehnungen angeführt: Für das Jahr 2024 belaufen sich diese auf 36.915 und für das Jahr 2023 auf insgesamt 35.932.

Nach Einschätzung von Expert:in 2 haben diese Personen ein besonders hohes Risiko, längerfristig arbeitslos zu bleiben. Vor diesem Hintergrund wäre es aus Sicht von Expert:in 2 sinnvoll, diese Zielgruppe – auch angesichts ihrer hohen Anzahl – stärker in den Fokus von Unterstützungsmaßnahmen zu rücken und entsprechende Strukturen zur gezielten Förderung zu schaffen.

⁴² Näheres siehe: [Wie läuft eine Beratung durch fit2work ab?](https://www.fit2work.at/artikel/aktueller-artikel?utm_source=chat-gpt.com); https://www.fit2work.at/artikel/aktueller-artikel?utm_source=chat-gpt.com

6. Anhang: Innovative Ansätze

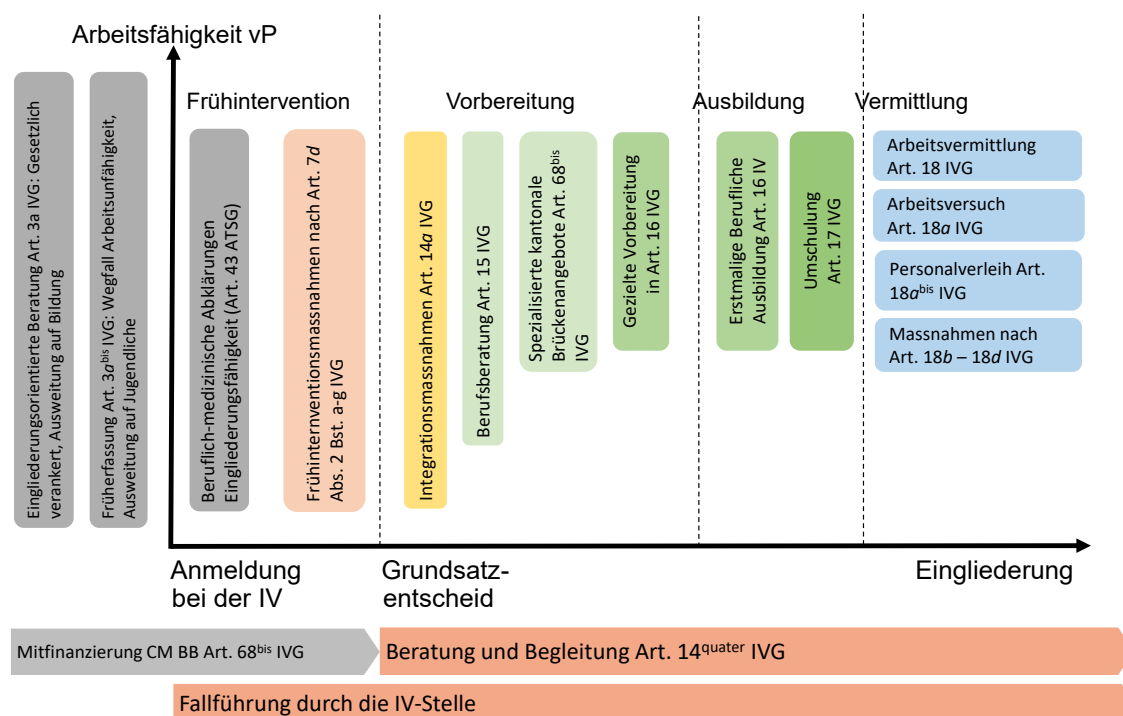
Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die in weiterer Folge näher beschriebenen innovativen Ansätze.

Thema/innovativer Ansatz	Land	Seite
ganzheitlicher Rehabilitationsprozess	Schweiz	S. 93
starke Arbeitgeberverpflichtung	Niederlande	S. 97
Nachbetreuung nach beruflicher Rehabilitation	Deutschland	S. 100
Supported Employment	Ursprung: USA	S. 101
Fallmanagement	Deutschland	S. 103
Beschäftigungsmöglichkeiten bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit	Dänemark	S. 106
Kooperation der Akteur:innen	USA/Europa	S. 108
Verknüpfung medizinischer und beruflicher Rehabilitation	Deutschland	S. 110

6.1 Ganzheitlicher Reha-Prozess (Schweiz)

Eine Besonderheit im Schweizer System ist die berufliche Eingliederung, die ein sehr umfassendes Maßnahmenbündel enthält und bei der Invalidenversicherung als zentrales Steuer- und Organisationsorgan gesetzlich verankert ist. In Österreich finden sich Pendant zu vielen in der Schweiz verfügbaren Angeboten der beruflichen Eingliederung ebenfalls wieder, allerdings sind diese auf verschiedene Institutionen aufgeteilt. Der innovative Ansatz des Schweizer Systems liegt darin, dass der gesamte Prozess bei einem zentralen Akteur – der Invalidenversicherung (IV) – angesiedelt ist. Für die Umsetzung der Eingliederungsmaßnahmen sind die kantonalen IV-Stellen zuständig. Die regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV), spielen bei der beruflichen Eingliederung eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. In Abbildung 10 sind die jeweiligen beruflichen Eingliederungsmaßnahmen, eingeteilt nach den jeweiligen Eingliederungsphasen dargestellt. Diese werden nachfolgend näher erläutert.

Abbildung 10: Berufliche Eingliederungsmaßnahmen in der Schweiz



Quelle: BSV, leicht veränderte Darstellung

Maßnahmen vor Anmeldung bei IV (Beratung und Früherfassung)

Bevor Personen bei der IV gemeldet sind und Eingliederungsmaßnahmen umgesetzt werden, wird von der IV eingliederungsorientierte Beratung (Art. 3a IVG) und Früherfassung (Art. 3a bis IVG) angeboten. Beide Instrumente zielen darauf ab, dass sich Personen möglichst früh – idealerweise noch im aufrechten Beschäftigungsverhältnis – an die IV wenden. Die Beratung richtet sich neben den versicherten Personen auch an Arbeitgeber:innen oder Ärzt:innen und an weitere relevante Akteur:innen, um auf die Leistungen zur IV aufmerksam zu machen. Die Früherfassung soll dazu beitragen, dass

sich Personen mit bestehender oder drohender Arbeitsunfähigkeit an die IV wenden. Diese können auch durch Vorschläge von Ärzt:innen, Arbeitgeber:innen, Krankentaggeldversicherungsträger udgl. zu einer Selbstmeldung animiert werden (vgl. BSV 2026, S. 28-29). Der/die interviewte Schweizer Expert:in (E6) betont, dass die Anmeldung bei der IV in erster Linie eine Anmeldung zur Eingliederung ist und nicht für eine Rente, da in der Schweiz der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ praktiziert wird.

Frühinterventionsmaßnahmen

Nach Anmeldung bei der IV erfolgt eine beruflich-medizinische Abklärung der Eingliederungsfähigkeit (Art. 43 ATSG). Innerhalb von zwölf Monaten ab Anmeldung bei der IV entscheidet die IV-Stelle, ob die versicherte Person Anspruch auf Eingliederungsmaßnahmen hat, ob aufgrund mangelnder Aussicht auf Erfolg der Eingliederungsmaßnahmen der Anspruch auf eine Rente geprüft wird oder ob kein Anspruch auf Leistungen der IV besteht. Während der Frühinterventionsphase werden Maßnahmen der Frühintervention umgesetzt. Zudem erfolgen Abklärungen im Hinblick auf den Entscheid über die Durchführung von Eingliederungsmaßnahmen (BSV 2026, S. 31f).

Frühinterventionsmaßnahmen adressieren unterschiedliche Zielgruppen mit spezifischen Zielsetzungen. Diese beinhalten:

- die Unterstützung von **gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen** bzw. jungen Erwachsenen im Alter von 13 bis 25 Jahren beim Zugang zur erstmaligen beruflichen Ausbildung und dem Eintritt in den Arbeitsmarkt. Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozial-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Beschäftigungsmaßnahmen, Beratung und Begleitung (Art. 7d Abs. 1a IVG)
- die **Erhaltung des Arbeitsplatzes** von arbeitsunfähigen (Art. 6 ATSG) Versicherten (Art. 7d Abs. 1b IVG)
- die **Eingliederung von Versicherten an einem neuen Arbeitsplatz** innerhalb oder außerhalb des bisherigen Betriebes (Art. 7d Abs. 1c IVG)

Die Frühinterventionsmaßnahmen umfassen ein breites Spektrum an Maßnahmen, wobei kein Rechtsanspruch besteht (Art. 7d Abs. 3 IVG). Dazu zählen u.a. Anpassungen des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung, sozial-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Beschäftigungsmaßnahmen, Beratung und Begleitung (vgl. Art. 7d Abs. 2 IVG; BSV 2026, S. 31-41).

2024 haben rund 17.200 Personen an Frühinterventionsmaßnahmen teilgenommen (BSV 2025a, S.13). Der Großteil der Beziehenden (32% der Beziehenden) hat eine Arbeitsvermittlung erhalten, eine Beratungs- bzw. Coaching-Leistung beansprucht (22% der Beziehenden), einen Ausbildungskurs besucht (21% der Beziehenden), sowie eine Berufsberatung erhalten (13% der Beziehenden). Anpassungen des Arbeitsplatzes haben nur 4% der Beziehenden betroffen.

Beratung und Begleitung

Die regionale IV-Stelle berät und begleitet die versicherte Person (und gegebenenfalls ihre Arbeitgeber:innen) während der Eingliederungsmaßnahmen. Ziel ist, durch fortlaufende Fallführung einen ständigen Kontakt zur versicherten Person zu gewährleisten – vor, während und zwischen den Maßnahmen, während der Rentenprüfung und bis zu drei Jahre nach der letzten Maßnahme – um den Eingliederungsprozess bestmöglich zu unterstützen (vgl. BSV 2026, S.46ff).

Integrationsmaßnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

Rechtsanspruch besteht für Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zumindest 50 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind sowie nicht erwerbstätige Personen unter 25 Jahren, sofern sie von einer Invalidität nach Art. 8 Abs. 2 ATSG bedroht sind (Art. 14a. Abs. 1 IVG). Ziel ist es, die Personen für die Teilnahme an weiteren Integrationsmaßnahmen vorzubereiten oder eine berufliche Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Zu den wichtigsten Integrationsmaßnahmen zählen die Maßnahmen der „sozial-beruflichen Rehabilitation“. Diese umfassen ein Aufbautraining und ein Arbeitstraining. Beide Maßnahmen dienen dazu, die Arbeitsfähigkeit so weit aufzubauen, dass die Teilnahme an weiteren Eingliederungsmaßnahmen oder der beruflichen Eingliederung ermöglicht wird. Ein Aufbautraining kann in einer Institution oder am ersten Arbeitsmarkt erfolgen, ein Arbeitstraining erfolgt in der Regel am ersten Arbeitsmarkt (BSV 2025a, S. 15-16). Bei den Integrationsmaßnahmen handelt es sich in der Einschätzung von Expert:in 6 um die niederschwelligste Eingliederungsmaßnahme, wo anfangs lediglich 2 Wochenstunden erforderlich sind, die sukzessiv gesteigert werden sollen.

2024 haben rund 13.100 Personen an Integrationsmaßnahmen teilgenommen, wobei 63% davon ein Aufbautraining und 22% ein Arbeitstraining erhielten (BSV 2025a, S. 15-16).

Berufliche Maßnahmen (Art. 15 – Art. 18d IVG)

Die beruflichen Maßnahmen können im Prozess der Eingliederung (siehe **Abbildung 10**) zu verschiedenen Phasen zugeordnet werden. Diese umfassen etwa vorbereitende Maßnahmen wie Berufsberatung, Ausbildungen und Umschulungen bis hin zu Arbeitsvermittlungen oder Arbeitsversuche.

- **Berufsberatung** (Art. 15 IVG): Versicherte Personen, die infolge von Invalidität Schwierigkeiten bei der Ausführung ihrer früheren Tätigkeit oder bei der Berufswahl haben, haben Anspruch auf eine Berufsberatung, die verschiedene Angebote umfasst. Im Jahr 2024 haben etwa 5.800 Personen an dieser Maßnahme teilgenommen, wobei 40% eine vorbereitende Maßnahme in der Berufsberatung⁴³

⁴³ Mit vorbereitenden Maßnahmen werden mögliche Ausbildungswege in der Praxis überprüft, die Eignung abgeklärt sowie Gewöhnung an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes verfolgt, um den Eintritt in eine Ausbildung zu erleichtern (vgl. BSV2025a, S. 18).

beansprucht haben, 38% eine vertiefende Abklärung⁴⁴ durchlaufen haben und 22% der Beziehenden Berufsberatungsgesprächen und -analysen⁴⁵ teilgenommen haben.

- **Erstmalige berufliche Ausbildung** (Art 16 IVG): Versicherte, die ihre Berufswahl getroffen haben, die noch nicht erwerbstätig waren und denen infolge einer Invalidität bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung in wesentlichem Umfang zusätzliche Kosten entstehen, haben Anspruch auf Ersatz dieser Kosten, sofern die Ausbildung ihren Fähigkeiten entspricht. Das bedeutet, dass die IV nur jene Ausbildungskosten übernimmt, die den versicherten Personen aufgrund ihrer Invalidität zusätzlich entstehen. Die Mehrkosten müssen mindestens 400 Franken im Jahr betragen. Zu den möglichen Kosten zählen u.a. Coaching-Leistungen, Sprachkurse, Kosten für Lehrmittel, Transportkosten (vgl. BSV 2026, S.80).

Diese Eingliederungsmaßnahme adressiert vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, wobei keine gesetzlichen Altersgrenzen definiert sind (vgl. E6).

Die erstmalige berufliche Ausbildung soll sich nach Möglichkeit an der beruflichen Eingliederung am ersten Arbeitsmarkt orientieren und bereits dort erfolgen. Im Rahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung sind sowohl formale (z.B. berufliche Grundausbildung nach eidgenössischen Fähigkeitszeugnis EFZ, allgemeinbildende Schulen, Hochschule, höhere Berufsbildung) als auch nicht formale Ausbildungen (z.B. Ausbildungen zur Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte, Ausbildungen mit Zertifikatsabschlüssen) möglich.

Im Jahr 2024 hat die IV rund 12.700 Personen bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung unterstützt. Die größten Bereiche betrafen die berufliche Grundausbildung nach eidgenössischem Fähigkeitszeugnis EFZ (32% der Beziehenden), die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte (25%) sowie die gezielte Vorbereitung auf eine erstmalige Ausbildung (12%). 3% der Beziehenden befanden sich in einer Ausbildung auf Tertiärstufe und weitere 3% absolvierten eine allgemeinbildende höhere Schule. (vgl. BSV 2025a, S. 20)

- **Umschulung** (Art. 17 IVG): Ziel der Umschulung ist es, versicherten Personen, die aufgrund einer drohenden oder bereits eingetretenen Invalidität ihren erlernten Beruf oder ihre bisherige Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben können und dadurch eine erhebliche Einkommenseinbuße erleiden, durch eine Ausbildung in einem neuen Tätigkeitsbereich ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern. Nach der Durchführung der Umschulung kann die versicherte Person idealerweise wieder ein ähnliches Einkommen erzielen. Im Gegensatz zur erstmaligen beruflichen Ausbildung, in der durch die IV nur die invaliditätsbedingten Mehrkosten erstattet werden, übernimmt die IV die gesamten Kosten der Umschulung. Zudem erhalten die Teilnehmenden ein Taggeld (vgl. E6). Die Umschulung beinhaltet

⁴⁴ Mit der vertieften Abklärung werden mögliche Berufstätigkeiten praktisch erprobt und die Eignung in einem realen Arbeitsumfeld abgeklärt (vgl. BSV 2025a, S. 18).

⁴⁵ In den Beratungsgesprächen werden die Persönlichkeit, Fähigkeiten und Neigungen unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkung erfasst, um realisierbare Berufstätigkeiten und Ausbildungen zu bestimmen (vgl. BSV 2025a, S. 18)

dieselben Ausbildungen, die im Rahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung zur Verfügung stehen.

Im Jahr 2024 hat die IV rund 6.700 Personen mit einer Umschulung unterstützt. Die Inanspruchnahme der Art der Umschulungen unterscheiden sich jedoch deutlich von jenen der erstmaligen beruflichen Ausbildung. Im Jahr 2024 hat der größte Anteil der Beziehenden von Umschulungsmaßnahmen nicht formale Ausbildungen genutzt (41% der Beziehenden), gefolgt von Ausbildungen auf Tertiärstufe (22% der Beziehenden) und den eidgenössischen Fähigkeitszeugnissen (22% der Beziehenden) (vgl. BSV 2025a, S. 22).

- **Vermittlung: Maßnahmen zum Arbeitsplatzertand und zur Stellensuche (Art 18-18d IVG).**

Zu diesen Maßnahmenbündeln zählen vor allem Arbeitsvermittlungen, die arbeitsunfähige Personen bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen oder in Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes unterstützen. Des Weiteren fallen darunter Arbeitsversuche sowie Personalverleih, Einarbeitungszuschuss⁴⁶, Entschädigung für Beitragserhöhungen und Kapitalhilfe. Im Jahr 2024 hat die IV für etwa 7.400 Versicherte Personen mit Maßnahmen zum Arbeitsplatzertand und zur Stellensuche unterstützt. Der Großteil betrifft die Unterstützung bei der Arbeitsvermittlung (65% der Beziehenden), wobei 41% der Beziehenden Unterstützung bei der Stellensuche und 24% beim Erhalt des Arbeitsplatzes erhielten. Einen Arbeitsversuch haben 25% der Beziehenden absolviert und 10% erhielten einen Einarbeitungszuschuss. Personalverleih und Entschädigung für die Beitragserhöhung haben nur Einzelfälle erhalten. (BSV 2025a, S. 24-24)

6.2 Starke Verpflichtung von Arbeitgeber:innen (Niederlande)

In Österreich gibt es für Arbeitgeber:innen keine gesetzlichen Verpflichtungen betreffend des Return to Work Prozesses. Das verpflichtende Durchführen von bestimmten Schritten im Return to Work Prozess innerhalb definierter Fristen wird von einem Teil der interviewten Expert:innen (z.B. E4, E5) allerdings als besonders wichtig empfunden. Als Beispiel eines Systems, in dem es gelingt, Arbeitgeber:innen mit ins Boot zu holen, gelten die Niederlande. Der dort geltende gesetzlich festgehaltene Prozess der Wiedereingliederung wird nachfolgend näher beschrieben.

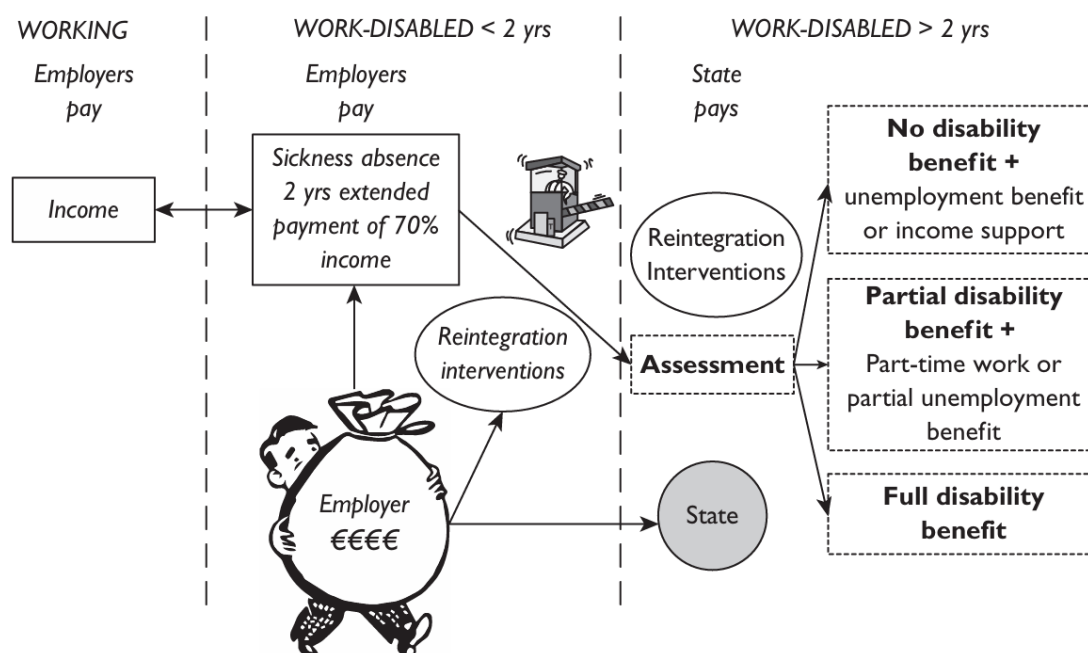
Gesetzlich definierte Meilensteine der Wiedereingliederung in den Niederlanden

In den Niederlanden wurde der sogenannte „Gatekeeper Improvement Act“ entwickelt, um Frühinterventionen durch Arbeitgeber:innen im Falle von Krankenständen ihrer Arbeitnehmer:innen zu fördern. Seit 2004 sind Arbeitgeber:innen dazu verpflichtet, bei krankheitsbedingten Abwesenheiten von Arbeitnehmer:innen zwei Jahre lang

⁴⁶ Der Einarbeitungszuschuss ist ein befristeter finanzieller Anreiz für Arbeitgeber:innen, versicherte Personen fest anzustellen. Während der Anfangsphase einer Anstellung (Einarbeitungszeit) kann die IV bis maximal 180 Tage den vertraglich vereinbarten Lohn ausgleichen, falls die versicherte Person noch nicht über die volle Leistungsfähigkeit verfügt oder deren Leistungsfähigkeit noch nicht gleich konstant ist wie jene von Angestellten ohne gesundheitliche Einschränkung. (BSV 2025a, S. 24)

zumindest 70% des Lohnes fortzuzahlen und zusätzlich Maßnahmen zur Wiedereingliederung der Arbeitnehmer:innen zu setzen (siehe Abbildung 11). Das 2002 in Kraft getretene Gesetz definiert dabei klare Verantwortlichkeiten, welche von Arbeitgeber:innen, Arbeitnehmer:innen und Arbeitsmediziner:innen zu erbringen sind. Diese werden von der niederländischen Sozialversicherungsagentur (UWV) geprüft und sofern diese nicht eingehalten werden, auch sanktioniert. Erst nach zwei Jahren kann ein Antrag auf Invaliditätsleistungen gestellt werden, die staatlich finanziert werden. (de Rijk 2018, S. 231-233)

Abbildung 11: Das niederländische System der Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit ab 2004



Quelle: de Rijk 2018, S. 231

Die Verpflichtungen der Arbeitgeber:innen sollen im Folgenden näher beleuchtet werden. In den Niederlanden finden sich im Gatekeeper-Gesetz (Wet verbetering poortwachter) detaillierte Regelungen inklusive festgelegter Fristen. Nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Meilensteine, die, während einem Krankheitsfall von Arbeitnehmer:innen einzuhalten sind. Dabei sind Verantwortlichkeiten für Arbeitgeber:in, Arbeitnehmer:in und Arbeitsmediziner:in definiert.

Tabelle 15: Überblick über Verantwortlichkeiten von Arbeitgeber:in, Arbeitnehmer:in und Arbeitsmediziner:in gemäß Gatekeeper-Gesetz

Zeitpunkt	Meilenstein
Tag 1	Arbeitnehmer:in muss Arbeitgeber:in über Krankenstand informieren.
Woche 1	Arbeitgeber:in muss den Arbodienst oder Arbeitsmediziner:in im Betrieb informieren.
Woche 6	Innerhalb von sechs Wochen muss eine Problemanalyse (probleemanalyse) durch den arbeitsmedizinischen Dienst (Arbodienst) bzw. durch eine:n Arbeitsmediziner:in erstellt werden.
Woche 8	Gemeinsam von Arbeitgeber:in und Arbeitnehmer:in ist ein Aktionsplan (Plan van aanpak) innerhalb von acht Wochen ab Krankheitsbeginn zu erstellen. Dieser Plan wird im Anschluss laufend evaluiert und gegebenenfalls adaptiert. Expert:in 5 befindet die Möglichkeit der Anpassung dieses Plans als besonders positiv.
Woche 42	Der/die Arbeitgeber:in unterrichtet die UWV über die Erkrankung.
Woche 52	Nach dem ersten Jahr erfolgt eine Evaluation über die bisher erfolgten Maßnahmen (eerstejaarsevaluatie).
Woche 87 bis 93	Der/die Arbeitnehmer:in muss eine WIA-Leistung bei der UWV beantragen. Außerdem muss eine abschließende Evaluation (eindevaluatie) bzw. ein Reintegrationsbericht durch den/die Arbeitgeber:in erstellt werden.
nach Woche 93	Die UWV sichtet den Reintegrationsbericht. Sollte der/ die Arbeitgeber:in seinen gesetzlichen Verpflichtungen nicht nachgekommen sein, so sind Sanktionen möglich. Dies bedeutet, dass eine weitere Verpflichtung zur Lohnfortzahlung (Loonsanctie) nach den 104 Wochen auferlegt wird (bis zu 52 Wochen).
nach Woche 104	Nach 104 Wochen, gerechnet ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit wird gewöhnlich keine Lohnfortzahlung mehr geleistet (Artikel 29 Abs. 5). Ab Woche 105 ist für die erkrankten Arbeitnehmer:innen der Bezug von WIA-Leistungen möglich.

Quellen: Reese/Mittag (2013); <https://www.employerlegal.nl/en/sick-leave/gatekeeper-act/> (Zugriff: 2.4.2026)

Die starke Arbeitgeber:innen-Verpflichtung in den Niederlanden wird oftmals als gutes Beispiel angesehen, wie es gelingen kann, Arbeitgeber:innen stärker in Return to Work Prozesse einzubeziehen. Wenngleich das System einen sehr guten Ansatz darstellt, ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass von diesem Ansatz überwiegend Personen in unbefristeten Beschäftigungsverhältnissen profitieren. Dies betrifft gemäß Expert:in 5 im Jahr 2025 beispielsweise nur 57% der Beschäftigten in den Niederlanden. Hingegen stellt sich für den anderen Teil der Beschäftigten der Zugang zu beruflicher Rehabilitation bzw. zu Maßnahmen der Wiedereingliederung oftmals schwieriger dar. Auch für Arbeitgeber:innen erweisen sich deren Pflichten – insbesondere für sehr kleine Unternehmen - teils als sehr herausfordernd (vgl. E5).

6.3 Nachbetreuung nach beruflicher Rehabilitation (Deutschland)

Für die Zielgruppe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zeigen sich bei der beruflichen Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt oftmals besondere Herausforderungen. Dabei scheinen bestimmte Gelingensbedingungen für die berufliche Rehabilitation und Arbeitsmarktintegration als besonders zentral. Insbesondere mehr Individualität und Flexibilität der Angebote, eine kontinuierliche Betreuung, eine entsprechende Zeit im Rehabilitationsprozess (kurze Wartezeiten, ausführliche Diagnostik) sowie Nachsorge-Ansätze werden dabei als besonders wichtig befunden (Reims et al. 2024).

Der Aspekt einer umfassenden Nachsorge nach erfolgter beruflicher Rehabilitation wurde in Deutschland im Rahmen des bundesweiten Programmes rehapro im Modellprojekt JobProtection aufgegriffen. Das Projekt wurde von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover initiiert und im Zeitraum Oktober 2019 bis Oktober 2024 pilotiert. Zielgruppen des Modellprojektes waren dabei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit einer F-Hauptdiagnose (Ausnahme von F10-F19). Insgesamt nahmen 250 Personen am Projekt teil. Innovativ am Projekt ist der im Vergleich zur in Deutschland bislang gängigen Nachbetreuung von 6 bis 12 Monaten längere Nachsorgezeitraum von 24 Monaten. (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See 2018)

Mit dem Modellprojekt JobProtection wird den Teilnehmenden im Anschluss an die berufliche Rehabilitation eine längerfristige, individuelle Nachbetreuung angeboten. Dabei kann das Angebot ab dem ersten Arbeitstag in Anspruch genommen werden. Das Besondere ist dabei ein längerfristiger Nachsorgezeitraum mit einer Dauer von bis zu zwei Jahren. Innerhalb des Zeitraumes können die Personen selber wählen, an welchen Beratungs- und Unterstützungsangeboten sie teilnehmen. Angebote umfassen beispielsweise Ergotherapie, Psychotherapie, sozialpädagogische Begleitung oder Schuldenberatung. Es kann insgesamt ein Ausmaß von 48 Einheiten an Beratung und Unterstützungsangeboten im Rahmen der zwei Jahre beansprucht werden. Dies soll dazu beitragen, dass bei herausfordernden Situationen der Erwerbstätigkeit auf Unterstützung zurückgegriffen werden kann. Das primäre Ziel ist die Sicherung einer nachhaltigen Beschäftigung nach der beruflichen Rehabilitation. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2020, S.44)

Die Wirksamkeit der Effekte wurde im Rahmen einer Studie untersucht. Insgesamt 113 Personen waren dabei in der Interventionsgruppe, die an JobProtection teilnahm. Die Kontrollgruppen erhielten eine Standardnachsorge, wobei einerseits auf eine historische Gruppe mit Abschluss einer beruflichen Rehabilitation zwischen 2015 und 2017 sowie andererseits auf eine parallele Gruppe mit Abschluss der beruflichen Rehabilitation zwischen 2019 und 2021 zurückgegriffen wurde. Es wurden Daten zu sozialversicherungspflichtigen Beiträgen herangezogen (mindestens 24 Monate andauernde Beschäftigung). Die Analyse zeigte eine signifikant höhere Chance auf nachhaltige Beschäftigung in der Interventionsgruppe.

6.4 Supported Employment (Ursprung in den USA)

Supported Employment ist ein Ansatz, der darauf abzielt, Individuen möglichst früh in eine reguläre Beschäftigung zu vermitteln, ohne zuerst Trainingsmaßnahmen oder Behandlungen abzuschließen. Zunächst wurde der Ansatz auf die Zielgruppe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bzw. Menschen mit Behinderung beschränkt, in den letzten Jahren wurde dieser aber auf weitere Gruppen (z.B. Menschen mit affektiven Störungen, Personen mit Rückenmarksverletzungen) ausgeweitet (Frederick & VanderWeele 2019, S. 2-3).

Die bekannteste Implementierung von Supported Employment ist das sogenannte „*IPS – Individual Placement and Support*“. Kern des Konzeptes ist, dass Personen gleichzeitig Behandlung bzw. Training erhalten und bei der Arbeitssuche unterstützt werden („place-and-treat/train“). Dies unterscheidet sich von traditionellen Ansätzen, die zunächst auf eine Behandlung der Erkrankung zielen und erst später auf eine Jobsuche („train/treat-then-place“) (Frederick & VanderWeele 2019, S. 2-3).

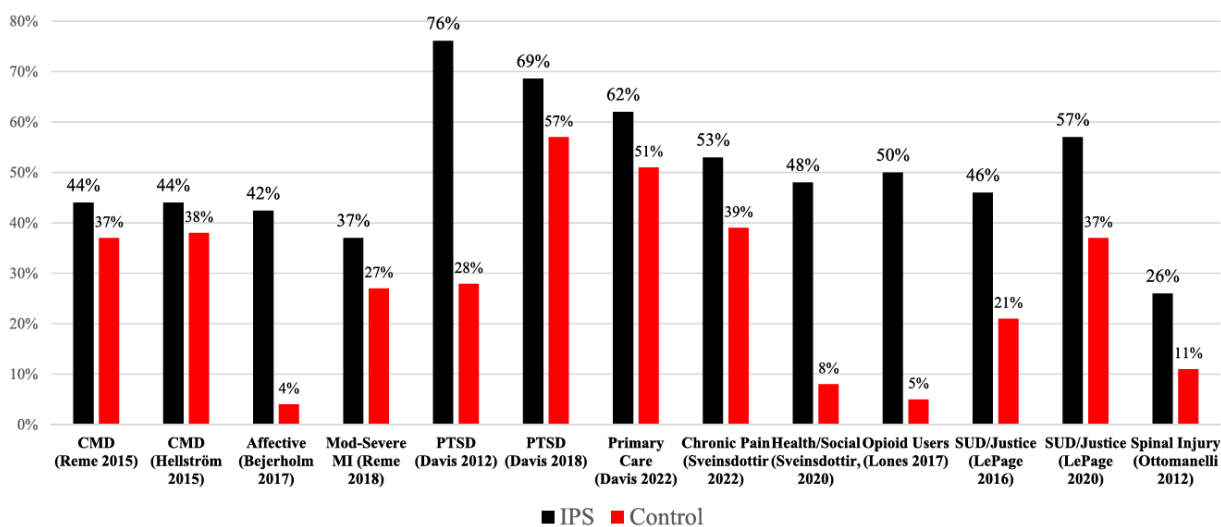
Dabei werden folgende Prinzipien des „Individual Placement and Supports“ genannt (Drake & Bond 2023, S. 2-3):

- **Fokus auf reguläre Beschäftigung:** Reguläre Arbeitsplätze am allgemeinen Arbeitsmarkt werden als erreichbares Ziel für die Klient:innen gesehen.
- **Keine Ausschlusskriterien:** Jede Person, die arbeiten möchte, hat Anspruch auf Unterstützung.
- **Berücksichtigung der Präferenzen der Klientinnen/Klienten:** Die Unterstützung orientiert sich an Wünschen und Entscheidungen der Klientinnen und Klienten.
- **Rasche Arbeitssuche:** Die Jobsuche wird möglichst frühzeitig unterstützt, es finden keine langwierigen Vorabklärungen, Trainings oder Beratungen statt.
- **Gezielte Platzierung:** Basierend auf den Interessen der Klient:innen, bauen Fachkräfte Beziehungen zu Arbeitgeber:innen auf, um diese mit passenden Arbeitssuchenden zusammenzubringen.
- **Integration von Vermittlung und Behandlung:** Psychiatrische Behandlung und berufliche Unterstützung werden integriert in Form einer abgestimmten Betreuung durch ein interdisziplinäres Team angeboten.
- **Individuelle Beratung zu Sozialleistungen:** Fachkräfte beraten über Sozialleistungen wie Erwerbsminderungsrente, Krankenversicherung und andere staatliche Unterstützung.
- **Individuelle, langfristige Unterstützung:** Nachbetreuung erfolgt individuell abgestimmt und so lange, wie die Person Unterstützung benötigt oder wünscht.

Drake und Bond (2023, S. 2-3) geben einen Überblick über mehrere Meta-Analysen und zeigen, dass IPS-Angebote bei Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen durchgängig höhere Beschäftigungsraten am ersten Arbeitsmarkt erreichen, verglichen mit Kontrollgruppen in anderen beruflichen Maßnahmen. Dabei wird ein Zusammenhang mit der Qualität der Implementierung der Programme sichtbar. In den

letzten Jahren wurde IPS auch auf neue Zielgruppen ausgeweitet. Diese umfassen Gruppen mit „common mental illnesses“ (CMD, z.B. Angst oder Depression), posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD), chronische Schmerzpatienten, Suchterkrankungen oder Rückenmarksverletzungen. Die Ausweitung von IPS auf diese Krankheitsbilder ist eine relativ aktuelle Entwicklung und benötigt daher weitere Forschung. Abbildung 12 zeigt Beschäftigungsraten aus 13 randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) zum IPS bei neuen Zielgruppen. Diese zeigen, dass IPS im Vergleich zu anderen Rehabilitationsmaßnahmen das Potenzial birgt, signifikant bessere Effekte auf Beschäftigungsraten zu erbringen. Beispielsweise zeigten sich bessere Effekte bereits bei Personen mit affektiven Störungen (Bejerholm et al. 2017), bei jungen Erwachsenen mit Risiko einer frühen Arbeitsunfähigkeit aufgrund sozialer und gesundheitsbezogener Probleme (Sveinsdottir et al. 2020) oder auch bei Veteranen mit strafrechtlicher Verurteilung mit psychischer Erkrankung und/oder Substanzmissbrauch (LePage et al. 2020). Zukünftig werden weitere Studien – mit größeren Stichproben – benötigt, um nähere Aufschlüsse über die Wirksamkeit zu erhalten.

Abbildung 12: Beschäftigungsraten von Personen mit IPS (Interventionsgruppe) und Kontrollgruppe aus 13 randomisiert-kontrollierten Studien mit diversen Krankheitsbildern



Quelle: Drake und Bond 2023, S. 11

Anmerkung: Schwarze Balken zeigen die Beschäftigungsraten für Personen der Interventionsgruppe mit IPS, rote Balken zeigen jene der Kontrollgruppen. CMD: common mental disorder, MI: mental illness, PTSD: posttraumatic stress disorder, SUD: substance use disorder

Einsatz von IPS (Individual Placement and Support) in Europa

IPS-Angebote haben sich in den letzten Jahren in den USA, in Europa und Asien stark verbreitet. In Europa haben beispielsweise Schweden, die Niederlande und die UK bereits IPS-Angebote in die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit aufgenommen und auch in Italien und Spanien wurden bereits erste IPS-Angebote umgesetzt (Mascayano & Drake 2024, S. 4).

In **Italien** wurde IPS bei Patientinnen und Patienten mit moderaten bis schweren psychischen Erkrankungen erprobt. Insgesamt 95 Personen aus kommunalen psychiatrischen Zentren des Reggio Emilia Departments of Mental Health nahmen daran teil. Es zeigte sich eine Beschäftigungsquote von 41,1% (ungewichtet) sowie eine Abbruchquote von 30,5% über einen Nachbeobachtungszeitraum von 42 Monaten. Eine Kaplan-Meier-Analyse zeigte, dass nach sechs Monaten 34% einen Job gefunden haben, nach 12 Monaten 44%, nach 18 Monaten 54% und nach 24 Monaten 61%.

In **Österreich** finden die Prinzipien des Supported Employment vor allem im Bereich des Netzwerk Berufliche Assistenz (NEBA) bereits Berücksichtigung (z.B. Arbeitsassistenz, Jobcoaching).

6.5 Fallmanagement (Deutschland)

Als einen wichtigen Ansatz im Zusammenhang mit der beruflichen Rehabilitation für die Zielgruppe an Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und besonderem Unterstützungsbedarf wird seitens Expert:innen (z.B. E4) das sogenannte „Fallmanagement“ betrachtet. In Deutschland wurde dies im Sozialgesetzbuch VI geregelt und ermöglicht eine individuell zugeschnittene rechtskreisübergreifende Unterstützung (SGB VI, §13a). Der Paragraf trat 2025 in Kraft und wird seitens Expert:in 4 als vielversprechender Ansatz bewertet. Dabei wird betont, dass im Falle eines aufrechten Beschäftigungsverhältnisses eine frühe Einbeziehung von Arbeitgeber:innen in diesem Prozess zentral ist und hier frühe Platzierung am Arbeitsplatz mit individuell zugeschnittenen Unterstützungsleistung besonders zielführend ist. Für die Umsetzung werden zunächst Modellprojekte erprobt, ein exemplarisches wird nachfolgend beschrieben.

Das Projekt „**Koordination individueller Teilhabe (KiT)**“ wurde im Rahmen des deutschen Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ pilotiert. Ausgangspunkt für die Entwicklung des Projektes war, dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und weiteren komplexen Problemlagen im Bereich der Teilhabe, umfassende individuelle Rehabilitationsprozesse benötigen.⁴⁷

Ablauf/Methodik

Erprobt wurde zwischen 2020 und 2025 ein Case Management Ansatz in der Rehafachberatung in insgesamt vier Modellregionen in Deutschland (Ost, Süd, Südwest, Nordwest). Dabei sollte eine individuelle Betreuung der Teilnehmenden durch fixe Ansprechpersonen – den sogenannten „Fallmanager:innen“ erfolgen, die als Lotsinnen und Lotsen im Gesundheits- und Rehabilitationssystem fungieren. Dies sollte somit eine einzelfallorientierte Rehabilitationskoordination über Trägergrenzen hinaus ermöglichen⁴⁸.

⁴⁷ Näheres siehe <https://kit-rehapro.de/> (Zugriff: 9.2.2026)

⁴⁸ Näheres siehe https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektseiten/Projektdarstellung_KiT

Fallmanagement beruht auf dem fachlichen Ansatz des Case Managements. Im Modellprojekt wurden die Teilnehmenden von Fallmanager:innen begleitet, um individuell passende Angebote aus dem Versorgungssystem zu erhalten. Diese übernahmen konkret die personenzentrierte Beratung und Entscheidungsfindung über mögliche Schritte in der Rehabilitation, zudem steuerten sie die Leistungerschließung und -erbringung. Einerseits zählt zu den Aufgaben der Fallmanager:innen die Beratung der Betroffenen, andererseits auch Vernetzungsarbeit und Koordination von Angeboten, um passende Leistungen zu initiieren. (Ehlen et al. 2025, S.54)

Das Fallmanagement konnte in drei Intensitätsstufen erfolgen. In der niedrigsten Stufe 1 erfolgte eine Erstberatung und gegebenenfalls weiterer Kontakt bei Bedarf. In Stufe 2 mit einer mittleren Intensität gab es regelmäßige Kontakte und Stufe 3 mit hoher Intensität sah Kontakte in kürzeren Abständen vor. (Ehlen et al. 2025, S. 55)

Grundsätzlich ist der Ablauf des Fallmanagements in fünf Phasen gegliedert (Ehlen et al. 2025):

- **Fallidentifikation/-klärung:** Zunächst erfolgte ein Screening in Bezug auf einen möglichen Fallmanagementbedarf, danach erfolgte ein persönliches Gespräch.
- **Bedarfsermittlung:** Nach der Zuweisung in das Fallmanagement erfolgte ein Assessment zu den individuellen Bedarfslagen.
- **Reha-/Teilhabeplanung:** Je nach Intensität des Fallmanagements werden Ziele, Angebote und Zeitkontingente festgelegt. Veränderungen des Planes sind im Prozess möglich.
- **Überwachung/Steuerung der Leistungen:** Nach Abschluss der Zielplanung erfolgt die Umsetzung unter Begleitung des Fallmanagers/der Fallmanagerin. Diese hat eine Monitoring-Funktion und achtet darauf, ob Teilnehmende in ihren Aufgaben vorankommen. Dabei fungieren die Fallmanager:innen aber auch als Koordinator:innen, die mit verschiedenen Akteur:innen zusammenarbeiten (Ehlen et al. 2025, S. 58).

Im Modellprojekt erfolgte eine Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Rehaträgern, aber auch mit Jobcentern, Rehakliniken, der Schuldnerberatung, Bildungsträgern und Integrationsfachdiensten. Seltener wurde auch mit psychologischer Beratung und einheitlichen Ansprechstellen für Arbeitgeber:innen bzw. der Eingliederungshilfe, Suchtberatungen sowie sozialen Beratung kooperiert (Ehlen et al. 2025, S. 151ff.).

- **Abschluss und Evaluation:** Das Fallmanagement endet, wenn die vereinbarten Ziele erreicht wurden oder die individuelle Situation des Teilnehmenden als stabil galten. Zudem endete es, wenn Teilnehmende abbrachen oder die Situation für Fallmanager:innen untragbar wurde. Die Dauer des Fallmanagements hingte somit v.a. vom Unterstützungsbedarf ab. Am Ende erfolgte eine Evaluation.

Zielgruppen

Im Allgemeinen ist Fallmanagement vor allem für jene Versicherten angezeigt, bei denen aufgrund von bestimmten Erkrankungen bzw. persönlichen oder Umweltfaktoren ein standardmäßiger Rehabilitationsverlauf verhindert/erschwert wird (z.B. familiäre, persönliche, wirtschaftliche Problemlagen) (Ehlen et al. 2025, S. 56).

Die Zielgruppen von KiT waren in den vier Modellregionen unterschiedlich und umfassten Personen mit „kardiologischen und anderen Erkrankungen“, „psychische und psychosomatische Erkrankungen“, Personen mit längerer Arbeitslosigkeit/ Arbeitsunfähigkeit (>12 Monate) sowie Personen mit „komplexem Unterstützungsbedarf“. Die Teilnahme war freiwillig (Ehlen et al. 2025, S. 17.).

Evaluationsergebnisse des Modellprojekts

Die Evaluierung zeigt in mehreren Bereichen positive Ergebnisse (Ehlen et al. 2025, S. 20ff.):

- In der Teilhabeplanung wurden Handlungsziele gemeinsam mit den Teilnehmenden festgelegt (z.B. in Bezug auf die gesundheitliche Situation, Arbeit/Beschäftigung, Qualifizierung/Bildung, wirtschaftliche Situation). Die Zielerreichung wird in sechs von sieben Bereichen in über 80% der jeweiligen Fälle als „erwartet/ mehr als erwartet/ viel mehr als erwartet“ bewertet.
- Der Status der Arbeits-/Erwerbsfähigkeit wurde am Beginn und Ende des Fallmanagements verglichen. Bei 43% der Versicherten konnte die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden, bei 9% konnte die Arbeitsfähigkeit gesichert werden.
- 15% waren am Ende des Fallmanagements wieder berufstätig und bei weiteren 9% konnte die Berufstätigkeit erhalten werden. Bei 24% wurde „Sonstiges“ – überwiegend waren dies berufsbildende Maßnahmen und Praktika – angeführt.
- Es zeigten sich außerdem Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Merkmale (mit geringer Effektstärke) laut Selbsteinschätzung.
- Die Beurteilung der Erfahrungen mit dem Fallmanagement (Qualität, persönliche Begleitung) fiel ebenfalls sehr positiv aus.
- Insgesamt wurden Teilnehmende mit komplexem gesundheitlichen Unterstützungsbedarf erreicht und diese nahmen am Projekt teil, wenn auch nicht im geplanten Umfang (weniger Teilnehmer:innen).

6.6 Beschäftigungsmöglichkeiten bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit (Dänemark)

Flexjobs (Flekjob) sind in Dänemark ein zentrales arbeitsmarktpolitisches Instrument, das Menschen mit dauerhaft erheblich eingeschränkter Arbeitsfähigkeit die Teilhabe am regulären Arbeitsmarkt ermöglichen soll. Sie wurden Ende der 1990er Jahre eingeführt, um einerseits Personen mit schweren gesundheitlichen Einschränkungen Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten und andererseits Frühpensionierungen zu vermeiden. Seit ihrer Einführung hat sich das System stark ausgeweitet und ist heute eines der wichtigsten Instrumente zur Integration von Menschen mit Behinderungen oder gesundheitlichen Einschränkungen in Dänemark. Aktuell arbeiten rund 100.000 Menschen, etwa vier Prozent der gesamten dänischen Erwerbsbevölkerung, in einem Flexjob (Bredgaard et al. 2025)

Nach der Reform von 2013 stieg die Zahl der Flexjobs deutlich an, da die Anspruchsvoraussetzungen angepasst wurden und auch Personen mit weniger als 12 Wochenstunden teilnehmen können. Mit der aktuellen Beschäftigungsreform, die ab Februar 2026 schrittweise in Kraft tritt, werden die meisten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation abgeschafft. (ebd.)

Die Flexjobs sollen jedoch weiterhin bestehen bleiben und werden laut Einschätzung der dänischen Expert:in E8 vermutlich stärker nachgefragt, da alternative Maßnahmen reduziert werden.

Die Grundidee der Flexjobs besteht darin, Menschen, die aufgrund ihrer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit keine reguläre Beschäftigung finden oder behalten können, eine Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Der/die Arbeitgeber:in bezahlt nur den Lohn für die tatsächlich erbrachte Arbeitsleistung, während die Kommunen den restlichen Anteil über Lohnkostenzuschüsse übernehmen. Flexjobs können bereits mit wenigen Stunden pro Woche in Anspruch genommen werden (ebd.)

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgt vereinfacht ausgedrückt folgendermaßen: Wird beispielsweise für eine Aufgabe wie das Reinigen des Bodens von einer Person ohne Einschränkungen eine Stunde benötigt und benötigt ein:e Flexjob-Mitarbeiter:in für dieselbe Aufgabe zwei Stunden, so ergibt sich eine Leistungsfähigkeit von 50%. Kritisch wird von Expert:in 7 angemerkt, dass die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht auf einheitlichen Richtlinien basiert. In der Praxis kann sie daher zwischen den einzelnen Kommunen unterschiedlich ausfallen (ebd.).

Tabelle fasst die zentralen Eckdaten von Flexjobs zusammen. Grundsätzlich werden sie für bis zu fünf Jahre gewährt, danach erfolgt eine erneute Überprüfung der Anspruchsberechtigung.

Tabelle 16: Flexjobs in Dänemark zentrale Kriterien

Zielgruppe	Personen mit dauerhaften und erheblichen Einschränkungen ihrer Erwerbsfähigkeit, die keine reguläre Beschäftigung unter „normalen“ Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt aufnehmen oder beibehalten können.
Zugangskriterien	Wenn alle anderen relevanten aktiven Beschäftigungsmaßnahmen ausgeschöpft sind. Die kommunalen Jobcenter sind für die Prüfung der Anspruchsberechtigung und die Verwaltung des Flexjob-Programms zuständig.
Lohnfestlegung	Der/die Arbeitgeber:in bezahlt nur für die „effektiven“ Arbeitsstunden. Die Arbeitseffizienz der Person im Job wird im Vergleich zur Arbeitseffizienz eines/einer (fiktiven) „normalen“ Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin in derselben Position bewertet.
Einkommen	Die Flexjob-Mitarbeiter:innen werden für die „effektiven“ Arbeitsstunden von Arbeitgeber:innen bezahlt und erhalten für die verbleibenden Arbeitsstunden einen Lohnzuschuss von der Kommune. Der Zuschuss verringert sich mit steigendem Lohn.
Dauer	Temporär (Überprüfung der Anspruchsberechtigung alle fünf Jahre).

Quelle Bredgaard et al. 2025, S. 360, aus dem Englischen übersetzt.

Eine Studie von Bredgaard et al. (2025) zeigt, dass Flexjobs für viele Betroffene eine stabile und sinnvolle Beschäftigung ermöglichen. Viele Beschäftigte berichten von hoher Arbeitszufriedenheit, dem Gefühl, gebraucht zu werden, und einer verbesserten Lebensqualität im Vergleich zu Zeiten der Erwerbslosigkeit oder Krankheit. Gleichzeitig gibt es ambivalente Effekte: Flexjob-Beschäftigte werden häufig auf einfachere, unterstützende Tätigkeiten beschränkt und haben geringere Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten als andere Beschäftigte. Außerdem erfolgt oft ein indirekter Vergleich mit „normalen“ Arbeitnehmer:innen, was zu Stigmatisierung führen kann. Flexjobs fördern somit Beschäftigung und soziale Teilhabe, lösen aber nicht automatisch alle Gleichstellungsprobleme im Arbeitsleben.

Nach Einschätzung von Expert:in E8 stellen Flexjobs einen innovativen Ansatz zur Förderung der Beschäftigung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen dar. Besonders positiv wird bewertet, dass das Modell die Integration in den regulären Arbeitsmarkt in den Mittelpunkt stellt, was für viele Betroffene positive Effekte auf Beschäftigung und Lebensqualität haben kann. Gleichzeitig wird jedoch kritisch angemerkt, dass ein Wechsel von einem Flexjob in eine reguläre Beschäftigung nur selten gelingt. Auch der Wechsel zwischen verschiedenen Flexjobs ist nur eingeschränkt möglich, sodass die Durchlässigkeit in den regulären Arbeitsmarkt insgesamt gering ist.

Dieser Punkt kann mit Blick auf eine mögliche Übertragbarkeit des Modells auf Österreich als besonders kritisch gesehen werden, da die eingeschränkte Durchlässigkeit die Rückkehr in den regulären Arbeitsmarkt erschweren könnte. Dennoch ist der dänische Ansatzinteressant, da er nicht auf ein Entweder-Oder von Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit fokussiert, sondern die verbleibende Arbeitsfähigkeit in den Vordergrund stellt. Auf diese Weise ermöglicht er Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen die Teilhabe am Arbeitsmarkt.

6.7 Kooperation der Akteur:innen (USA und Europa)

Die Kooperation der zentralen Akteur:innen im Rehabilitationsprozess stellt auch andere Länder vor eine große Herausforderung. Vor diesem Hintergrund können Befunde von erfolgreichen Kooperationen wichtige Ansatzpunkte für Optimierungsmöglichkeiten bieten. Anstatt ein exemplarisches Beispiel herauszugreifen, werden hier zentrale Ergebnisse eines aktuellen umfassenden internationalen Literaturreviews (Noteboom et al. 2024) wiedergegeben.

Auf Basis von 26 einbezogenen Studien aus den USA und Europa wurden zentrale förderliche und hemmende Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation der Akteur:innen bei der Umsetzung der beruflichen Rehabilitation für Personen mit psychischen Erkrankungen identifiziert, die auch für andere Erkrankungsgruppen übertragbar sind (siehe **Tabelle**).

Tabelle 17: Gelingende und hemmende Faktoren für erfolgreiche Kooperation in der beruflichen Rehabilitation

Themenfeld	förderliche Faktoren	hemmende Faktoren
Einstellungen & Überzeugungen	<ul style="list-style-type: none"> – positive Haltung zur Zusammenarbeit – Wissen über Nutzen von Arbeit – Offenheit für integrierte Ansätze 	<ul style="list-style-type: none"> – negative Einstellungen – fehlendes Wissen – Zweifel an Nutzen von Arbeit – territoriales Verhalten – geringe Unterstützung durch Kolleg:innen
Engagement & Vertrauen	<ul style="list-style-type: none"> – gegenseitiges Vertrauen – Mitverantwortungs- und Zugehörigkeitsgefühl – aktive Beteiligung aller Ebenen; offene Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> – mangelndes Engagement – fehlendes Vertrauen; unterschiedliche Ziele/Perspektiven
Governance & Struktur	<ul style="list-style-type: none"> – klare Rollen – klare Abläufe – formalisierte Vereinbarungen – transparente Governance – gemeinsame Finanzierung 	<ul style="list-style-type: none"> – unklare Zuständigkeiten – fehlende Struktur – Machtkämpfe; viele beteiligte Akteur:innen – fehlende finanzielle Anreize
Praktische Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> – gemeinsame räumliche Nähe – regelmäßige Meetings – Lösungen für Datenschutz & Systemzugänge 	<ul style="list-style-type: none"> – Bürokratie – unterschiedliche IT-Systeme – gesetzliche Hürden – Zeitmangel – hohe Arbeitslast
Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> – Schlüsselpersonen – unabhängige Projektleitung – positive Kompetenzen & Persönlichkeit – Kontinuität im Team 	<ul style="list-style-type: none"> – hohe Fluktuation – fehlende Schlüsselrollen – unklare Vision
Klient:innenzentrierung	<ul style="list-style-type: none"> – gemeinsamer Fokus auf Klient:innen – multidisziplinäre Ansätze – transparente Regeln 	<ul style="list-style-type: none"> – Fokus auf formale/finanzielle Aspekte statt Bedürfnisse von Klient:innen

Quelle: Noteboom et al. 2024, eigene Darstellung

Gute Zusammenarbeit in der beruflichen Rehabilitation entsteht vor allem dann, wenn Fachkräfte offen für Kooperation sind, den Nutzen von Arbeit für Menschen mit gesundheitlichen Erkrankungen kennen und integrierte Ansätze grundsätzlich unterstützen. Positive Einstellungen, Wissen und Bereitschaft, Verantwortung für die gemeinsame Aufgabe zu übernehmen, erleichtern die Koordination zwischen den beteiligten Organisationen. Hinderlich wirken dagegen negative Haltungen, Unsicherheiten, fehlendes Wissen oder territoriales Verhalten, etwa wenn einzelne Akteur:innen ihre Zuständigkeiten schützen oder Kolleg:innen die Zusammenarbeit nicht mittragen.

Ein weiterer zentraler Faktor ist die Qualität des Engagements und des Vertrauens. Zusammenarbeit funktioniert besser, wenn alle Ebenen – von der Leitung bis zu den Fachkräften – aktiv beteiligt sind, offen kommunizieren und ein echtes Mitverantwortungs- und Zugehörigkeitsgefühl für die gemeinsame Aufgabe entwickeln. Wenn dieses Vertrauen fehlt oder die Beteiligten unterschiedliche Ziele verfolgen, erschwert dies die Abstimmung und Entscheidungsprozesse.

Klare Strukturen unterstützen die Kooperation erheblich. Dazu gehören eindeutige Rollen, transparente Prozesse und formalisierte Absprachen zwischen den beteiligten Sektoren sowie verlässliche Finanzierungswege. Wo Strukturen unklar sind, Machtfragen ungeklärt bleiben oder viele Akteur:innen involviert sind, kommt es häufig zu Abstimmungsproblemen.

Auf der praktischen Ebene helfen räumliche Nähe, regelmäßige Treffen und funktionierende Lösungen für Datenschutz und IT-Zugänge dabei, den Alltag der Zusammenarbeit zu entlasten. Bürokratie, getrennte Systeme, gesetzliche Hürden oder knappe Zeitressourcen gehören hingegen zu den typischen Hindernissen.

Auch die beteiligten Fachkräfte selbst spielen eine große Rolle: Schlüsselpersonen, eine unabhängige Projektleitung, stabile Teams und engagierte Persönlichkeiten fördern den Erfolg. Hohe Fluktuation oder fehlende zentrale Rollen schwächen dagegen den Prozess.

Schließlich gelingt Kooperation besonders gut, wenn alle Beteiligten denselben Fokus teilen: den bestmöglichen Nutzen für die Klient:innen. Eine klare, multidisziplinäre Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Betroffenen stärkt die Zusammenarbeit, während ein übermäßiger Fokus auf formale oder finanzielle Aspekte diese eher behindert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für eine wirksame Kooperation sowohl die strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen als auch die personenbezogene Ebene der Akteur:innen relevant ist.

6.8 Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation (Deutschland)

Ein wesentliches Entwicklungsfeld im Kontext der beruflichen Rehabilitation ist eine stärkere Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Hier knüpft das Modellprojekt **BETA-MeH** an, das im Rahmen des deutschen bundesweiten Programmes rehapro⁴⁹ umgesetzt wird.

Das Projekt verfolgt das Ziel, die berufliche Teilhabe von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen zu fördern. Dazu wird eine Rehabilitationsstrategie entwickelt und erprobt, die den Betroffenen eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt ermöglicht, indem die Versorgung konsequent an ihrem individuellen Bedarf ausgerichtet ist.

In Deutschland ist die neurologische Rehabilitation bislang phasenweise organisiert: Nach der Akutbehandlung (Phase A), der intensivmedizinischen Versorgung (Phase B) und der Frührehabilitation (Phase C) liegt der Schwerpunkt ab der klinisch-medizinischen Rehabilitation (Phase D) auf der Teilhabe am Arbeitsleben bzw. auf der beruflichen Rehabilitation (Phase E) und der gesellschaftlichen Integration. Die Vielzahl beteiligter Akteur:innen führt jedoch in der aktuellen Praxis oft zu einer so hohen Komplexität, dass das Phasenmodell seine ursprüngliche Zielsetzung einer nahtlosen Versorgung nicht vollständig erreicht.

Das Modellprojekt BETA-MeH erprobt daher eine individuelle, bedarfsorientierte Rehabilitationsstrategie, indem die Phasen D und E zu einer flexiblen Komplexleistung zusammgeführt werden. Alle notwendigen Akteur:innen, einschließlich der Arbeitgeber:innen, werden von Anfang an über eine:n zentrale:n Fallmanager:in eingebunden. Diese:r begleitet die Betroffenen nicht nur während der Rehabilitationsmaßnahme, sondern steht ihnen auch darüber hinaus unterstützend zur Seite.

Die Innovation des Projekts liegt in einer Rehabilitationsstrategie, die konsequent auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet ist. Für die klinische wie auch die betriebliche Phase werden keine festen Behandlungszeiten vorgegeben, so dass ein bedarfsorientierter Übergang zwischen den Phasen möglich ist. Alle relevanten Akteur:innen, einschließlich der Arbeitgeber:innen, werden von Beginn an einbezogen, unterstützt durch ein externes Fallmanagement. Das Projekt wird im Zeitraum 1.11.2021 bis 31.10.2026 im Bundesland Nordrhein-Westfalen durch die Deutsche Rentenversicherung umgesetzt. Das Projekt wird durch das Institut für Technologie und Arbeit⁵⁰ (ITA) wissenschaftlich begleitet.

Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Studie liegen noch keine Evaluierungsergebnisse vor. Das Projekt wurde seitens Expert:in 4 als innovatives Projekt vorgeschlagen, da eine durchgängige Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation ermöglicht wird, wie es in der bisherigen Praxis kaum möglich war.

⁴⁹ Näheres zum Projekt siehe: <https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektdaten/ProjektDarstellung> BETAMeH 2FA

⁵⁰ Näheres siehe: <https://www.ita-kl.de/ita-projekte/beta-meh/> (Zugriff: 2.4.2026)

7. Literatur

7.1 Allgemeine Literatur

Arnold, H., Dungs, S., Hagendorfer-Jauk, G., Mark, A.T., Müller-Riedlhuber, H., Perchtaler, M., Pichler, C., & Reiche, R. (2022): *Studie „Arbeits(un)fähig?“ Wissenschaftlicher Endbericht*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Online verfügbar unter:

https://www.bmwet.gv.at/dam/jcr:36bce797-b0d3-43c0-b8b3-f0332747ffda/Studie%20Arbeitsun%C3%A4hig_Endbericht_barrierefrei.cleaned.pdf (dl:24.03.2026).

Arling, V., & Spijkers, W. (2017). Berufliche Rehabilitation in Deutschland. In S. Kaufeld, & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement (687-710)*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bejerholm, U., Larsson, M. E., & Johanson, S. (2017). Supported employment adapted for people with affective disorders – a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 207, 212-220.

Belin, A., Dupont, C., Oulès, L., Kuipers, Y., & Fries-Tersch, E. (2016). *Rehabilitation and return to work: analysis report on EU policies, strategies and programmes*. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Online verfügbar unter: <https://osha.eu-ropa.eu/sites/default/files/rehabilitation-and-return-to-work-analysis-report-on-eu-and-member-states-policies-strategies-and-programmes.pdf> (dl:17.3.2025).

Bredgaard, T. (2025). Udviklinger i den aktive beskæftigelsesindsats. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 27 (2), 5-12. Online verfügbar unter: <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/download/160323/202095/355839> (dl:9.2.2026). [mit KI übersetzt].

Bredgaard, T., Olesen, V. K., & Skyum-Jensen, E. (2025). A Mirror to ‘Normal’ Work–Ableism and the Construction of Flexjobs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 27(1), 359-372.

Bundesagentur für Arbeit (2023). *Fachliche Weisungen Reha – Drittes Buch Sozialgesetzbuch – SGB III, §112 SGB III Teilhabe am Arbeitsleben*. BA Zentrale. Online verfügbar unter: https://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba034090.pdf (dl: 30.1.2026).

Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice (2025). *fit2work Jahresbericht 2024*. Wien: Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen – Sozialministeriumservice. Online verfügbar unter: https://www.fit2work.at/file/download/file_fit2work-jahresbericht-2025_6413.pdf (dl:13.2.2026).

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2025a). *Berufliche Eingliederung durch die Invalidenversicherung: Überblick über die Eingliederungstätigkeit 2024*. Online verfügbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/dam/de/sd-web/eKPLi55zfjXB/bericht-berufliche-eingliederung-2023.pdf> (dl: 17.11.2025).

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2025b). *Die schweizerische Invaliditätsvorsorge*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen. Online verfügbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/dam/de/sd-web/iyC0hQClAyAh/broschuere-invaliditaet.pdf> (dl: 17.11.2025).

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2026). *Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSBEM)*. Online verfügbar unter: <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18459/download> (dl: 27.1.2026).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2020). *Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro. Erster Förderaufruf. 2. Auflage*. Berlin: BMAS. Online verfügbar unter: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschuere_rehapro_Selbsta Ausdruck_Auf-lage2.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (dl: 11.2.2026).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (2025a). *Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation. Bericht über den Zeitraum 2014 bis 2024*. Wien: BMASGPK. Online verfügbar unter: <https://bro-schuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=715> (dl: 13.3.2026).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (2025b). *Monitoring der Pensionsantritte 2019-2024*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK). Online verfügbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:bc47b709-6d6a-4216-9770-ff0a6d89ef60/Monitoring_Bericht_19-24.pdf (dl: 13.11.2025).

de Geus, C. J. C. (2025). *Evidence-based vocational rehabilitation: Supporting vocational rehabilitation professionals with a decision aid*. [PhD-Thesis - Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam]. Amsterdam. Online verfügbar unter: <https://www.kcvg.nl/files/16609/Proefschrift%20de%20Geus.pdf> (dl: 24.3.2026).

de Geus, C. J., Huysmans, M. A., van Rijssen, H. J., de Maaker-Berkhof, M., Schoonmade, L. J., & Anema, J. R. (2024). Elements of return-to-work interventions for workers on long-term sick leave: a systematic literature review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 35(2), 159-180.

de Rijk, A. (2018). Work disability Prevention in the Netherlands: A Key Role for Employers. In E. MacEachen (Hrsg.), *The Science and Politics of Work Disability Prevention* (223-241). Routledge.

Deutsche Rentenversicherung (2025). *Reha-Bericht 2025. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2025.pdf?__blob=publicationFile&v=9 (dl:24.2.2026).

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (2018). Modellvorhaben-Rehapro (Webseite). Online verfügbar unter: <https://www.modellvorhaben-rehapro.de/DE/Antragsverfahren/Footer/Impressum> (dl: 11.2.2026).

Drake, R. E., & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences (PCN Reports)*, 2(3).

Egger-Subotisch, A., Liebeswar, C., Wunderl, A., Sinnl, W., Draxl, I., Gruber, M., & Wawrinec, A. (2016). *System und Methoden der beruflichen Rehabilitation in Österreich*. Wien: Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH. Online verfügbar unter: [https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:9d5bf687-41b5-46b1-a5fc-6128086148d7/AMS PH System und Methoden der Beruflichen Rehabilitation in Oesterreich 3c.pdf](https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:9d5bf687-41b5-46b1-a5fc-6128086148d7/AMS_PH_System_und_Methoden_der_Beruflichen_Rehabilitation_in_Oesterreich_3c.pdf) (dl:21.10.2025).

Ehlen, S., Klinger, J., Kirvel, S., Oliva, H., Löcherbach, P., Rexrodt, C., & Toepler, E. (2025). *Koordination individueller Teilhabe (KiT) – Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand. Abschlussbericht*. Köln: Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Traeger/Bund/experten/forschung/KiT-endbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (dl: 24.3.2026).

Eppel, R., Famira-Mühlberger, U., Horvath, T., Huemer, U., & Mahringer, H. (2018). *Anstieg und Verfestigung der Arbeitslosigkeit seit der Wirtschaftskrise. Entwicklung, Ursachen und Handlungsansätze*. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. [https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person dokument/person dokument.jart?publikationsid=62227&mime_type=application/pdf](https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=62227&mime_type=application/pdf) (dl:19.11.2024).

Frederick, D. E., & VanderWeele, T.J. (2019). Supported employment: Meta-analysis and review of randomized controlled trials of individual placement and support. *PLoS ONE* 14(2), e0212208.

Geisen, T., Widmer, L., Fehlmann, M., Yang, A. Y., Baumgartner, E., Cox, P., ... & York, J. (2025). *Rolle der Sozialpartner bei der beruflichen Eingliederung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Quotenmodelle und freiwillige Modelle*. Online verfügbar unter: [https://www.ivbs.ch/uploads/06-25 Sozialpartner eBericht.pdf](https://www.ivbs.ch/uploads/06-25_Sozialpartner_eBericht.pdf) (dl:21.1.2026).

Haller, A., Staubli, S., & Zweimüller, J. (2019). *Evaluation IP Neu*. Sozialpolitische Studienreihe Band 25. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter: <https://www.economia.eu/bitstream/10419/226686/1/Studienreihe-Bd-25.pdf> (dl: 16.12.2025).

Hasselhorn, H. M., Riechmann-Wolf, M., Wrage, W., Wegewitz, U., & Sikora, A. (2025). Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) bei älteren Beschäftigten in Deutschland – Ergebnisse der lidA-(Kohorten)-Studie. *Die Rehabilitation*, 64 (02), 101-110.

Holleder, A. (2011). *Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Präventionspotenziale. Ergebnisse des Mikrozensus 2005*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Huber, B., & Kendlbacher, M. (2021). *Wissenswertes rund um Behinderung und Rehabilitation*. Wien: AMS Österreich. Online verfügbar unter: https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:a727298f-4d0d-4491-8066-977a7bc30e67/2021_ams_behinderung_reha_wissenswertes.pdf (dl:11.11.2025).

Ilssøe, A., & Larsen, T. P. (2023). *Flexicurity and the Future of Work: Lessons from the Danish Model*. Online verfügbar unter: <https://economy2030.resolutionfoundation.org/wp-content/uploads/2023/06/Flexicurity-and-the-future-of-work.pdf> (dl:24.3.2026).

Lankmayer, T. (2016). *Gesundheitliche Einschränkungen und Förderung der Arbeitsmarktintegration. Lücken, Optimierungspotenziale und Handlungsfelder* (unveröffentlichte Studie im Auftrag des FAB). Linz: IBE.

Lankmayer, T., & Rigler, S. (2025). *Befragung langzeitbeschäftigungsloser Personen in OÖ*. Linz, Wien: IBE am Österreichischen Institut für Berufsbildungsforschung. Online verfügbar unter: https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:617a42dd-812b-4f0b-8c6e-e295f3c98eb5/AMS%20OOE_Befragung%20LZBL_2025.pdf (dl:16.2.2026).

LePage, J. P., Crawford, A. M., Cipher, D. J., Anderson, K., Rock, A., Johnson, J. A. P., ... & Ottomanelli, L. (2020). Blending Traditional Vocational Services and Individualized Placement and Support for Formerly Incarcerated Veterans. *Psychiatric Services*, 71 (8), 816-823.

Loerbroks, A., Scharf, J., Angerer, P., Spanier, K., & Bethge, M. (2021). The prevalence and determinants of being offered and accepting operational management services—A cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (4), 2158.

Lupa, A. (2025). *Wohlfahrt. Wohlfahrtsstaats-Modelle und Sozialausgaben in Europa*. Bozen: Arbeitsförderungsinstitut (AFI). Online verfügbar unter: https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:0b9b45a0-5079-4242-9bb9-fa42d2141cec/Wohlfahrtsstaat_Modelle_Europa.pdf (dl: 12.11.2025).

Mascayano, F., & Drake R. E. (2024). Supported employment as a global mental health intervention. *Glob Ment Health (Camb)*, 11., e102, 1-6.

Mayrhuber, C., & Bitschi, B. (2025). *Fehlzeitenreport 2025. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Struktur der Langzeitkrankenstände*. Wien: WIFO. Online verfügbar unter: https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-4977/s_2025_fehlzeitenreport_2025_58823550.pdf (dl:16.2.2026).

McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of applied psychology*, 90 (1), 53.

Meyer, T., & Menzel-Begemann, A. (2022). Teilhabe als Gegenstand der Rehabilitationsforschung. In Wansing, G., Schäfers, M., & Köbsell, S. (Hrsg.), *Teilhabeforschung –*

Konturen eines neuen Forschungsfeldes. Beiträge zur Teilhabeforschung (105-123).
Wiesbaden: Springer VS.

Mittag, O., Welti, F., Kampling, H., & Reese, C. (2016). *Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung bei Erwerbsminderung in drei europäischen Staaten (Deutschland, Niederlande, Finnland): Vergleichende Untersuchung der rechtlichen Regelungen, ihrer konkreten Ausgestaltung und ihrer Folgen in der Praxis.* Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/98529.pdf (dl:27.2.2026).

Noteboom, Y., Montanus, A. W., van Nassau, F., Burchell, G., Anema, J. R., & Huysmans, M. A. (2024). Barriers and facilitators of collaboration during the implementation of vocational rehabilitation interventions: a systematic review. *BMC psychiatry*, 24(1), 759.

OECD (2016). *Back to Work. Denmark. Improving the Re-Employment Prospects of displaced Workers.* Paris: OECD-Publishing. Online verfügbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264267503-en> (dl: 24.3.2026).

OECD (2024). Tax and benefit policy description for Denmark 2024. Paris: OECD-Publishing. Online verfügbar unter: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/incomes-support-redistribution-and-work-incentives/TaxBEN-Denmark-latest.pdf> (dl: 24.3.2026).

OECD (2025a). *Pensions at a Glance 2025. OECD and G20 Indicators.* Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/pensions-at-a-glance-2025_76510fe4/e40274c1-en.pdf (dl: 1.12.2025).

OECD (2025b). *Pensions at a Glance: Country Profiles – Denmark.* Paris: OECD. Online verfügbar unter: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/support-materials/2025/11/pensions-at-a-glance-2025_76510fe4/country-notes/PAG2025-country-profile-Denmark.pdf/jcr_content/renditions/original./PAG2025-country-profile-Denmark.pdf (dl: 1.12.2025).

OECD (2015). *Mental Health and Work. Austria.* Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2015/10/mental-health-and-work-austria_g1g4f658/9789264228047-en.pdf (dl:24.3.2026).

Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Leinonen, T., Verstappen, S., de Rijk, A., Spasova, S., ... & Kalseth, J. (2022). Follow-up regimes for sick-listed employees: A comparison of nine north-western European countries. *Health Policy*, 126 (7), 619-631.

Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74 (3), 264-282.

Pensionsversicherung (PV) (2025). *Jahresbericht 2024.* Wien: PVA. Online verfügbar unter: <https://www.pv.at/de/flipbooks/PV-406-2024/flipbook.pdf> (dl:23.1.2026).

- Peter, W. (2007). Dänemarks „flexicurity“: Kein Vorbild für Deutschland. *IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, 34 (2), 69-84.
- Rechnungshof (2017). *Bericht des Rechnungshofes. Invaliditätspension Neu*. Wien: Rechnungshof. Online verfügbar unter: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund_Invaliditaetspension_Neu.pdf (dl: 23.2.2026).
- Rechnungshof (2020). *Invaliditätspension Neu; Follow-up-Überprüfung*. Wien: Rechnungshof. Online verfügbar unter: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/home_7/Invaliditaetspension_NEU_FUP.pdf (dl:17.12.2025).
- Reese, C., & Mittag, O. (2013). *Berufliche Wiedereingliederung und soziale Sicherung von erwerbsgeminderten Menschen in den Niederlanden und in Deutschland -ein Vergleich* (Handout zur Tagung der Hans-Böckler-Stiftung „Erwerbsminderung: krank – ausgeschlossen – arm?“ am 6.6.2013, Berlin). Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/91375.pdf (dl: 11.2.2026).
- Reims, N., Nivorozhkin, A., & Tophoven, S. (2017). *Berufliche Rehabilitation zielt auf Prävention und passgenaue Förderung. IAB-Kurzbericht 25/2017*. Nürnberg: IAB. Online verfügbar unter: <https://doku.iab.de/kurzber/2017/kb2517.pdf> (dl:24.3.2026).
- Reims, N., Tophoven, S., & Rauch, A. (2024). Bedingungen für gelingende berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Akteure. *Zeitschrift für Sozialreform*, 70 (4), 379-404.
- Rind, E., Wagner, A., Danuser, B., Godnic-Cvar, J., Rieger, M. A., Hutterer, K., ... & Völter-Mahlknecht, S. (2019). Rehabilitation und Return to Work. *ASU – Zeitschrift für medizinische Prävention*, 54 (4), 246-252.
- Sander, M., Preusker, U., Albrecht, M., Hildebrandt, S., & Sussmann, S. (2018). *Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld. Erfahrungen skandinavischer Länder und deren mögliche Übertragbarkeit auf die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland*. Berlin: IGES. Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Abschlussberichte/Abschlussbericht_Teilkrankengeld_IGES.pdf (dl: 19.2.2026).
- Schanbacher, P., & Seiberlich, R. (2022). *Wirksamkeitsstudie Wiedereingliederung. Arbeitsfähigkeit erhalten, Invaliditätsrisiken minimieren*. PK Rück. Online verfügbar unter: <https://pkruECK.com/app/uploads/2022/10/PK-Rueck-Wirksamkeitsstudie-Wiedereingliederung-2022-1.pdf> (dl:23.2.2026).
- Statistik Austria (2024). *Evaluierung von fit2work 2023/2024*. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft. Online verfügbar unter: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/272/stata_f2w_evaluierungsbericht_2324.pdf (dl: 16.2.2026).
- Steiner, K., & Egger, A. (2025). *Evaluierung der Qualität und Wirksamkeit der beruflichen Reha im AMS Burgenland*. Eisenstadt: AMS Burgenland. Online verfügbar unter: https://forschungsnetzwerk.ams.at/dam/jcr:46c7aed3-533a-4a4c-bf53-01df892b033f/Berufliche%20Reha%20Burgenland_AMS_2025.pdf (dl: 13.11.2025).

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (STAR) (2025). Indsatser ved sygdom, nedslidning mv. Online verfügbar unter: <https://star.dk/indsatser/indsatser-ved-sygdom-nedslidning-mv/revalidering> (dl:3.12.2025) [mit Übersetzungstool von google chrome übersetzt].

Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdal, A. L., & Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 46 (1) 50-59.

Tichy, G. (2014). Flexicurity – ein an seiner Umsetzung scheiterndes Konzept. *Wifo-Monatsberichte*, 87 (8), 537-553.

Tophoven, S., Reims, N., & Rauch, A. (2020). Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. In A., Rauch, & S., Tophoven (Hrsg.), *Integration in den Arbeitsmarkt. Teilhabe von Menschen mit Förder- und Unterstützungsbedarf (64-78)*. Stuttgart: Kohlhammer.

World Health Organization (WHO) (2011). *World report on disability*. Genf: WHO. Online verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6d771bce-1281-4333-aaac-3ea345222be5/content> (dl:19.1.2026).

World Health Organization (WHO) (2017). *Rehabilitation in health systems*. Genf: World Health Organization. Online verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e53b5903-ae0f-426a-8265-d98eb292fd99/content> (dl:19.1.2026).

7.2 Gesetzesquellen

ÖSTERREICH

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Angestelltengesetz (AngG), BGBl. Nr. 292/1921 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Arbeitslosenversicherungsgesetz (AlVG), BGBl. Nr. 609/1977 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Arbeitsmarktservicegesetz (AMSG), BGBl. I Nr. 313/1994 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG), BGBl. Nr. 559/1978 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG), BGBl. Nr. 22/1970 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Bundesbehindertengesetz (BBG), BGBl. Nr. 283/1990 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG), BGBl. Nr. 399/1974 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Gleichbehandlungsgesetz (GlBG), BGBl. I Nr. 66/2004 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG 2012), BGBl. I Nr. 109/2012 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Sozialversicherungs-Änderungsgesetz (SVÄG 2017), BGBl. I Nr. 23/2017 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Sozialversicherungsgesetz für Selbständige (SVSG), BGBl. I Nr. 55/2005 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

Wiedereingliederungsteilzeitgesetz (WIETZG), BGBl. I Nr. 68/2010 idgF, abrufbar im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), abgerufen am 23.01.2026.

DEUTSCHLAND

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 3234/2016 idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung (SGB III), Bundesgesetzblatt Teil I S. 594/1997 idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Sozialgesetzbuch Sechstes Buch – Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI), Bundesgesetzblatt Teil I S.2261/1989 idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG), Bundesgesetzblatt Teil I S. 1014/1994 idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 31/2015 idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Bundesgesetzblatt idgF, abgerufen am 23.01.2026.

Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), Bundesgesetzblatt idgF, abgerufen am 23.01.2026.

SCHWEIZ

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), SR 831.20 idgF, abrufbar im Schweizer Bundesrecht (Fedlex), abgerufen am 13.03.2026.

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), SR 830.1 idgF, abrufbar im Schweizer Bundesrecht (Fedlex), abgerufen am 13.03.2026.

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), SR 832.10 idgF, abrufbar im Schweizer Bundesrecht (Fedlex), abgerufen am 13.03.2026.

Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), SR 221.229.1 idgF, abrufbar im Schweizer Bundesrecht (Fedlex), abgerufen am 13.03.2026.

NIEDERLANDE

Anmerkung: Gesetzestexte aus den Niederlanden wurden mit Übersetzungstool des Internetbrowsers (google chrome) übersetzt.

Wet Verbetering Poortwachter – Gatekeeper Improvement Act, idgF, abrufbar in der niederländischen Rechtsdatenbank „Overheid.nl“, abgerufen am 13.3.2026.

Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) – Gesetz über Arbeit und Einkommen nach Arbeitsfähigkeit, idgF, abrufbar in der niederländischen Rechtsdatenbank „Overheid.nl“, abgerufen am 13.3.2026.

Ziektewet – Gesetz über Krankengeld für Personen ohne festen Arbeitgeber/fester Arbeitgeberin, idgF, abrufbar in der niederländischen Rechtsdatenbank „Overheid.nl“, abgerufen am 13.3.2026.

Participatiewet – Sozialhilfegesetz / Teilhabegesetz, idgF, abrufbar in der niederländischen Rechtsdatenbank „Overheid.nl“, abgerufen am 13.3.2026.

DÄNEMARK

Anmerkung: Gesetzestexte aus Dänemark wurden mit Übersetzungstool des Internetbrowsers (google chrome) übersetzt.

lov om en aktiv beskæftigelsesindsats – Gesetz zur Regelung der aktiven Beschäftigungsförderung, idgF, abrufbar in der dänischen Rechtsdatenbank „Retsinformation“, abgerufen am 13.3.2026.

lov om aktiv socialpolitik – Gesetz über die aktive Sozialpolitik, idgF, abrufbar in der dänischen Rechtsdatenbank „Retsinformation“, abgerufen am 13.3.2026.

sygedagpengeloven – Gesetz zur Regelung des Krankengeldes, idgF, abrufbar in der dänischen Rechtsdatenbank „Retsinformation“, abgerufen am 13.3.2026.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil ges. VE bei arbeitslosen und LZBL in Österreich und OÖ 2025	4
Abbildung 2: Untersuchungsdesign.....	6
Abbildung 3: Vier nationale Profiltypen von Systemen der Rehabilitation/ des Return to Work (RTW).....	12
Abbildung 4: Arbeitslosenquote 15- bis 64-Jährige nach Grad der Behinderung, 2024, in %.....	56
Abbildung 5: Anteil „Out of labour Force“ (OLF) 15- bis 64-Jährige nach Grad der Behinderung, 2024, in %.....	57
Abbildung 6: Erwerbs- und Rentensituation ein Jahr nach Abschluss des beruflichen Eingliederungsprozesses (2023)	71
Abbildung 7: Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben 2024.....	73
Abbildung 8: Leistungsarten beruflicher Bildungsleistungen 2022	73
Abbildung 9: Wiedereingliederungsstatus im 6., 12. und 24. Monat nach einer beruflichen Bildungsleistung im Jahr 2021.....	74
Abbildung 10: Berufliche Eingliederungsmaßnahmen in der Schweiz.....	93
Abbildung 11: Das niederländische System der Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit ab 2004	98
Abbildung 12: Beschäftigungsraten von Personen mit IPS (Interventionsgruppe) und Kontrollgruppe	102

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick interviewte Expert:innen.....	8
Tabelle 2: Überblick über innovative Ansätze.....	9
Tabelle 3: Länderprofil Österreich.....	16
Tabelle 4: Länderprofil Deutschland	24
Tabelle 5: Länderprofil Schweiz.....	32
Tabelle 6: Definitionen von Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Invalidität in der Schweiz.....	35
Tabelle 7: Länderprofil Niederlande.....	38
Tabelle 8: Länderprofil Dänemark.....	44
Tabelle 9: Ausgewählte Kontextfaktoren im Ländervergleich	53
Tabelle 10: Bezeichnung und gesetzliche Hauptgrundlage beruflicher Rehabilitation – Ländervergleich	58
Tabelle 11: Hauptakteur:innen der beruflichen Rehabilitation – Ländervergleich	60
Tabelle 12: Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation – Ländervergleich	64
Tabelle 13: Krankengeld und Interventionen bei Krankenständen im Ländervergleich	68
Tabelle 14: Mögliche Entwicklungsfelder beruflicher Rehabilitation in Österreich	76

10. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AG	Arbeitgeber:in
AN	Arbeitnehmer:in
AGG	Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz
AL	Arbeitslose
AIVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice
AMSG	Arbeitsmarktservicegesetz
AngG	Angestelltengesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AVIG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBG	Bundesbehindertengesetz
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BEinstG	Behinderteneinstellungsgesetz
BEM	betriebliches Eingliederungsmanagement
BGBI	Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CH	Schweiz
D	Deutschland
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DK	Dänemark
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
EU	Europäische Union
EU-Osha	European Agency for Safety and Health at Work
ges. VE	gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen
ILO	International Labour Organization
IP	Invaliditätspension
IPS	individual placement and support (individuelle Platzierung und Unterstützung)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KFZ	Kraftfahrzeug
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung

LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LZBL	Langzeitbeschäftigungslose
NL	Niederlande
Ö	Österreich
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit)
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
öibf	Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung
OLF	Out of labour force
OÖ	Oberösterreich
OÖ. ChG	Oberösterreichisches Chancengleichheitsgesetz
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RAV	Regionales Arbeitsvermittlungszentrum
RSD	Reha-Statistik-Datenbasis
RTW	Return to Work
SGB	Sozialgesetzbuch
SRÄG 2012	Sozialrechtsänderungsgesetz 2012
STAR	Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering – dänische Arbeitsmarktbehörde
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVÄG 2017	Sozialversicherungs-Änderungsgesetz 2017
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen – niederländische Sozialversicherungsanstalt
VR	Vocational Rehabilitation
VVG	Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag
WHO	World Health Organization
WIETZG	Wiedereingliederungsteilzeitgesetz