DSS Working Papers

Prof.in Dr.in Heike Ohlbrecht, Dr. Carsten Detka,
Christopher Grobys

Forschungsbericht

Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der LTA und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke

Institut für Gesellschaftswissenschaften
Department for Social Sciences

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
DSS Working Paper Nr. 86

ISSN-1615-8229

Opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of the department.

IMPRESSUM

Herausgeber
Der Fachbereich Soziologie
Im Institut für Gesellschaftswissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Für die Herausgeber: Prof. Dr. Heiko Schrader
Redaktion: Dr. rer. soc. Stephanie Hess
Marcus Gercke, M. A.

Anschrift
Fachbereich Soziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
„DSS Working Papers“
Postfach 4120
39016 Magdeburg

Sämtliche Rechte verbleiben bei den Autoren und Autorinnen.

Anmerkung
Die Publikation ist abrufbar unter:
https://www.soz.ovgu.de/arbeitsberichte.html

Institut für sozialwissenschaftliche
Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung
UG (haftungsbeschränkt)

Forschungsbericht: Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der LTA und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke

Laufzeit: September 2024 bis Oktober 2025

Prof.in Dr.in Heike Ohlbrecht[1], Dr. Carsten Detka[2], Christopher Grobys[1]

16.01.2026

Abstract

Um evidenzbasierte Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation und deren bedarfsgerechter Zugänglichkeit zu erhalten, hat der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V. gemeinsam mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und dem Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung UG (haftungsbeschränkt) eine sozialwissenschaftliche Prozessanalyse durchgeführt. Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke zusammen.

Keywords: Berufliche Rehabilitation • Berufsförderungswerke • Soziologische Prozessanalyse • Mixed-Methods

Zitiervorschlag

Ohlbrecht, H., Detka, C., Grobys, C. (2026). Forschungsbericht: Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der LTA und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke. DSS Working Paper Nr. 86, Magdeburg: Institut für Gesellschaftswissenschaften https://www.soz.ovgu.de/isoz_media/downloads/arbeitsberichte/86_Ohlbrecht_Detka_Grobys.pdf.

[1] Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
[2] Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung UG (haftungsbeschränkt)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis I
Tabellenverzeichnis IV
1. Einleitung 1
2. Arbeitspaket 2: Analyse der Arbeitgebenden 4
2.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand 4
2.2 Methoden: Mixed-Methods-Design 6
2.2.1 Quantitative Methoden 6
2.2.2 Qualitative Methoden 8
2.3 Ergebnisse 8
2.3.1 Deskriptive Statistik 9
2.3.2 Korrelationsanalyse 18
2.3.3 Multivariate Analysen 21
2.4 Diskussion 34
3. Arbeitspaket 3: Analyse von Übergängen und strukturellen Barrieren zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation 37
3.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand 37
3.2 Methoden: Qualitatives Forschungsdesign 39
3.2.1 Datenerhebung 39
3.2.2 Datenauswertung 40
3.3 Ergebnisse 40
3.3.1 Der Arbeitsalltag: Zwischen Routine, Vielseitigkeit und Verantwortung 40
3.3.2 Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation: Beratende, Anleitende oder Helfende des Prozesses? 42
3.3.3 Das Klientel: Fehlendes Wissen, Unsicherheiten und zum Teil geringe Motivation 45
3.3.4 Die einseitige Scharnierfunktion: hohe intrainstitutionelle, aber geringe interinstitutionelle Kooperation 47
3.3.5 Taylorisierung der Arbeitsverhältnisse und des Rehabilitationsprozesses 49
3.3.6 Zwei diametrale Handlungslogiken: technokratische Sozialverwaltung oder lebensweltliche Sozialaltruismus 51
3.3.7 Verbesserungspotenziale aus Sicht des Sozialdienstes 55
3.3.8 Horizonte einer gelingenden, innovativen Praxis 57
3.4 Diskussion der Ergebnisse 59
4. Arbeitspaket 4: Analyse der Leistungserbringenden 61
4.1 Ziel der Analyse und Forschungsstand 61
4.2 Methoden: Mixed-Methods-Design 62

4.3 Ergebnisse ... 63
4.3.1 Quantitative Analyse ... 63
4.3.2 Qualitative Analyse ... 76
4.4 Diskussion der Ergebnisse ... 95
5. Arbeitspaket 5: Analyse der Zuweisungspraxis der Kostenträger ... 99
5.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand ... 99
5.2 Methoden: Mixed-Methods-Forschungsdesign ... 100
5.3 Ergebnisse ... 101
5.3.1 Partizipative Workshops ... 101
5.3.2 Explorative Einzelinterviews mit Expert*innen der Reha-Fachberatung und Reha-Fachberatenden ... 107
5.3.3 Hypothesen ... 119
5.3.4 Integrierte quantitative und vertiefende qualitative Analyse ... 120
5.4 Diskussion der Ergebnisse ... 140
6. Arbeitspaket 6: Analyse der Interaktionsbeziehungen ... 143
6.1 Ziel der Analyse ... 143
6.2 Ergebnisse ... 143
6.2.1 Konsens ... 143
6.2.2 Konflikte ... 144
6.3 Diskussion der Ergebnisse ... 146
7. Arbeitspaket 7: Analyse der Erwartungen und Orientierungen der Leistungsberechtigten ... 147
7.1 Ziel der Analyse ... 147
7.2 Methoden ... 148
7.3 Ergebnisse ... 150
7.3.1 Teilstandardisierte qualitative Befragung potenzieller Leistungsberechtigter ... 150
7.3.2 Standardisierte Befragung aktueller Leistungsberechtigter ... 163
7.3.3 Qualitative Analyse aktueller Leistungsberechtigter ... 178
7.4 Diskussion der Ergebnisse ... 183
Literatur ... 187

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fachkräftebedarf in verschiedenen Unternehmensbereichen 10
Abbildung 2: Maßnahmen der langfristigen Fachkräftebindung 10
Abbildung 3: Einstellungen zu den Ursachen und Folgen der Fachkräftesituation 11
Abbildung 4: Bekanntheit von LTA und dem Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke.12
Abbildung 5: Allgemeines Wissen über die Angebote der Berufsförderungswerke.....13
Abbildung 6: Wissen über und Nutzen von den Leistungen der Berufsförderungswerke (absolute Zahlen) 15
Abbildung 7: Einschätzungen zur beruflichen Rehabilitation (Angaben in Prozent).....16
Abbildung 8: Erwartungen an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Angaben in Prozent) 17
Abbildung 9: Grafische Darstellung der Ergebnisse der multiplen Korrespondenzanalyse 23
Abbildung 10: Grafische Darstellung der Ergebnisse der multiplen Korrespondenzanalyse (Raum der Individuen) 25
Abbildung 11: Durchschnittlichen Belegungstage pro Jahr im Längsschnitt 2019 bis 2024 (absolute Zahlen) 64
Abbildung 12: Durchschnittlichen Teilnehmenden pro Jahr insgesamt und nach Maßnahmen im Längsschnitt 2019 bis 2024 (absolute Zahlen) 65
Abbildung 13: Durchschnittlichen männlichen Teilnehmenden nach Maßnahmen (absolute Zahlen) 66
Abbildung 14: Durchschnittlichen weiblichen Teilnehmenden nach Maßnahmen (absolute Zahlen) 66
Abbildung 15: Durchschnittlichen Übergangsquoten im Längsschnitt 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent).....68
Abbildung 16: Durchschnittlichen Abbruch- und Integrationsquoten im Längsschnitt 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent) 68
Abbildung 17: Durchschnittlichen Teilnehmenden mit und ohne berufliche Qualifizierung und Hochschulabschluss im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)..... 69
Abbildung 18: Prozentualer Anteil der Teilnehmenden mit einer F-Diagnose als Primärdiagnose bezogen auf Teilnehmende mit einer somatischen Diagnose als Primärdiagnose im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent) 70
Abbildung 19: Durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden mit Kriseninterventionen und die den psychologischen Dienst in einem Berufsförderungswerk in Anspruch genommen haben im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen).....71
Abbildung 20: Durchschnittlichen Teilnehmenden pro Altersgruppe im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen) 72

Abbildung 21: Aktuelle Einschätzungen von Berufsbedarfen nach Qualifizierungen im Vergleich zu 2019 (Angaben in Prozent) 73
Abbildung 22: Aktuellen Bedarfe verschiedener Zielgruppen im Vergleich zu 2019 74
Abbildung 23: Einschätzungen der Nachfrage von Leistungen der Berufsförderungswerke im Vergleich zu 2019 (Angaben in Prozent) 75
Abbildung 24: Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Den Berufsförderungswerken wird auch in Zukunft eine wichtige Funktion in der beruflichen Rehabilitation zukommen“ (absolute Zahlen) 121
Abbildung 25: Skala zu Einschätzung der Berufsförderungswerke und der Zusammenarbeit der Berufsförderungswerke und der Zusammenarbeit (Angaben in Prozent) 121
Abbildung 26: Durchschnittliche Nutzung der monatlichen Kommunikationswege 123
Abbildung 27: Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken“ (absolute Zahlen) 127
Abbildung 28: Einschätzungen zur Klientelentwicklung (Angaben in Prozent) 129
Abbildung 29: Einschätzungen zur Zuweisungspraxis (Angaben in Prozent) 130
Abbildung 30: Relevanz der Kriterien der Zuweisungspraxis (Angaben in Prozent) 134
Abbildung 31: Durchschnittlichen Zuweisungsorientierungen in den verschiedenen Altersgruppen (durchschnittlichen Faktorwerte) 138
Abbildung 32: Geschlechterdifferenzen der Frage aufmerksam geworden (Angaben in Prozent) 151
Abbildung 33: Altersgruppendifferenzen der Fragen aufmerksam geworden (Angaben in Prozent) 152
Abbildung 34: Geschlechterdifferenzen der Frage Pro-Gründe (Angaben in Prozent) 153
Abbildung 35: Altersgruppendifferenzen der Frage Pro-Gründe (Angaben in Prozent) 154
Abbildung 36: Geschlechterdifferenzen der Contra-Gründe (Angaben in Prozent) 155
Abbildung 37: Altersgruppendifferenzen der Frage Contra-Gründe (Angaben in Prozent) 156
Abbildung 38: Geschlechterdifferenzen der Frage Relevanz der Angebote (Angaben in Prozent) 157
Abbildung 39: Altersgruppendifferenzen der Frage Relevanz der Angebote (Angaben in Prozent) 158
Abbildung 40: Geschlechterdifferenzen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ (Angaben in Prozent) 160
Abbildung 41: Altersgruppendifferenzen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ (Angaben in Prozent) 160
Abbildung 42: Geschlechterdifferenzen der Kategorien „Wünsche & Anforderungen“ (Angaben in Prozent) 162
Abbildung 43: Altersgruppendifferenzen der Kategorien „Wünsche und Anforderungen“ (Angaben in Prozent) 162

Abbildung 44: Maßnahmenintegration der Leistungsberechtigten zum Befragungszeitpunkt (absolute Zahlen) 164
Abbildung 45: Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent) 166
Abbildung 46: Einschätzung „Maßnahme kam zum richtigen Zeitpunkt“ (Angaben in Prozent) 167
Abbildung 47: Verteilungen des Workability-Scores der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent) 168
Abbildung 48: Erwartungen und Erfahrungen der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent) 171
Abbildung 49: Erfahrungen mit dem Unterricht und dem Lernpensum (Angaben in Prozent) 172
Abbildung 50: Geschlechterdifferenzen der Erwartungshaltungen (durchschnittlichen Faktorwerte) 174
Abbildung 51: Altersgruppendifferenzen der Erwartungshaltungen (durchschnittlichen Faktorwerte) 175

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schematischer Ablauf des Forschungsprozesses 3
Tabelle 2: Darstellung der analytisch genutzten Merkmale und der verwendeten Abkürzungen 19
Tabelle 3: Korrelationsmatrix für kategoriale Variablen (Chi-Quadrat-Test & Cramérs V) 20
Tabelle 4: OLS-Regression (mit robustem Standardfehler) mit dem abhängigen Merkmal „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit" 125
Tabelle 5: Logistische Regression mit dem abhängigen Merkmal „Gut über Angebote informiert: Zustimmung eher ja/eher nein" (Koeffizienten sind avergage marginal effects (AME)) . 126
Tabelle 6: Logistische Regression mit dem abhängigen Merkmal „Zunahme des Abstimmungsbedarfs: Zustimmung eher ja/eher nein" (Koeffizienten sind avergage marginal effects (AME)) 132
Tabelle 7: Explorative Faktorenanalyse der Zuweisungskriterien in ein Berufsförderungswerk 135
Tabelle 8: Verteilungen der Kategorien zur Frage „Wie sind Sie auf das Berufsförderungswerk aufmerksam geworden“? 150
Tabelle 9: Kategorien auf die Frage „Was spricht für Sie dafür, im BFW eine Maßnahme zu beginnen“? 152
Tabelle 10: Verteilungen der Kategorien „Pro-Gründe“ 153
Tabelle 11: Kategorien Contra-Gründe 154
Tabelle 12: Verteilungen der Kategorien Contra-Gründe 155
Tabelle 13: Kategorien der Frage Relevanz der Angebote 156
Tabelle 14: Verteilungen der Kategorien Relevanz der Angebote 157
Tabelle 15: Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ 159
Tabelle 16: Verteilungen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ 159
Tabelle 17: Kategorien „Wünsche und Anforderungen“ 161
Tabelle 18: Verteilungen der Kategorien „Wünsche und Anforderungen“ 161
Tabelle 19: Verteilungen „Von Angeboten erfahren“ 164
Tabelle 20: Explorative Faktorenanalyse der Berufswerte 169
Tabelle 21: Explorative Faktorenanalyse mit den Erwartungen an die berufliche Rehabilitation 173
Tabelle 22: OLS-Regressionsmodelle mit den Erwartungshaltungen als abhängige Variablen 177

1. Einleitung

Um evidenzbasierte Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation und deren bedarfsgerechter Zugänglichkeit zu erhalten, hat der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V. gemeinsam mit der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg und dem Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalysen und Arbeitsgestaltung UG (haftungsbeschränkt) eine sozialwissenschaftliche Prozessanalyse durchgeführt.

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der **Bedarfsanalyse zur Weiterentwicklung und Stabilisierung der Berufsförderungswerke durch eine Prozessanalyse der Entwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Zugangswege in die berufliche Rehabilitation der Berufsförderungswerke** zusammen.

Hintergrund und Problemstellung

Die berufliche Rehabilitation steht vor der Herausforderung, ihre Strukturen, Maßnahmen und Prozesse an veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen anzupassen – eine strukturell sinkende Nachfrage nach Leistungsangeboten der beruflichen Rehabilitation steht einer zunehmenden gesundheitlichen Beanspruchung in der modernen Arbeitswelt gegenüber.

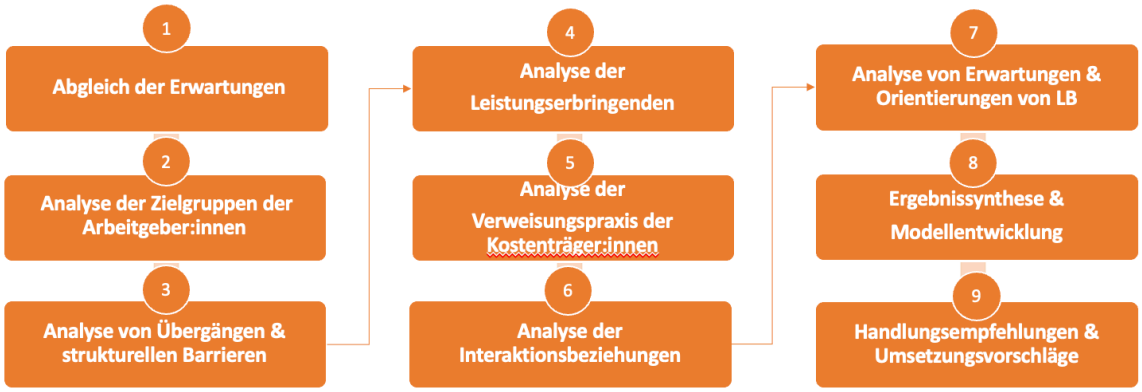
Vor dem Hintergrund der Diskussion der Veränderung in der beruflichen Rehabilitation (wie z. B. veränderte Bedarfe, komplexere Fälle, Digitalisierung) sollen mittels einer Prozessanalyse die Zugangswege in die Leistungsangebote beruflicher Rehabilitation der Berufsförderungswerke systematisch rekonstruiert und mögliche Barrieren und Hindernisse auf dem Weg, von der Herausbildung eines Anspruchs auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme bis zum Einstieg in die Qualifizierungsmaßnahme und deren Durchführung herausgearbeitet werden. Die Studie stellt vor diesem Hintergrund die zentrale Frage, an welchen Stellen im Zugangsprozess und aufgrund welcher Bedingungen ein Anspruch auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme nicht zur Aufnahme einer entsprechenden Qualifizierung, sondern möglicherweise zum Ausstieg des Leistungsberechtigten aus dem Prozess führt bzw. auch dazu, dass die Leistungsberechtigten überhaupt nicht in den Prozess einmünden. Darüber hinaus sollen die Erfolgskriterien in der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerke untersucht werden. Insgesamt steht somit eine komplexe Bestands- und Bedarfsanalyse von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an Berufsförderungswerke aus einer prozessanalytischen Perspektive im Fokus der Studie.

Die Grundperspektive des Projekts ist der Abgleich der Erwartungen der Reha-Institutionen an einen „Normalverlauf“ des Zugangs zur beruflichen Rehabilitation mit den empirisch feststellbaren Prozessen. Es wurde untersucht, wie sich der tatsächliche Zugang und die Einmündung in das System der beruflichen Rehabilitation gestalten, um mögliche Barrieren zu identifizieren.

Perspektiven und grundlegender Ansatz

In einer Prozessperspektive wurden vor dem Hintergrund der gesamten Prozesskette nahezu alle beteiligten Prozessakteure in den Blick genommen. Die Perspektiven aller unmittelbaren und mittelbaren Akteurinnen und Akteure (Arbeitgebende, Reha-Kliniken, Reha-Träger, Krankenkassen, Leistungserbringer sowie Leistungsberechtigte) wurden erhoben und triangu-liert. Erarbeitet wurde die Studie in einem komplexen Methodendesign aus einem Mix von qualitativen und quantitativen Datenanalysen, umgesetzt in einer kurzen und kompakten Projektlaufzeit. Das Konsortium der Durchführenden bestand aus dem Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg in Zusammenarbeit mit dem privatwirtschaftlichen Institut für sozialwissenschaftliche Prozessanalyse und Arbeitsgestaltung UG (haftungsbeschränkt) und dem Bundesverband der Deutschen Berufsförderungswerke e. V. Wir möchten uns an dieser Stelle für die enorme Kooperationsbereitschaft der beteiligten Berufsförderungswerke ganz ausdrücklich bedanken!

Die folgende Übersicht[3] veranschaulicht den Ablauf des Forschungsprozesses mit den einzelnen Arbeitspaketen:



Datengrundlage

Die Untersuchung stützt sich auf eine sehr breite empirische Datengrundlage, die erstmal in dieser Form die Prozessperspektive von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Berufsförderungswerke in dieser umfänglichen Art und Weise abbildet. Befragt wurden Arbeitgebende, Mitarbeitende des Sozialdienstes in medizinischen Reha-Kliniken, Reha- und Integrationsmanagerinnen und -manager in den Berufsförderungswerken, Reha-Fachberatende der Kostenträger sowie Teilnehmende in Berufsförderungswerken und Interessierte an beruflicher Rehabilitation. Die Auswertung der unterschiedlichen Perspektiven und Erfahrungen der Akteursgruppen ermöglichte einen differenzierten Blick auf zentrale Prozesse, Schnittstellen und

[3] Das Arbeitspaket 1 „Abgleich der Erwartungen“ ist in diesem Langbericht nicht als extra Kapitel ausgewiesen, weil diese Analyse quer zu den einzelnen Arbeitspaketen liegt. Der Abgleich durchzieht damit den ganzen Bericht, um Dopplungen und empirische Redundanzen zu vermeiden. Die Erkenntnisse aus Arbeitspaket 8 und 9 werden im Kurzbericht dargestellt, weil sie auf einer höheren analytischen Ebene liegen, als die hier präsentierten Befunde.

Herausforderungen im Verlauf der beruflichen Rehabilitation im Kontext der Berufsförderungswerke.

Im Einzelnen wurden folgende Daten erhoben:

Tabelle 1: Schematischer Ablauf des Forschungsprozesses

Zielgruppe/ Akteure/ Institution	Datenstand
Arbeitgebende	Standardisierte Online-Befragung (N = 83)
	eine Focus Group und 7 Einzelinterviews
Mitarbeitende des Sozialdienstes in medizinischen Reha-Kliniken	21 leitfadengestützte Interviews
	3 Focus Groups
Mitarbeitende des Krankengeldmanagements von Krankenkassen	zwei leitfadengestützte Interviews
Berufsförderungswerke	37 leitfadengestützte Interviews mit RIM
	zwei Focus Groups und ein Doppelinterview
	Belegungszahlen auf der Grundlage einer Datenmatrix von N = 19 BFW
	zwei partizipative Workshops und ein Einzelinterview zur Ausarbeitung des Fragebogenerhebung bei den Reha-Trägern
	zwei Feedbackworkshops zu ausgewählten Ergebnissen
Reha-Fachberatende der Reha-Träger	5 Einzelinterviews
	Standardisierte Online-Befragung (N = 226)
Leistungsberechtigte	4 leitfadengestützte Interviews mit Leistungsberechtigten, die nie oder erst nach Jahren LTA in Anspruch genommen haben
	Teilstandardisierte Online-Befragung von Interessierten, die an einer Informationsveranstaltung eines Berufsförderungswerks teilgenommen haben, jedoch noch keine Maßnahme begonnen haben (N = 128)
	Standardisierte Online-Befragung von Teilnehmenden in Berufsförderungswerken (N = 985)
	Zwei Focus Groups mit Teilnehmenden in Berufsförderungswerken (=7)
	19 teilstandardisierte Interviews mit Teilnehmenden in Berufsförderungswerken

Die vorliegende Prozessanalyse hat den Anspruch, den Zugang von Berechtigten in die berufliche Rehabilitation und den dann folgenden Verlauf im Berufsförderungswerke zu untersuchen.

Zunächst gilt es, die institutionell vorgestellten Wege in die berufliche Rehabilitation zu rekonstruieren. Die beteiligten Institutionen umfassen sowohl die Kostenträger, wie etwa die Deutsche Rentenversicherung oder die Agenturen für Arbeit, als auch die Leistungsanbieter, zu denen Berufsförderungswerke und vergleichbare Einrichtungen gehören. Diese Organisationen haben häufig ein bestimmtes ideelles Konzept davon, wie der Zugang von Anspruchsberechtigten in die berufliche Rehabilitation aussehen sollte. Oftmals wird angenommen, dass dieser Prozess strukturiert und linear abläuft. Der idealtypische Prozess umfasst in der Regel mehrere Schritte, beginnend mit der Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs, gefolgt von einer formalisierten Antragstellung, einer systematischen Bedarfsermittlung, der Zuweisung in Maßnahmen und der Durchführung ebendieser und schließlich der Integration der Rehabilitand*innen in den Arbeitsmarkt.

Die Kontrastierung dieser idealtypischen Vorstellungen mit den Ergebnissen einer detaillierten Prozessanalyse ermöglicht eine empirische Rekonstruktion a) der tatsächlichen Wege in die Rehabilitation. Dabei wird untersucht, ob und inwieweit die institutionellen Vorstellungen mit den empirisch beobachtbaren Prozessen übereinstimmen. Die Prozessanalyse zielt b) darauf ab, Diskrepanzen zwischen dem erwarteten und dem realen Verlauf aufzudecken. Dies umfasst die Identifizierung von Hindernissen, Verzögerungen oder Abweichungen, die im praktischen Umfeld auftreten können, wie etwa unvollständige Antragsunterlagen, fehlende Transparenz in der Bedarfsermittlung oder unzureichend abgestimmte Maßnahmenangebote. Schließlich können c) Passagen, Weichenstellungen, neuralgische Punkte im weiteren Verlauf von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in BFW aus Sicht unterschiedlicher Akteure empirisch erfasst werden.

2. Arbeitspaket 2: Analyse der Arbeitgebenden

2.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand

Die empirische Analyse der Prozesskette begann mit der Untersuchung der Zielgruppe der Arbeitgebenden. Die übergeordneten Fragen dieses Arbeitspaketes lauteten, welches Wissen und welche Erfahrungen die Arbeitgebenden hinsichtlich der Möglichkeiten und Voraussetzungen sowie der Abläufe der beruflichen Rehabilitation haben und welche Erwartungen ihre Sichtweisen prägen.

Des Weiteren waren für uns die Fragen zentral, ob die aktuellen Strukturen in den Berufsförderungswerken in einem produktiven Passungsverhältnis zur strategischen Neuausrichtung auf neue arbeitgebernahe Produkte stehen, wie sie von den Berufsförderungswerken bereits konzipiert und entwickelt werden und inwiefern die aktuellen Prozessstrukturen den Entwicklungs- und Anpassungsprozess der innovativen Produktentwicklung unterstützen oder verhindern.

Betrachtet man den Forschungsstand zur Zielgruppe der Arbeitgebenden im Prozess der beruflichen Rehabilitation, so wird deutlich, dass bislang hierzu wenige Studien national wie international existieren.

In der Bundesrepublik Deutschland rücken Arbeitgebende im Zuge der demografischen Krise verstärkt als zentrale Akteure der beruflichen Rehabilitation in den Fokus der Forschung. Sie werden zunehmend als potenzielle Partner in der Fachkräftesicherung durch Rehabilitationsmaßnahmen wahrgenommen, denn Studien belegen die Wirksamkeit beruflicher Rehabilitation: So zeigten Nivorozhkin (2019) und Reims (2021), dass sich die Beschäftigungschancen von erkrankten Beschäftigten nach Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verbessern – besonders deutlich in Ostdeutschland sowie unter älteren und männlichen Personen. Diese positiven Effekte deuten darauf hin, dass Arbeitgebende von Rehabilitationsmaßnahmen profitieren können, insbesondere wenn sie vom Fachkräftemangel betroffen sind.

Bereits frühere Untersuchungen, etwa von Friemelt & Ritter (2012), haben aufgezeigt, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Kostenträgern und Betrieben zur Vermeidung langfristiger Arbeitsausfälle beitragen kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass Arbeitgebende spezifische Unterstützung benötigen, um die Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeitenden zu erhalten. Eine qualitative Studie von Gard & Larrson (2006) aus Schweden macht zudem deutlich, dass es bei Arbeitgebenden häufig an Wissen über die Strukturen, Rollen und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation mangelt. Auch für Deutschland bestätigten Hesse et al. (2008) und Grundke et al. (2013), dass ein klares Rollen- und Aufgabenverständnis die Kooperation zwischen Reha-Akteuren und kleinen sowie mittleren Unternehmen wesentlich verbessern kann.

Als besonders wirksam gelten berufliche Rehabilitationszentren, vor allem im Hinblick auf die psychologische Stabilisierung und berufliche Qualifizierung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (Tophoven et al. 2019; Elling et al. 2024). Arbeitgebende erwarten von diesen Einrichtungen passgenaue und praxisnahe Programme, die sich an konkreten beruflichen Problemlagen orientieren und sowohl diagnostische als auch therapeutische Komponenten enthalten (Lukasczik et al. 2011). Auch Beratungsangebote, wie sie im Rahmen der casemanagement-orientierten Reha-Fachberatung entwickelt wurden, werden von Arbeitgebenden als sehr hilfreich bewertet (Arling et al. 2016).

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Arbeitgebende in Deutschland erleben sowohl Herausforderungen als auch positive Erfahrungen im Kontext der beruflichen Rehabilitation. Sie formulieren klare Erwartungen an frühzeitige Interventionen, umfassende Unterstützungsangebote und passgenaue Präventions- und Rehabilitationsprogramme. Gleichzeitig bestehen auf Seiten der Arbeitgebenden häufig Wissensdefizite hinsichtlich der Möglichkeiten und Strukturen der beruflichen Rehabilitation.

Um diesen Erwartungen besser gerecht zu werden, sollten die Akteure der beruflichen Rehabilitation gezielte Strategien verfolgen. Dazu zählen unter anderem eine konsequente

Ausrichtung an den Bedarfen der Betriebe, eine aktive Einbindung der Arbeitgebenden in den Rehabilitationsprozess, die frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarfen sowie die Übernahme von Verantwortung durch alle beteiligten Akteure im Prozess.

2.2 Methoden: Mixed-Methods-Design

Für die Analyse der Arbeitgebenden nutzten wir ein Mixed-Methods-Vertiefungsdesign und führten daher zu Beginn eine standardisierte Umfrage mit der Zielgruppe der Arbeitgebenden durch. Die so gewonnenen Erkenntnisse wurden anschließend durch die gezielte Erhebung qualitativer Daten und Analysen vertieft, um die Erfahrungen und Bewertungen der Arbeitgebenden zu verstehen.

2.2.1 Quantitative Methoden

Von Dezember 2024 bis Februar 2025 führten wir eine standardisierte Online-Befragung mit der Zielgruppe der Arbeitgebenden durch. Dafür konstruierten wir vorab einen Fragebogen und entwickelten entsprechende Items, um das Wissen, die Erfahrungen und Erwartungen an den Prozess der beruflichen Rehabilitation zu erfassen. Neben diesen drei Themen umfasste der Fragebogen auch Items zu den Themen Fachkräftesicherung und Fachkräftemangel, allgemeine unternehmensspezifische Angaben (zum Beispiel Rechtsform, Anzahl der Mitarbeitenden und Region).

Die Akquise der Arbeitgebenden für die Umfrage erfolgte sowohl über die beteiligten Berufsförderungswerke als auch über eigene Kontakte und Netzwerke. Die so generierte Liste umfasste insgesamt 137 Arbeitgebende, zu denen die Online-Umfrage mit einer Einladung zur Teilnahme versandt wurde.

Von diesen 137 Arbeitgebenden nahmen insgesamt 83 an der Umfrage teil. Der Datensatz wurde anschließend bereinigt. Es wurden die Fälle ausgeschlossen, die deutlich weniger als ein Viertel der Fragen beantwortet hatten, sodass der hier verwendeten Analysedatensatz 79 Arbeitgebende umfasste.

Das vorliegende Sample besteht aus unterschiedlichen Rechtsformen und ist wie folgt zusammengesetzt: Der größte Anteil entfällt auf Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH), die 71 Prozent der Stichprobe ausmachen und was einer Anzahl von 56 Fälle entspricht. Anstalten des öffentlichen Rechts sind mit 10 Prozent vertreten, entsprechend acht Fälle. Einzelunternehmen bilden 6 Prozent der Stichprobe, was fünf Fällen entspricht. Vereine und Aktiengesellschaften sind jeweils mit 1 Prozent in der Stichprobe vertreten. Darüber hinaus gibt es 10 Prozent fehlende Werte (Missings). Dieses Sample zeichnet sich durch eine vielfältige Zusammensetzung aus verschiedenen Rechtsformen aus, auch wenn es insgesamt klein bleibt. Ein Viertel der befragten Arbeitgebenden ist im verarbeitenden Gewerbe tägig, ungefähr ein Sechstel im Bereich öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (14 Prozent) und fast ein Zehntel in der Branche Information und Kommunikation (9 Prozent). Jeweils sechs Prozent bieten Leistungen im Bereich der freiberuflichen, wissenschaftlichen,

technischen oder sonstigen Dienstleistungen an und jeweils fünf Prozent sind im Baugewerbe, Verkehr und Lagerei sowie im Gesundheits- und Sozialwesen tätig. Die Kategorie „Sonstige“ gaben 8 Prozent der Befragten an. Die restlichen befragten Arbeitgebenden verteilen sich mit einem geringen Prozentsatz (1 bis 4 Prozent) auf andere Branchen.[4]

Betrachtet man die Mitarbeitendenstruktur, so beschäftigte mit 46 Prozent ein überwiegender Teil der befragten Arbeitgebenden unter 100 Beschäftigte. 38 Prozent gaben an 100 bis 600 Mitarbeitende zu haben und 13 Prozent über 1000 (Rest: Fehlwerte). Die regionale Verteilung der befragten Arbeitgebenden sieht wie folgt aus: 73 Prozent kommen aus den alten Bundesländern und 27 Prozent aus den neuen. Insgesamt umschließt unser Sample alle Bundesländer außer Bremen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern. Die meisten Befragten kommen aus Rheinland-Pfalz (18 Prozent), Nordrhein-Westphalen (16 Prozent), Sachsen-Anhalt (13 Prozent) und Niedersachsen (11 Prozent). Abschließend ist unsererseits anzumerken, dass das Sample relativ klein und nicht repräsentativ ist. Dennoch, so möchten wir bereits an dieser Stelle vormerken, konnten wir anhand der standardisierten und qualitativen Daten im Zuge struktureller Generalisierungen explorativ zu validen Erkenntnissen vordringen.

Diesen Datenkorpus untersuchten wir in mehreren aufeinander aufbauenden Analyseschritten. Zuerst betrachteten wir die univariaten Verteilungen und führten die ersten bivariaten sowie korrelativen Analysen durch. Im Anschluss wurde eine multiple Korrespondenzanalyse nach dem Ausschluss fehlender Werte (Listwise Deletion; N = 50[5]) mit den aktiven Merkmalen zur Arbeitsmarktsituation (Fachkräftemangel, Wahrnehmung der Fachkräfte), zum Wissen über die berufliche Rehabilitation und der Berufsförderungswerke im Konkreten sowie zur Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen und mit den Berufsförderungswerken im Konkreten durchgeführt. Ziel dieses strukturentdeckenden Verfahrens ist es, „Muster und Dimensionen“ (Diaz-Bone 2019: 260) in den Daten zu identifizieren. Das Verfahren ermöglicht es, eine dimensionsreduzierte grafische Karte anhand von kategorialen Merkmalen zu erstellen, die dann anschließend interpretiert wird. Diese Karte wird durch sogenannte aktive Merkmale erstellt, was bedeutet, dass anhand der Verteilungen dieser Variablen die zu interpretierende Grafik entsteht. Zusätzlich können nachträglich Merkmale in den so erstellten Raum einbezogen werden, ohne die Geometrie der Grafik zu beeinflussen. Solche zur Illustration genutzte Variablen werden als passive Merkmale bezeichnet (Blasius & Schmitz 2013). Die aktiven Merkmale umfassten zwölf, die die Erfahrung mit und das Wissen über die berufliche Rehabilitation, sowie der Wahrnehmung und der Praxis der Berufsförderungswerke sowie die Erwartungen an die berufliche Rehabilitation. Als passive Merkmale wurden der

[4] Energieversorgung (1 Prozent); Handel & Instandhaltung von Kraftfahrzeugen (4 Prozent); Gastgewerbe (1 Prozent); Grundstücks- & Wohnungswesen (1 Prozent); Erziehung & Unterricht (1 Prozent); Kunst, Unterhaltung & Erholung (1 Prozent); Sonstige (8 Prozent)

[5] Es wurden 29 Fälle aus der multivariaten Analyse aufgrund fehlender Werte bei den verwendeten Merkmalen ausgeschlossen.

Standort (Ost/West), die Branche (Sekundär/Tertiär), die Größe des Unternehmens sowie die Suche nach spezifischen Branchenfachkräften verwendet.

Anschließend wurden in einem zweiten Schritt die Koordinaten der Fälle (der an der Befragung teilnehmenden Arbeitgebenden) geschätzt (Bacher 2008), wodurch in den aufgespannten Raum, die befragten Individuen eingeordnet werden konnten. Auf Basis dieser Koordinatenwerte wurde anschließend eine hierarchisch-agglomerative Clusteranalyse mit dem Wardslinkage-Verfahren durchgeführt (Backhaus et al. 2016), um konkrete Aussagen über die vier iterativ konstruierten Cluster und deren Merkmalsverteilung treffen zu können.

2.2.2 Qualitative Methoden

Nach der durchgeführten standardisierten Datenerhebung mittel des Online-Fragebogens wurde Kontakt zu den Arbeitgebenden aufgenommen, die ihre Kontaktdaten im Rahmen der Umfrage angegeben hatten (N = 6). Dieses Sample wurde durch eigene Kontakte erweitert. Wir waren dadurch in der Lage, eine Focus-Group und drei Einzelinterviews durchzuführen. Die geführten Interviews umfassten allesamt Klein- und Mittelständische Unternehmen. Die Focus-Group setzte sich aus drei Arbeitgebenden zusammen. Hierzu zählten ein Industriedienstleister, eine Manufaktur (Verarbeitendes Gewerbe) sowie ein IT-Dienstleister. Alle drei Arbeitgebenden stammen aus den neuen Bundesländern. Anzumerken ist hierbei, dass von der Manufaktur nicht der oder die Arbeitgebende an der Focus-Group teilnahm, sondern stattdessen eine Mitarbeiterin delegierte, die selbst eine berufliche Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk durchlaufen hatte. Diese Perspektive bewerten wir als gewinnbringend im Rahmen der Erhebung, da wir dadurch sowohl die Erfahrungen und Perspektiven der Zielgruppe der Arbeitgebenden als auch die der (ehemaligen) Leistungsberechtigten einfangen konnten. Zwei weitere Einzelinterviews konnten ebenfalls mit Arbeitgebenden aus der IT-Branche aus den alten Bundesländern durchgeführt werden.

Die Interviews werteten wir angelehnt an die Grounded Theory Methodology nach Strauss & Corbin (1996) aus und erhielten somit ein zusammenhängendes Netz an Kategorien. Dieses Netz entstand stets im Abgleich mit den Erkenntnissen, die wir bereits aus der standardisierten Umfrage gewinnen konnten. Außerdem integrierten wir das qualitative Material aus den Fokusgruppen und Einzelinterviews tiefergehend mit den multivariaten Analysen in Form eines explorativen und teilweise-integrativen Mixed-Methods-Vertiefungsdesigns.

2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung der Analyse der Arbeitgebenden erfolgt in vier Schritten: Zuerst präsentieren wir die Befunde der univariaten Analyse und werfen damit einen ersten Blick auf die Verteilungen der abgefragten Merkmale. In einem zweiten Schritt zeigen wir anhand von Korrelationsanalysen, welche signifikanten Zusammenhänge vorhanden sind. Im dritten und letzten präsentieren wir unsere multivariaten und qualitativen Analysen, die wir, integriert in Form einer Typologie, verschiedener Cluster von Arbeitgebenden in Bezug auf die berufliche

Rehabilitation darstellen. Im vierten Schritt rekonstruierten wir anhand der herausgearbeiteten Typologie die Spannungsverhältnisse der Arbeitgebenden im Kontakt der beruflichen Rehabilitation, weil aus diesen bedeutende Komplexe an durchaus divergierenden Handlungsstrategien abgeleitet werden können.

2.3.1 Deskriptive Statistik

Die Darstellung der Ergebnisse der deskriptiven Ergebnisse erfolgt anhand von drei Themenbereichen, die nacheinander vorgestellt werden. Zuerst werden die Verteilungen und Erkenntnisse zu der Wahrnehmung der Fachkräftesituation als akute strukturelle gesellschaftliche Herausforderung im Kontext der demografischen und anderen Krisenerscheinungen präsentiert. Im Anschluss stellen wir die univariaten Analysen zum Wissen über und den Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation vor. Abschließend betrachten wir die Erwartungen der befragten Arbeitgebenden an die Möglichkeiten und den Prozess der beruflichen Rehabilitation.

Fachkräftesituation

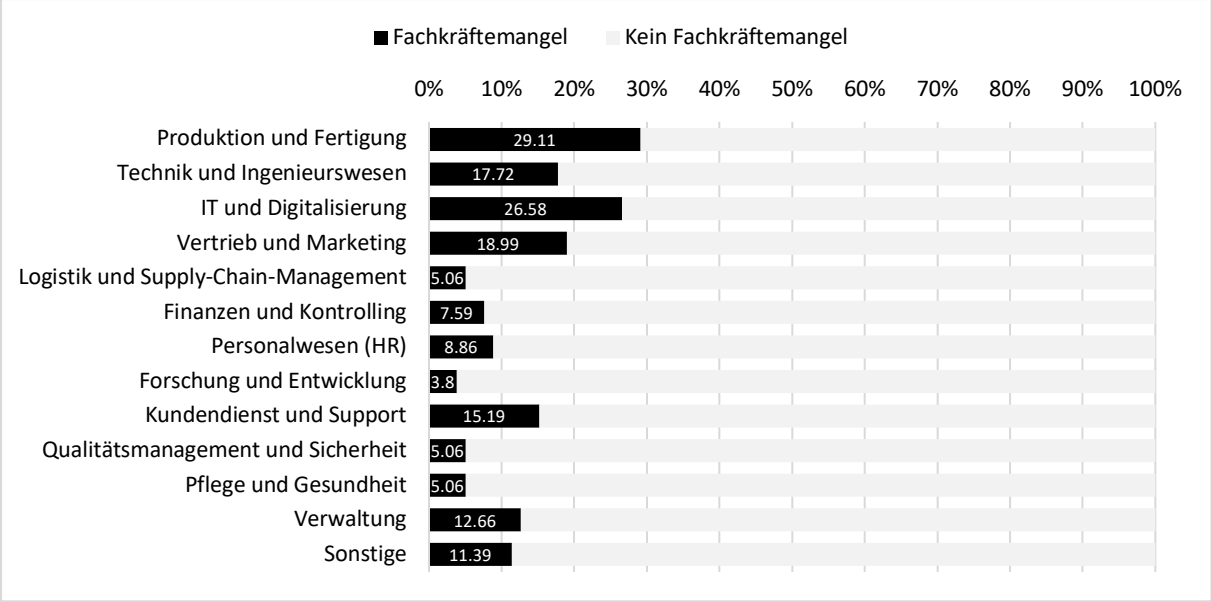
Der Fachkräftemangel stellt für die Unternehmen in der Bundesrepublik Deutschland aktuell als auch in den kommenden Jahren eine zunehmende Herausforderung dar. Angesichts dieser spezifischen Krisenerscheinung war es für uns bedeutend und erkenntnisreich, danach zu fragen, wie die Arbeitgebenden diese Herausforderung bewerten, ihr begegnen und welche Rolle dabei die berufliche Rehabilitation spielt.

In unserer Umfrage gab ein Dreiviertel der befragten Arbeitgebenden an, Schwierigkeiten zu haben, offene Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen. Im Vergleich zu anderen Studien ist das ein überdurchschnittlicher Anteil. So waren es bei Ahlers & Quispe Villalobos (2022) nur 56 Prozent der befragten Unternehmen. 84 Prozent der von uns Befragten bejahten außerdem, dass derzeit in mindestens einem Bereich ein besonders hoher Fachkräftebedarf im Unternehmen besteht. In Abbildung 1 sind die konkreten Bereiche aufgeschlüsselt, in welchen die Arbeitgebenden einen Fachkräftemangel zum Befragungszeitpunkt wahrnahmen. Ein besonderer Fachkräftebedarf besteht in den Bereichen Produktion und Fertigung (29 Prozent), gefolgt von IT und Digitalisierung (27 Prozent) sowie Vertrieb und Marketing (19 Prozent).

Alle bis auf einen Arbeitgebenden gaben an, Maßnahmen gegen den bestehenden Fachkräftemangel einzusetzen, was angesichts der aktuellen Fachkräftekrise nicht überrascht. Zu den eingesetzten Maßnahmen, die die Arbeitgebenden nutzen, um Fachkräfte langfristig zu binden und so dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken, zählen hauptsächlich flexible Arbeitszeiten (76 Prozent), Weiterbildungsangebote (70 Prozent) und die Betriebliche Altersversorge. Gesundheitsbezogene Angebote wie betriebliches Gesundheitsmanagement nutzen 46 Prozent der Arbeitgebenden, gesundheitsbezogene Anpassungen des Arbeitsplatztes nur 33 Prozent und Betriebliches Eingliederungsmanagement 42 Prozent. Am geringsten werden Maßnahmen wie das Modell zum schrittweisen Übergang in den Ruhestand (19 Prozent), Angebot eines Tätigkeitswechsels (16 Prozent) sowie Betriebskindergärten (5 Prozent) seitens der

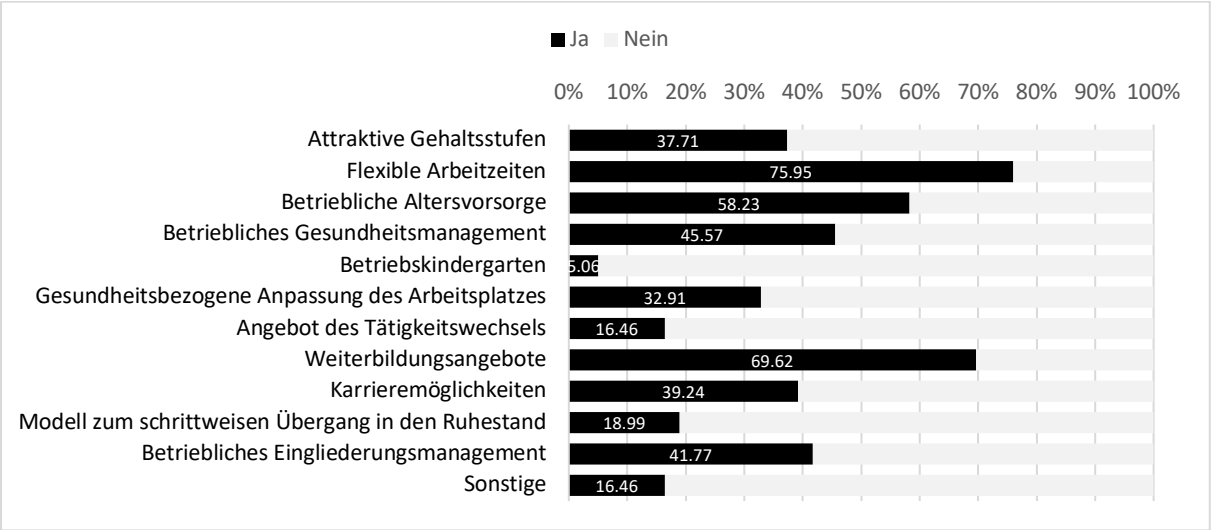
Arbeitgebenden genutzt. Gesundheitserhaltende und -wiederherstellende Maßnahmen, so können wir schlussfolgern, werden von den Arbeitgebenden zwar nicht als beste, aber dennoch relativ häufig genutzte Möglichkeit zur Eindämmung des Fachkräftemangels genutzt.

Abbildung 1: Fachkräftebedarf in verschiedenen Unternehmensbereichen



N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

Abbildung 2: Maßnahmen der langfristigen Fachkräftebindung

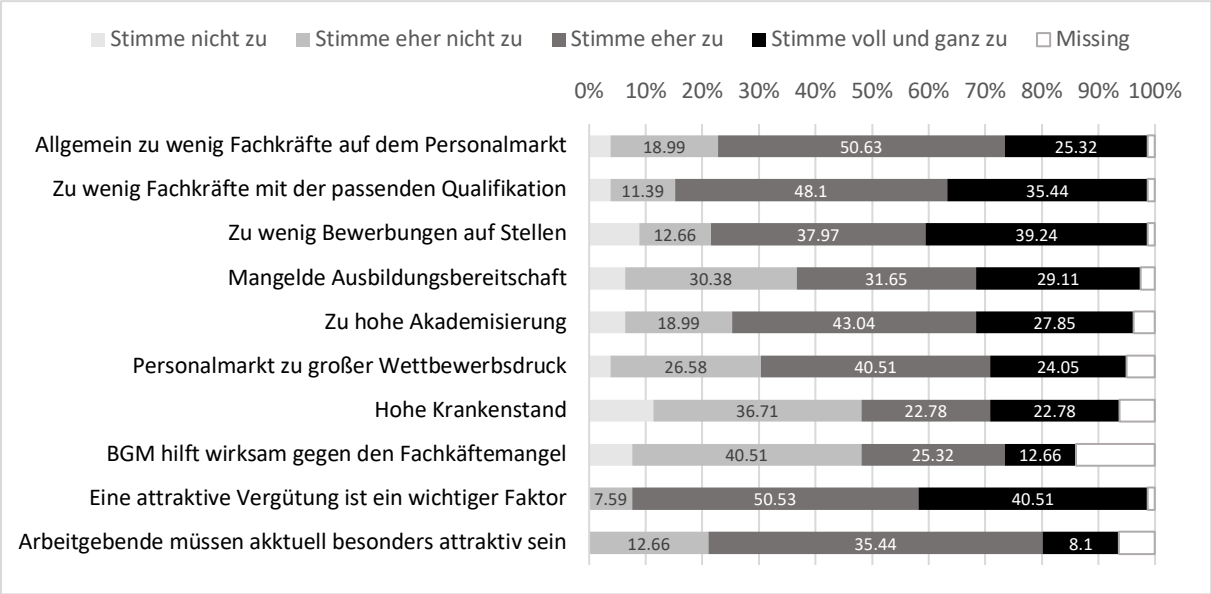


N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

Betrachten wir die Einstellungen zu den Ursachen und Folgen der Fachkräftesituation in Abbildung 3 so ergibt sich das folgende Bild: Zu den stärksten Ursachen des Fachkräftemangels zählen, dass es allgemein zu wenig Fachkräfte auf dem Personalmarkt (76 Prozent), zu wenig Fachkräfte mit den passenden Qualifikationen (84 Prozent) und dementsprechend zu wenig Bewerbungen auf freie Stellen gibt (77 Prozent). Aber auch eine zu hohe Akademisierung (71) und eine mangelnde Ausbildungsbereitschaft (61 Prozent) werden von den Arbeitgebenden als Gründe für den Fachkräftemangel angeführt. Ein hoher Krankenstand wird demgegenüber

weniger als Ursache von vielen Befragten geteilt (46 Prozent). In der Folge dieser Ursachenkonstruktion ist für einen überwiegenden Anteil der Arbeitgebenden eine attraktive Vergütung ein wichtiger Faktor gegen den Fachkräftemangel (91 Prozent) und, wenn auch weniger, dass Unternehmen darüber hinaus auch attraktiv für Arbeitnehmende sind (44 Prozent). Bemerkenswert ist außerdem, dass nur 38 Prozent der Arbeitgebenden Betriebliches Gesundheitsmanagement als wirksame Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel ansehen. Diese Aspekte weisen darauf hin, dass die Arbeitgebenden neben dem objektiven Angebotsmangel an Fachkräften auch subjektive Gründe, wie eine geringe Leistungsbereitschaft und zu hohe Akademisierung als ursächlich für den Fachkräftemangel betrachten.

Abbildung 3: Einstellungen zu den Ursachen und Folgen der Fachkräftesituation

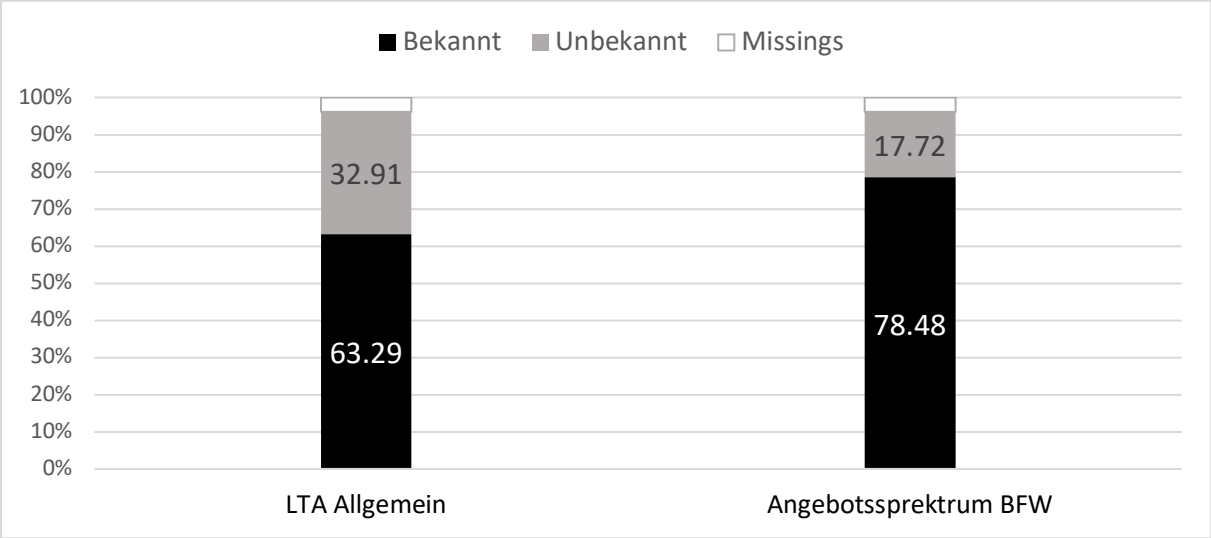


N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

Wissen über die berufliche Rehabilitation

Die Frage, inwieweit den befragten Arbeitgebenden die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Allgemeinen bekannt sind und ob sie das Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke kennen, wird in Abbildung 4 veranschaulicht. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind 63 Prozent der befragten Arbeitgebenden bekannt und 78 Prozent kennen das Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke. Über letztere besteht also mehr Wissen seitens der befragten Arbeitgebenden als über die berufliche Rehabilitation im Allgemeinen. Wir verstehen dies als dezidierten Hinweis darauf, dass die Berufsförderungswerke als Akteure der beruflichen Rehabilitation in unserem Sample anerkannt und bewusst wahrgenommen werden.

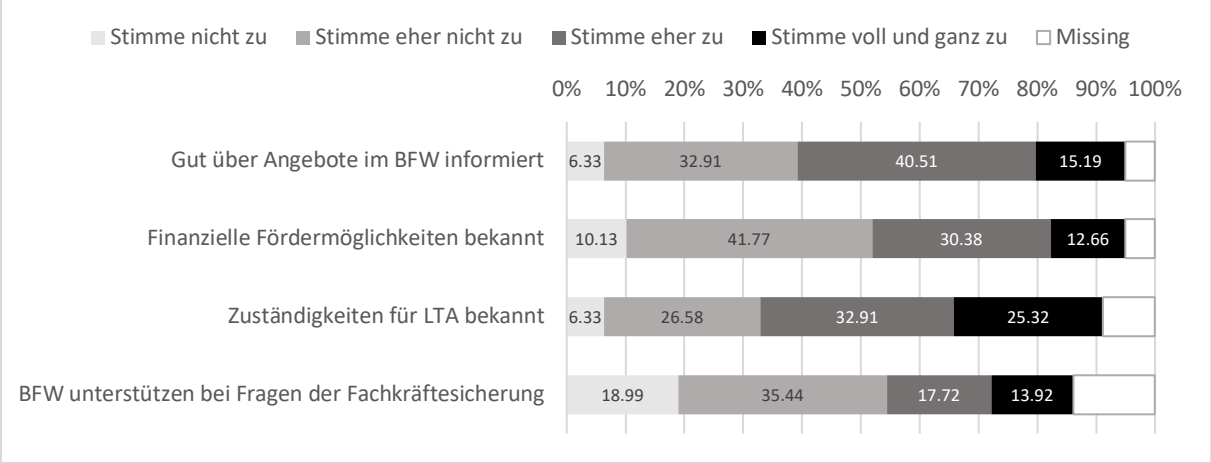
Abbildung 4: Bekanntheit von LTA und dem Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke



N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

Im Rahmen der standardisierten Umfrage wurde expliziter abgefragt, wie die Arbeitgebenden ihr allgemeines Wissen über die Angebote der Berufsförderungswerke einschätzen. Die in Abbildung 5 veranschaulichten Verteilungen zeigen, dass über die Hälfte der Befragten sich gut über die Angebote in den Berufsförderungswerken informiert fühlt (56 Prozent) und auch wissen, an wen sie sich bei Bedarf der beruflichen Rehabilitation wenden müssen (58 Prozent). Weniger bekannt sind demgegenüber, die finanziellen Fördermöglichkeiten. Hier gaben nur 43 Prozent an, diese zu kennen. Auch die Aussage, ob die Berufsförderungswerke das eigene Unternehmen bei Fragen der Fachkräftesicherung unterstützen, wird von den Arbeitgebenden eher verneint. Nur 31 Prozent stimmten der Aussage teilweise oder voll zu, dass die Berufsförderungswerke diese Funktion für sie erfüllen.

Abbildung 5: Allgemeines Wissen über die Angebote der Berufsförderungswerke



N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

Zu den relativ bekanntesten Leistungen der Berufsförderungswerke gehören, wie in Abbildung 6 dargestellt, die berufliche Neu-, Um- und Weiterqualifizierung (75 Prozent), die Rehabilitation vor Ort (39 Prozent) sowie die Beratung von Arbeitgebenden (37 Prozent). Weniger bekannt sind dagegen die Erhaltung oder Anpassung des Arbeitsplatzes (29 Prozent), psychosoziale Unterstützung (28 Prozent) und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (28 Prozent). Am wenigsten bekannt sind wiederum Reha-Assessment (22 Prozent) und weitere Leistungen der Berufsförderungswerke (1 Prozent).

Insgesamt wird deutlich, dass die befragten Arbeitgebenden zwar grundsätzlich wissen, dass die Berufsförderungswerke verschiedene Leistungen der beruflichen Rehabilitation anbieten, jedoch ist die Spannbreite dieser Angebote nicht bekannt. Dies verdeutlicht die Differenz zwischen dem Allgemeinen Wissen über das Angebotsspektrum und die konkrete Abfrage von expliziten Leistungen und den Fördermöglichkeiten.

Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation

Hinsichtlich der Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation, gaben 56 Prozent an, darüber grundsätzlich zu verfügen. 32 Prozent der Arbeitgebenden nutzen allgemeine Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Arbeitgebende, die bereits konkrete Erfahrungen mit Berufsförderungswerken gemacht haben, sind in hoher Zahl im Sample vertreten. Dieser Umstand resultiert aus der Tatsache, dass die beteiligten Berufsförderungswerke selbst stark an der Akquise von Arbeitgebenden für die Datenerhebung beteiligt waren. 85 Prozent gab an, mit einem Berufsförderungswerk zu kooperieren. Wir konnten Kooperationen mit allen 19 am Projekt beteiligten Berufsförderungswerke im Sample feststellen. Auf die Frage, wie oft die Arbeitgebenden in den letzten zwölf Monaten mit einem Berufsförderungswerk Kontakt hatten, antworten 18 Prozent überhaupt keinen, 46 Prozent ein bis dreimal, 13 Prozent drei bis fünfmal und 20 Prozent häufiger als fünfmal.

Betrachten wir, inwiefern die befragten Arbeitgebenden die konkreten Leistungen der Berufsförderungswerke bisher genutzt haben, so wird deutlich, dass am häufigsten die berufliche Neu, Um- und Weiterbildung genutzt wurde (51 Prozent), gefolgt von der Beratung von Arbeitgebenden (22 Prozent) und dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (10 Prozent). Die anderen Angebote der Berufsförderungswerke wurden bislang nur von unter 10 Prozent der befragten Arbeitgebenden genutzt. Es scheint also einen Zusammenhang zwischen dem Wissen über die Angebote der BFW und dem Nutzen dieser Leistungen zu geben.

Vergleichen wir nun das Wissen über die Leistungen mit dem Nutzen von Leistungen der Berufsförderungswerke, wie in Abbildung 6 dargestellt, so können wir das Folgende feststellen. Erstens die Leistungen der „beruflichen Neu-, Um- und Weiterqualifizierung" sind am bekanntesten und werden auch am häufigsten genutzt. Ähnlich ist es bei der Leistung „Beratung von Arbeitgebenden". Bemerkenswert ist zweitens die Differenz zwischen dem Wissen über die Leistung der Rehabilitation vor Ort und dem Nutzen. 39 Prozent der befragten Arbeitgebenden kennen dieses Angebot der Berufsförderungswerke, aber nur 6 Prozent gaben an, dieses in der Vergangenheit bereits genutzt zu haben. Ähnlich verhält es sich bei den Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes (29 Prozent zu 9 Prozent), dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (28 Prozent zu 10 Prozent) und der psychosozialen Unterstützung (28 Prozent zu 10 Prozent). Drittens sehen wir ein genau umgekehrtes Wissen-Nutzen-Verhältnis bei den Sonstigen-Leistungen der Berufsförderungswerke. Nur ein Prozent gab an, diese Leistungen der Berufsförderungswerke zu kennen, aber 8 Prozent nutzten diese. Wie ist das zu erklären? Um den Zusammenhang zu verstehen, griffen wir auf die geführten Interviews mit den Arbeitgebenden zurück. Hierin zeigte sich ein entsprechender Erklärungskontext. Teile der Arbeitgebenden führen eine pragmatische Kooperation mit den Berufsförderungswerken und nutzen diese lediglich um Praktikant*innen als Arbeitskräfte für die eigene Firma nutzen zu können. Zwar gaben diese Befragten in der Umfrage an, weder sonstige Angebote der Berufsförderungswerke zu kennen als auch zu nutzen, aber es verdeutlicht, dass es Arbeitgebende gibt, die über wenig Wissen über die Leistungsangebote der Berufsförderungswerke verfügen, zugleich aber gewisse Leistungen – auch wenn diese eher aus ihrer Perspektive als solche bewertet werden – zu beanspruchen. So formulierte beispielsweise ein Arbeitgeber:

> *„Ich sage Ihnen, mein Hauptding zur beruflichen Reha oder das, was es mir einfach macht auch Leute einzustellen. Also das interessanteste ist, wenn Rehabilitanden bei uns nachher anfangen, kriege ich eine Förderung von der Rentenkasse oder vom Arbeitsamt […]. Das einzige Thema, was mich interessiert, war, wenn die kommen, bringen die eine Förderung mit und das macht es einfach, jemanden einzustellen. Das mag jetzt nicht von Ethos und Pathos begleitet sein, aber das ist der Grund"* (IT-Dienstleister West II).

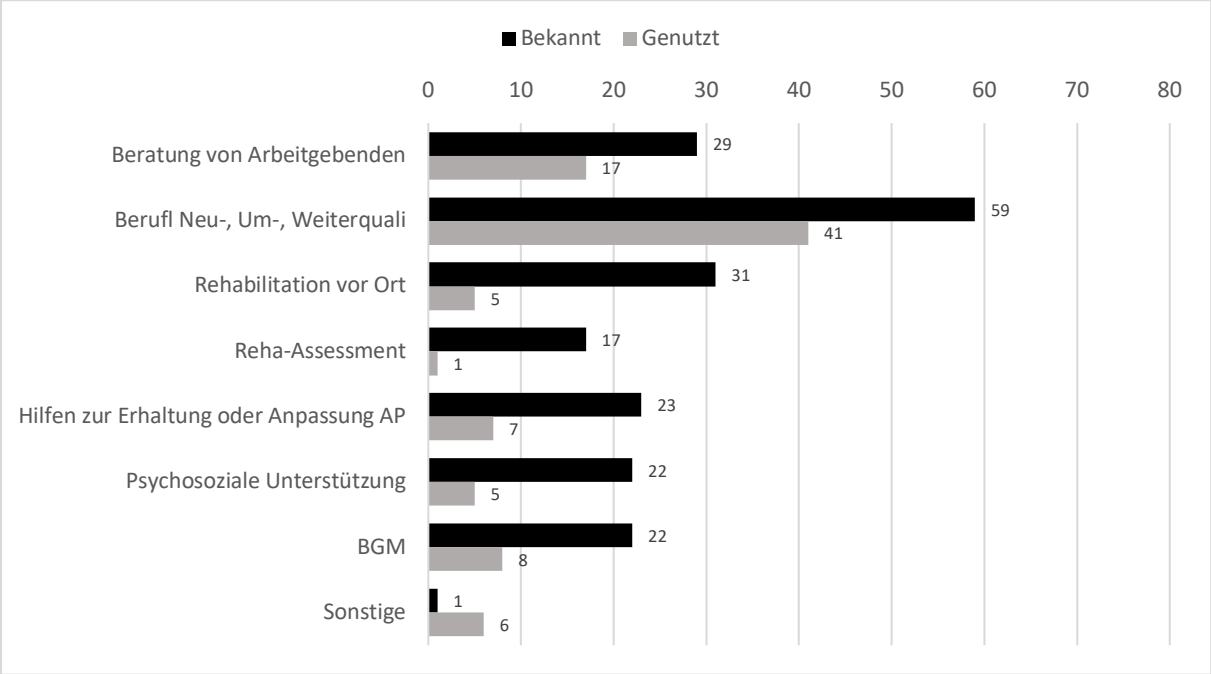
Hier wird eine klare verwertungslogische Effizienzorientierung des Arbeitgebenden deutlich. Die berufliche Rehabilitation wird danach bewertet, welche Förderungsmöglichkeiten es für Arbeitskräfte gibt, um selbst Kosten zu sparen. Unterschlagen werden darf an dieser Stelle

nicht, dass derselbe Arbeitgebende gleichzeitig betont, dass die Rehabilitand*innen aus den Berufsförderungswerken meist sehr gut ausgebildet und daher sofort als Arbeitskräfte einsetzbar sind.

Insgesamt zeigt sich also eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wissen um die Leistungen der Berufsförderungswerke und deren tatsächlicher Nutzung. Einerseits ist es erfreulich, dass diese Angebote den befragten Arbeitgebenden grundsätzlich bekannt sind. Andererseits stellt sich die Frage, welche Ursachen dieser Abweichung zugrunde liegen.

Desweitern wurde erhoben, wie die Arbeitgebenden die berufliche Rehabilitation auf Basis ihrer Erfahrungen einschätzen. Hierfür reduzierten wir den Datensatz auf die Arbeitgebenden, die angaben, Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation zu haben und betrachteten dann die Verteilungen dieses Subsamples zu den Einschätzungen zur beruflichen Rehabilitation.

Abbildung 6: Wissen über und Nutzen von den Leistungen der Berufsförderungswerke (absolute Zahlen)



N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

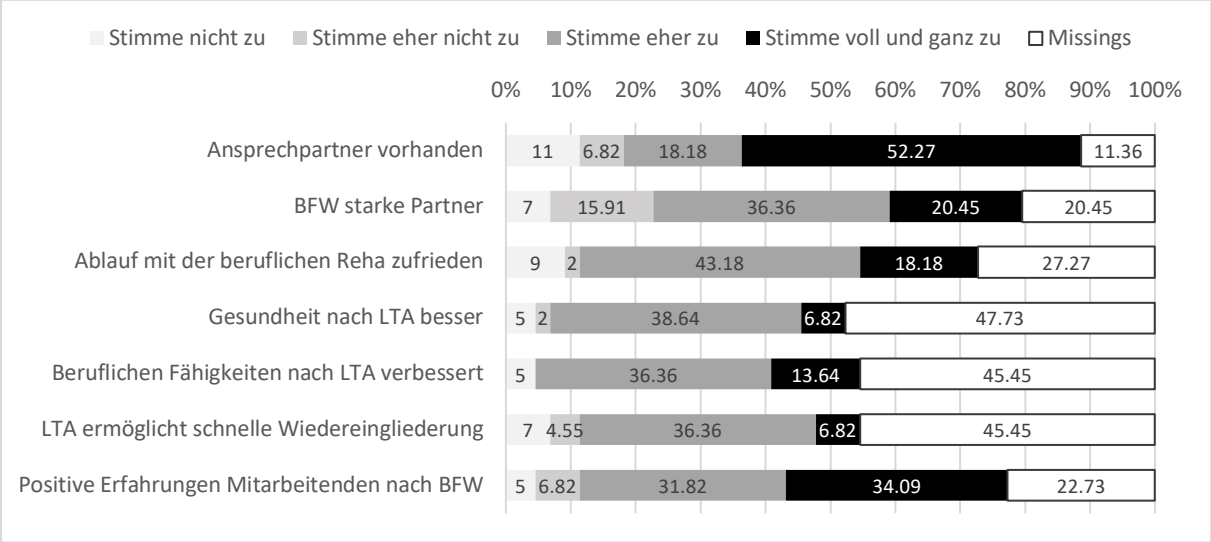
Über die Hälfte der Befragten mit Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation stimmten der Aussage voll und ganz zu, dass sie als Unternehmen mit den Berufsförderungswerken Ansprechpartner haben, die ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen (52 Prozent). Ebenfalls über die Hälfte der Arbeitgebenden gaben an, dass sie in den Berufsförderungswerken starke Partner bei der bedarfsgerechten Qualifikation von Fachkräften in verschiedensten Bereichen haben (57 Prozent), mit dem Ablauf der beruflichen Rehabilitation zufrieden sind (61 Prozent) und positive Erfahrungen mit Mitarbeitenden gemacht haben, die eine Maßnahme im Berufsförderungswerk absolviert haben. Auch die Verbesserung der gesundheitlichen (45 Prozent) und beruflichen Fähigkeiten (50 Prozent) von Mitarbeitenden nach einer beruflichen

Rehabilitation sowie die Möglichkeit einer schnelleren Wiedereingliederung (43 Prozent) zeigen noch hohe Zustimmungswerte. Neben diesen überdurchschnittlichen Zustimmungen dürfen allerdings nicht die teilweise sehr hohen Fehlwerte bei diesen Merkmalen unterschlagen werden. Obwohl der Datensatz reduziert auf Arbeitgebende mit Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation reduziert wurde, war anscheinend ein größerer Teil nicht in der Lage, den abgefragten Aussagen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Das deutet darauf hin, dass Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation sich nicht an den Erfahrungen mit den Berufsförderungswerken, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben etc. erschöpfen, sondern auch weitere eine Rolle spielen.

Nichtsdestotrotz können wir insgesamt festhalten, dass die Berufsförderungswerke bei den rehabilitationserfahrenen Arbeitgebenden eine überdurchschnittliche Zustimmung erfahren.

Das spricht dafür, dass die Erfahrungen mit den Berufsförderungswerke im Kontext der beruflichen Rehabilitation überwiegend positiv bewertet werden.

Abbildung 7: Einschätzungen zur beruflichen Rehabilitation (Angaben in Prozent)



N = 44; Sub-Sample: Arbeitgebende die Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation vorweisen; eigener Online-Survey; eigene Berechnung; manche Werte wurden aus Gründen der Lesbarkeit auf ganze Zahlen aufgerundet

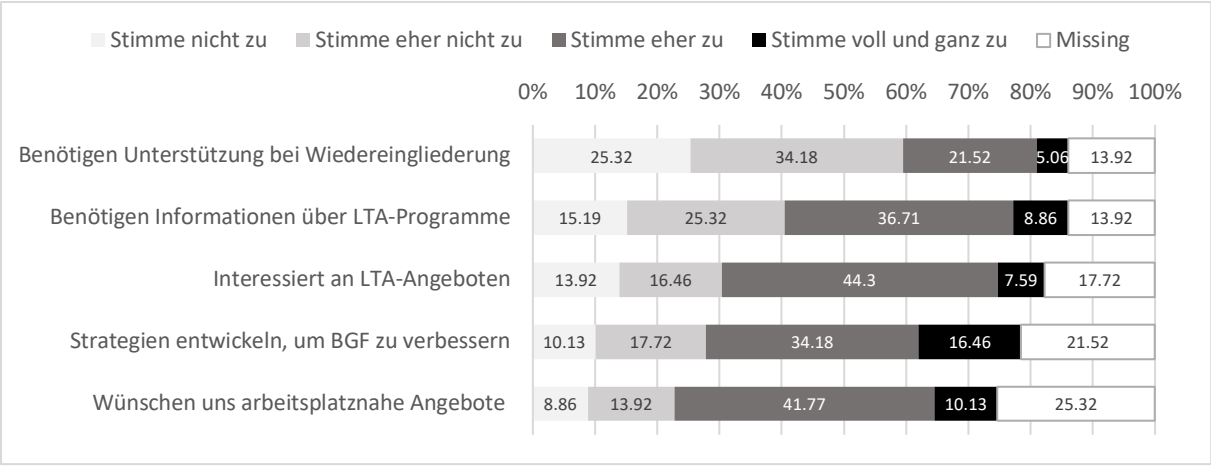
Erwartungen an die berufliche Rehabilitation

Betrachten wir die Verteilungen der Erwartungen an die berufliche Rehabilitation der befragten Arbeitgebenden, die in Abbildung 10 dargestellt wurden, so fallen zuerst auch hier wieder überdurchschnittliche Fehlwerte bei allen genutzten Aussagen auf. Wir schlussfolgern, auch vor dem Hintergrund unserer qualitativen Analysen, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil der Arbeitgebenden in unserem Sample, keine expliziten Erwartungen an Maßnahmen und Prozesse der beruflichen Rehabilitation hat, weil das Wissen über die Möglichkeiten und die Erfahrungen als reflexiver Hintergrund fehlt, die die Vorrausetzung dafür darstellen, dass Ansprüche und Wüsche überhaupt erst formuliert werden können.

Trotz der Fehlwerte können wir dennoch ein vorsichtiges Bild der Erwartungs- und Anspruchshaltungen der Arbeitgebenden zeichnen. 52 Prozent der Befragten stimmten der Aussage voll und ganz oder eher zu „Wir wünschen uns arbeitsplatznahe Angebote bei der Unterstützung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und bei drohender Einschränkung der gesundheitlichen Beschäftigungsfähigkeit" und 51 Prozent bejahten, dass sie in ihrem Unternehmen Strategien entwickeln möchten, um die betriebliche Gesundheitsförderung zu verbessern. Es gibt also einerseits Bedarf unter den Arbeitgebenden, wenn auch nicht umfassend. Diese Erwartungshaltung überrascht auch nicht vor dem Hintergrund der Einschätzung der Arbeitgebenden, dass zu wenig Fachkräfte generell oder mit der entsprechenden Qualifikation vorhanden sind. Der Erhalt der bestehenden Fachkräfte wird damit zu einer entscheidenden Strategie um die Angebotskrise zu bewältigen, was sich zugleich als bedeutende Schnittstelle für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen und der Berufsförderungswerke im Konkreten herausstellt.

Ebenfalls aufgeschlossen und interessiert zeigen sich die befragten Arbeitgebenden, bezüglich des Erhalts von weiteren Informationen zur beruflichen Rehabilitation. 52 Prozent gaben an, dass ihr Unternehmen interessiert daran ist, die Angebote der beruflichen Rehabilitation besser zu nutzen und 46 Prozent stimmten zu, Informationen über geeignete Programme der beruflichen Rehabilitation zu benötigen.

Abbildung 8: Erwartungen an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Angaben in Prozent)



N = 79; eigener Online-Survey; eigene Berechnung

2.3.2 Korrelationsanalyse

In einem zweiten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen den erhobenen Merkmalen geprüft, um so erste bedeutsame Korrelationen aufzudecken und den Datenkorpus tiefergehender zu untersuchen. Hierzu wurde eine Korrelationsmatrix erstellt, die auf den abgefragten Merkmalen beruht (Tabelle 1). Zur Vorbereitung wurden manche Merkmale, die quasi-metrisch in Form einer Vier-Punkt-Likert-Skala abgefragt wurden aufgrund der Anzahl des Samples und der damit verbundenen kleinen Fallzahl für manche Antwortkategorien dichotomisiert.

Tabelle 2: Darstellung der analytisch genutzten Merkmale und der verwendeten Abkürzungen

Ab-kürz.	Merkmal
FA	Haben Sie Schwierigkeiten, offene Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen?
PR	In welchem Bereich haben Sie derzeit einen besonders hohen Fachkräftebedarf? Produktion/Fertigung
IT	In welchem Bereich haben Sie derzeit einen besonders hohen Fachkräftebedarf? IT/Digitalisierung
VE	In welchem Bereich haben Sie derzeit einen besonders hohen Fachkräftebedarf? Vertrieb/Marketing
KU	In welchem Bereich haben Sie derzeit einen besonders hohen Fachkräftebedarf? Kundenservice/Support
LT	Sind Ihnen die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) bekannt?
AN	Ist Ihnen das Angebotsspektrum der BFW bekannt?
FO	Finan. Fördermöglichkeiten für Unternehmen im Zusammenhang mit der beruflichen Reha bekannt?
BF	Die BFW unterstützen unser Unternehmen bei Fragen zur Fachkräftesicherung.
VO	Voraussetzungen bekannt, damit Mitarbeitende Anspruch auf berufliche Reha haben.
BG	Nutzt Ihr Unternehmen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung?
BE	Haben Sie Erfahrungen mit der beruflichen Reha in Ihrem Unternehmen?
KP	Kooperieren Sie mit einem BFW?
KT	Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu einem BFW?
AS	Als Unternehmen haben wir einen Ansprechpartner bei den BFW, der uns mit Rat und Tat zur Seite steht.
PA	BFW sind starke Partner bei der bedarfsgerechten beruflichen Qualifizierung von Fachkräften.
WI	Wir benötigen Unterstützung bei der Wiedereingliederung von Mitarbeitenden nach längerer Krankheit.
IF	Unser Unternehmen benötigt Informationen über geeignete Programme zur beruflichen Rehabilitation.
IT	Unser Unternehmen ist daran interessiert, die Angebote zur beruflichen Rehabilitation besser zu nutzen.
MIT	Wie viele Mitarbeitende beschäftigt Ihr Unternehmen?
BR	In welcher Branche ist Ihr Unternehmen hauptsächlich tätig?
OW	In welchem Bundesland liegt der Hauptsitz Ihres Unternehmens?

Anhand der berechneten Korrelationsmatrix lassen sich bereits erste Zusammenhänge zwischen den abgefragten Merkmalen im Sample erkennen. Erstens bestätigt sich der bereits im vorherigen Kapitel vorgestellte Befund, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen dem Wissen über und der Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation gibt. So zeigt die Korrelationsmatrix signifikante positive Effekte zwischen den Merkmalen „Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation“ und „Bekanntheit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (V=0,34**), dem „Wissen über Fördermöglichkeiten“ (V=0,47***) sowie den „Voraussetzungen für Mitarbeitende“ (V=0,27*). Hinzu kommt der ebenfalls signifikante positive Zusammenhang zwischen der „Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation“ sowie der „Kooperation“ (V=0,22+) und dem „Vorhandensein konkreter Ansprechpartner*innen im Berufsförderungswerk“ (V=0,42***). Zudem besteht ein positiver, höchst signifikanter mittlerer Effekt zwischen dem Vorhandensein konkreter Ansprechpartner*innen und der Einschätzung, dass die Berufsförderungswerke starke Partner sind, die den Unternehmen mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Tabelle 3: Korrelationsmatrix für kategoriale Variablen (Chi-Quadrat-Test & Cramérs V)

	FA	PR	IT	VE	KU	LT	AN	FÖ	BF	VO	BG	BE	KP	KT	AS	PA	WI	IF	IT	MI	BR
PR	.17	1																			
IT	.21	-.13	1																		
VE	.13	-.1	.37	1																	
KU	.16	-.19	.06	.15	1																
LT	.03	.2	-.01	-.09	-.3	1															
AN	.05	.23	.12	-.11	-.07	.46	1														
FÖ	-.01	-.12	.09	.05	-.11	.47	.28	1													
BF	-.18	.02	-.11	-.16	-.00	.15	.15	.37	1												
VO	-.08	-.04	.09	-.12	-.03	.27	.12	.56	.31	1											
BG	-.03	.03	.07	-.01	-.09	.09	-.14	.03	.21	.19	1										
BE	.08	.1	-.25	-.11	-.07	.34	.34	.43	.29	.27	-.13	1									
KP	.08	.19	.06	-.06	-.01	.15	.41	.2	.13	.09	.08	.22	1								
KT	.21	.12	.17	.22	.26	.18	.31	.21	.4	.27	.12	.2	.62	1							
AS	-.14	.04	-.11	.01	-.05	.13	.18	.38	.45	.26	.12	.42	.56	.48	1						
PA	-.13	.03	-.04	-.17	-.01	.23	.21	.22	.58	.26	.11	.39	.36	.56	.63	1					
WI	.21	-.01	-.13	.24	.11	-.14	-.04	-.16	-.01	-.16	-.04	-.2	.09	.19	.1	.04	1				
IF	.17	.03	.14	.26	-.03	.03	.1	-.17	-.15	-.25	.16	.09	.2	.22	.17	.11	.43	1			
IT	.18	.21	.09	.17	-.05	.03	.07	-.23	-.2	-.24	.11	-.14	.07	.11	.04	-.06	.36	.72	1		
MIT	.85	.85	.89	.85	.76	.87	.84	.92	.84	.85	.84	.88	.85	.22	.88	.89	.84	.86	.91	1	
BR	-.13	.06	.05	-.1	.06	.05	-.1	.32	-.03	.08	.05	.08	.02	.19	.1	-.05	-.06	-.02	-.26	.87	1
OW	.21	-.2	.16	.15	.22	.01	-.16	.21	.05	.16	-.2	.05	-.15	.22	-.04	.14	.29	06	.07	.07	.1

N = 65-79; alle Korrelationen sind ungewichtet. P*** < 0.001; p** < 0.01; p* < 0.05; p+ < 0.1
Für alle Korrelationskoeffizienten sind Cramér’s V (V) für die Stärke und Chi² für die Signifikanz berichtet. Ausnahme bildet der Zusammenhang der ordinalen Variablen MIT und KT. Aufgrund des Skalenniveaus wurde deshalb Spearmans rho als Koeffizient verwendet.

Bemerkenswert sind außerdem zwei weitere Aspekte: Einerseits existiert anscheinend kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem „Kontakt mit einem Berufsförderungswerk“ und der „Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation“ (V=0,2). Andererseits besteht ein signifikanter

negativer Effekt zwischen dem „Bedarf an Unterstützung bei der Wiedereingliederung von länger erkrankten Mitarbeitenden“ und der „Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation“ (V=-0,2+). Hier deutet sich bereits ein weiterer Bedarf an: Im Sample scheint es Arbeitgebende zu geben, die keine Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation haben, zugleich aber Bedarfe nach Unterstützung aufweisen.

Zweitens bestehen darüber hinaus signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung der Berufsförderungswerke im Kontext des Fachkräftemangels sowie den Erfahrungen mit und dem Wissen über die berufliche Rehabilitation. So korreliert die Einschätzung, dass die „Berufsförderungswerke Arbeitgebende bei Fragen der Fachkräftesicherung unterstützen“, signifikant positiv mit der „Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation“ (V=0,29*), dem „Wissen über die Voraussetzungen für Mitarbeitende“ (V=027*) und dem „Vorhandensein von Ansprechpartner*innen“ (V=0,42***) in diesen Institutionen.

Bemerkenswert ist jedoch, dass keine signifikanten Korrelationen zwischen dem „Wissen über“ und der „Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken“ sowie der „Schwierigkeit, offene Stellen mit qualifiziertem Personal zu besetzen“, bestehen. Daraus lässt sich schließen, dass die Berufsförderungswerke zwar als Unterstützung bei der Fachkräfteakquise wahrgenommen werden, jedoch nicht als nachhaltige Gegenstrategie gegen den Fachkräftemangel.

Drittens lassen sich signifikante Korrelationen zwischen den abgefragten Merkmalen zu den Erwartungen an die berufliche Rehabilitation analysieren. So besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem „Wunsch, weitere Informationen über Programme der beruflichen Rehabilitation zu erhalten“ und dem „Bedarf an Unterstützung bei der Wiedereingliederung von lang erkrankten Mitarbeitenden“ (V=0,43***). Bemerkenswert ist zudem der negative Zusammenhang zwischen der Einschätzung der „Berufsförderungswerke als starke Partner“ und dem „Interesse, Angebote der beruflichen Rehabilitation besser zu nutzen“, auch wenn der Effekt sehr schwach ist (V=-0,06*). Gleichzeitig zeigt sich ein mittlerer, hochsignifikanter Effekt zwischen dem „Wunsch nach Informationen zur beruflichen Rehabilitation“ und dem „Interesse, solche Maßnahmen im Unternehmen zu implementieren“ (V=0,72***). Daraus lässt sich die These ableiten, dass es einerseits Arbeitgebende gibt, die gut über die Möglichkeiten und Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation informiert sind und mit den Berufsförderungswerken kooperieren, und andererseits jene, die diese Möglichkeiten nicht kennen, wenig Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation haben und die Berufsförderungswerke nicht als relevante Akteure wahrnehmen.

2.3.3 Multivariate Analysen

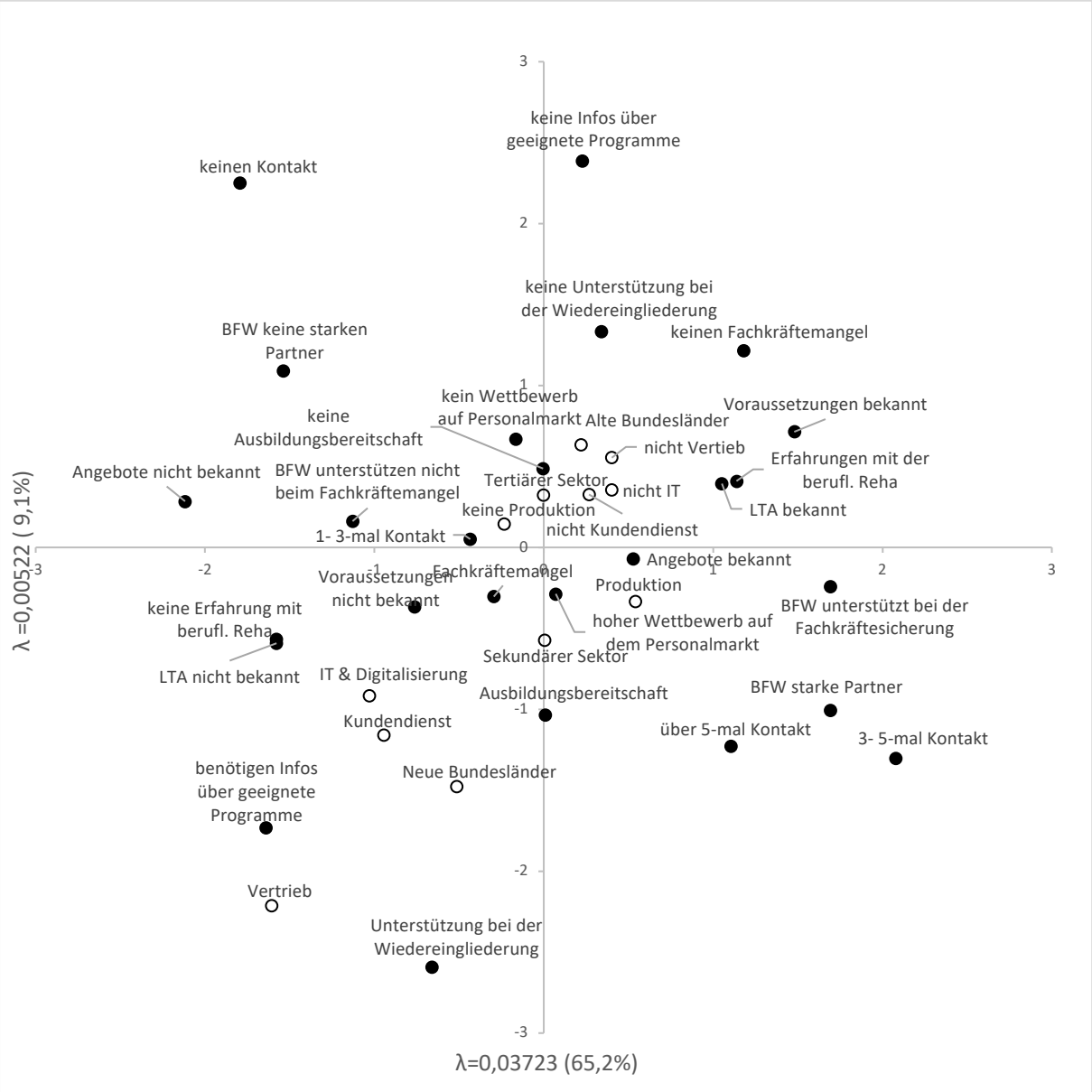
Mittels einer multiplen Korrespondenzanalyse wurden mehrere Dimensionen aus den Daten extrahiert, von denen die ersten beiden den größten Erklärungsbeitrag für die Informationen der aktiv verwendeten Merkmale liefern (kumulierte λ%=74,36 Prozent). Die horizontale Achse erklärt 65,2 Prozent und die vertikale 9,1 Prozent der Gesamtvarianz, was bedeutet, dass

der jeweilige Anteil der Streuung der Daten auf den beiden Achsen abgebildet wird. Da die ersten beiden Dimensionen die prozentual größten Varianzaufklärung leisten und mit diesem Anteil mit den weiteren Dimensionen stark abfällt, wurde sich dafür entschieden, die ersten beiden Dimensionen zu extrahieren.

Die horizontale Achse wird überdurchschnittlich von den folgenden Merkmalen determiniert: Im positive Bereich (rechte Seite der X-Achse) sind es die Kategorien Berufsförderungswerke unterstützen bei Fragen der Fachkräftesicherung (10 Prozent), sie sind starke Partner (9 Prozent), die Voraussetzungen für Leistungen der beruflichen Rehabilitation sind bekannt (6 Prozent), in den letzten 12 Montan bestand 3- bis 5-mal Kontakt zu einem Berufsförderungswerk (6 Prozent) und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind grundsätzlich bekannt (6 Prozent).

Der negative vertikale Achsenbereich der (linke Seite der X-Achse) wird wiederum von diesen Merkmalen überdurchschnittlich determiniert: Berufsförderungswerke sind keine starken Partner (10 Prozent), keine Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation (9 Prozent), Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind grundsätzlich nicht bekannt (8 Prozent), Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke sind nicht bekannt (8 Prozent), Berufsförderungswerke unterstützen nicht bei Fragen der Fachkräftesicherung (6 Prozent) und in den letzten zwölf Monaten bestand überhaupt kein Kontakt zu den Berufsförderungswerken (6 Prozent). Aufgrund dieser überdurchschnittlichen kategorialen Erklärungsbeiträge interpretierten wir die horizontale Achse als *Wissen über und Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation*. Im positiven Achsenbereich (rechte Seite) sind tendenziell die Arbeitgebenden mit viel Wissen und Erfahrung und im negativen Achsenbereich (linke Seite) eher jene, die über wenig Wissen und Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation verfügen.

Abbildung 9: Grafische Darstellung der Ergebnisse der multiplen Korrespondenzanalyse



N = 50 (Listwise Deletion); die aktiven Merkmale umfassen die Variablen FA, LT, AN, FO, BF VO, BE, KT, AS, PA, WI, IF, IT und die passiven die Merkmale OW, BR, PR, IT, VE, KU

Die vertikale Achse wird im positiven Bereich (Y-Achse oben) wiederum von folgenden Merkmalen überdurchschnittlich determiniert: Überhaupt kein Kontakt in den letzten zwölf Monaten mit einem Berufsförderungswerk (8 Prozent), die BFW werden nicht als starke Partner bewertet (5 Prozent), es gibt keinen Bedarf an Unterstützung bei der Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeitender (9,8 Prozent) und kein Bedarf an geeigneten Programmen der beruflichen Rehabilitation (20 Prozent). Der negative vertikale Achsenabschnitt wird demgegenüber von folgenden Merkmalen bestimmt: Berufsförderungswerke sind starke Partner (5 Prozent), Bedarf an Unterstützung bei der Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeitender (19 Prozent) sowie an Informationen an geeigneten Programmen der beruflichen Rehabilitation

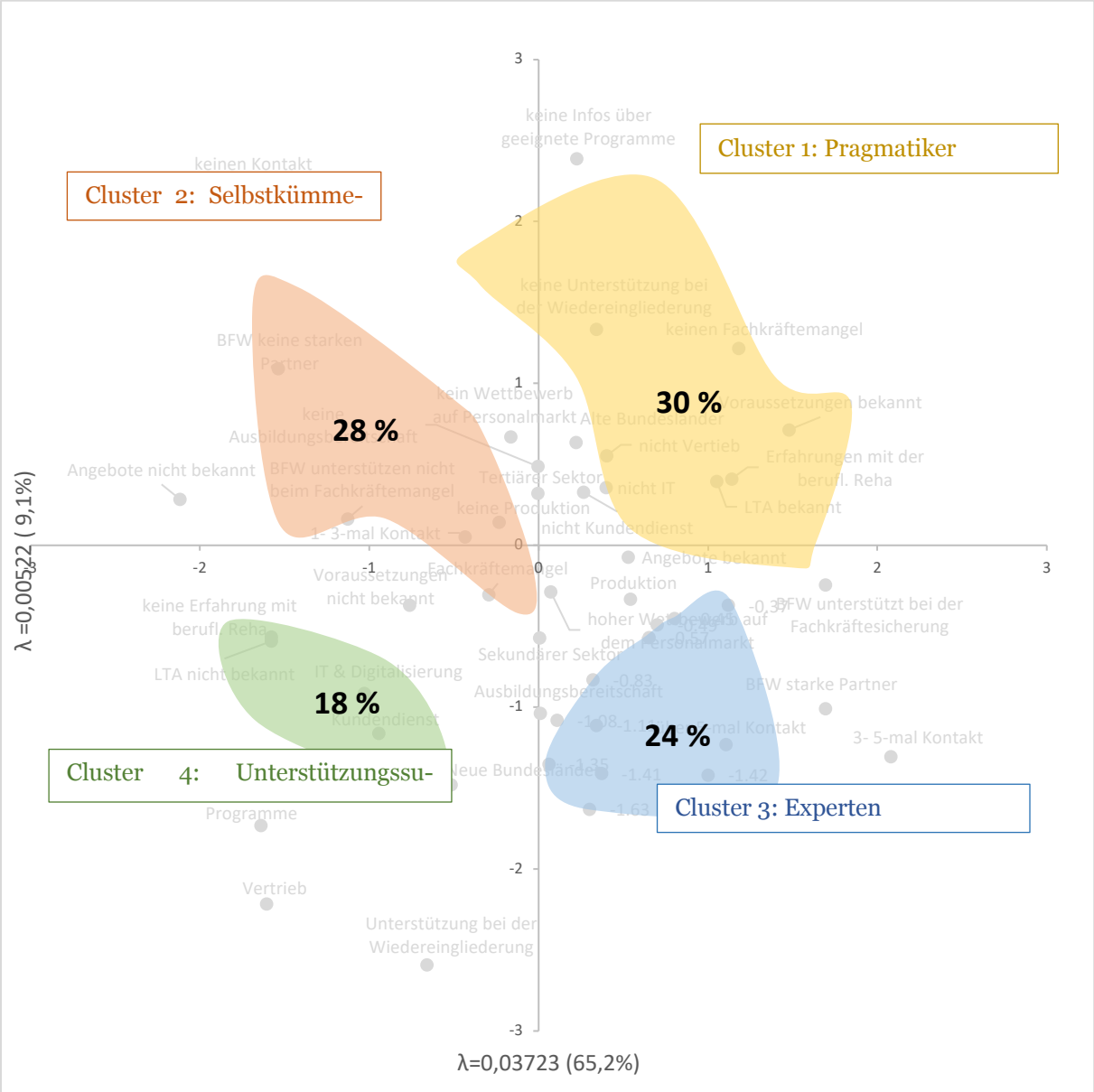
(15 Prozent). Diese Achse haben wir entsprechend der kategorialen Erklärungsbeiträge als Spektrum des *beruflichen Rehabilitationsbedarfs* interpretiert. Oberhalb der X-Achse sind tendenziell die Unternehmen verortet, die keinen Bedarf an beruflicher Rehabilitation haben, während sich im negativen Y-Achsenbereich (Y-Achse unten) eher jene Arbeitgebenden befinden, die einen Bedarf aufweisen. Diese beiden Achsen – das Wissen über und die Erfahrung mit der beruflichen Rehabilitation und der Bedarf – strukturieren unser Sample maßgeblich, woraus sich auch für jede Gruppe der Arbeitgebenden spezifische Handlungsempfehlungen ableiten.

Betrachtet man die grafische Darstellung der multiplen Korrespondenzanalyse in Abbildung 9 genauer, so lassen sich anhand der Nähe und Distanzen der Merkmale verschiedene Gruppen in der geometrischen Karte erkennen, die auf eine spezifische Clusterstruktur hindeuten könnten. Um diese zu Cluster empirisch zu entdecken und zu explizieren, haben wir den Raum der Individuen erstellt. Also jeden befragten und im Sample eingeschlossenen Arbeitgebenden in dem erstellten Raum (Abbildung 9) verortet. Mit den so erhaltenen empirischen Koordinaten der X- und Y-Achse haben wir dann eine hierarchisch-agglomerative Clusteranalyse mit Wards-Linkage-Verfahren durchgeführt, um die potenzielle Clusterstruktur explorativ zu explizieren. Zur Bestimmung der Anzahl der Cluster, die intern am homogensten und extern am heterogensten ist, wurden die Maßzahlen Calinski-Harabasz und das Duda-Hart-Kriterium genutzt. Wir entschieden uns jedoch nicht nur anhand dieser statistischen Kriterien für eine bestimmte Clusteranzahl, sondern interpretierten die verschiedenen Cluster-Lösungen um eine Typologie zu generieren. Obwohl eine Sieben-Cluster-Lösung nach dem Calinski-Harabasz-Index oder eine Fünf- bis Sieben-Cluster-Lösung nach dem Duda-Hart-Kriterium statistisch am sinnvollsten erschien, entschieden wir uns auf Basis unserer inhaltlichen Interpretation auch unter Einbezug unserer qualitativen Daten für eine Vier-Cluster-Lösung.[6]

Anschließend verorteten wir im Raum der Individuen die verschiedenen Cluster (Abbildung 10). Wir verorteten also in dem erstellten sozialen Raum die einzelnen Arbeitgebenden (N = 50) und konnten dadurch einerseits das Verhältnis zueinander verstehen sowie andererseits auch Interviewpartner*innen, die wir aus dem standardisierten Sample akquiriert haben, statistisch verorten und in die Interpretation der Cluster miteinbeziehen. Angemerkt werden muss hierbei, dass durch den Ausschluss der Fehlwerte, nur zwei interviewte Arbeitgebende direkt im Raum verortet werden konnten. Die anderen mussten „händisch“ den Clustern anhand der spezifischen einzelnen Verteilungen und unseren Interpretationen zugeordnet werden.

[6] Die 4-Cluster-Lösung erreichte einen Wert von 37,95, während die 7-Cluster-Lösung ein erstes Maximum mit einem Wert von 45,96 aufwies, was statistisch gesehen auf eine gute Balance zwischen Clustertrennung und -kompaktheit hinweist. Zusätzlich wurde das Duda-Hart-Kriterium herangezogen: Die Analyse ergab, dass eine zehn Cluster-Lösung, statistisch gesehen, am sinnvollsten ist (Je(2)/J1(1)-Index von 0,53 und eine Pseudo-T-Statistik von 9,05).

Abbildung 10: Grafische Darstellung der Ergebnisse der multiplen Korrespondenzanalyse (Raum der Individuen)



N = 50 (Listwise Deletion); die aktiven Merkmale umfassen die Variablen FA, LT, AN, FO, BF VO, BE, KT, AS, PA, WI, IF, IT und die passiven die Merkmale OW, BR, PR, IT, VE, KU (siehe Abkürzungsverzeichnis in Tabelle 1)

Cluster 1: Pragmatiker (30 Prozent)

Oben rechts in der Grafik finden sich die Merkmale von Arbeitgebenden, die über Erfahrung und Wissen über die berufliche Rehabilitation verfügen, jedoch keinen spezifischen Bedarf aufweisen. Diese Arbeitgebenden sind mit den Voraussetzungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gut vertraut und haben in der Vergangenheit bereits teilweise praktische Erfahrungen mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation gesammelt. Zudem gaben sie an, keine Unterstützung bei der Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeitender zu benötigen und aufgrund ihres vorhandenen Wissens auch keine weiteren Informationen zur beruflichen Rehabilitation zu benötigen. Durch die durchgeführte Clusteranalyse konnte hier eine

spezifische Gruppe von Arbeitgebenden sowie deren charakteristische Merkmale identifiziert werden, die wir als *Pragmatiker* bezeichneten.

Diese Arbeitgebenden erleben den Fachkräftemangel (60 Prozent) und den Wettbewerbsdruck (66 Prozent) als moderate, aber dennoch ernstzunehmende Herausforderungen für ihr Unternehmen. Der größte Fachkräftebedarf besteht in den Bereichen Produktion und Fertigung (33 Prozent) sowie Verwaltung (27 Prozent).

Sämtliche Arbeitgebende dieser Gruppe verfügen über Kenntnisse zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (100 Prozent), und auch die Angebote der Berufsförderungswerke sind einem Großteil von ihnen bekannt (87 Prozent). Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation liegen in dieser Gruppe ebenfalls sehr häufig vor (93 Prozent). Darüber hinaus überwiegen hier die positiven Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation: Zwei Drittel der Befragten dieses Clusters gaben an, mit dem Rehabilitationsprozess in der Vergangenheit sehr zufrieden gewesen zu sein. Genauso viele berichteten zudem, dass sich die gesundheitlichen und beruflichen Fähigkeiten erkrankter Mitarbeitender verbessert hätten und der Prozess eine schnellere Wiedereingliederung ermöglicht habe.

Zu den am häufigsten genutzten Angeboten der Berufsförderungswerke zählen die berufliche Neu-, Um- und Weiterqualifizierung (67 Prozent) sowie die Beratung von Arbeitgebenden (27 Prozent). Andere Angebote werden dagegen nur in geringem Umfang genutzt. Diese Arbeitgebenden fühlen sich sowohl über die bestehenden Angebote (72 Prozent) als auch über die finanziellen Fördermöglichkeiten (73 Prozent) gut informiert. Zudem wissen die meisten, an wen sie sich bei Bedarf wenden können (80 Prozent), und kennen die Voraussetzungen, unter denen Mitarbeitende Leistungen der beruflichen Rehabilitation erhalten können.

Die Berufsförderungswerke werden von zwei Dritteln dieses Clusters als starke Partner wahrgenommen (67 Prozent). Ebenso viele verfügen über eine feste Ansprechperson in diesen Institutionen. Mehr als drei Viertel dieser Befragten hatten in den vergangenen zwölf Monaten zwischen ein und fünf Kontakte mit den Berufsförderungswerken (80 Prozent). Auffällig ist jedoch, dass nur rund 60 Prozent dieser Arbeitgebenden die Berufsförderungswerke als Unterstützer bei Fragen der Fachkräftesicherung sehen – ein Hinweis darauf, dass sie entsprechende Bedarfe auf andere Weise zu bewältigen versuchen.

Hinzu kommt, dass dieses Cluster zum Befragungszeitpunkt keinen Unterstützungsbedarf bei der Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeitender aufwies (100 Prozent). Lediglich ein Fünftel dieser Befragten äußerte den Wunsch nach weiteren Informationen über geeignete Programme der beruflichen Rehabilitation (20 Prozent). Entsprechend gering ist auch das Interesse an der Entwicklung neuer Strategien im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (33 Prozent) sowie an arbeitsplatznahen Angeboten für erkrankte Mitarbeitende (27 Prozent).

Die Pragmatiker umfassen rund ein Drittel der in die Analyse einbezogenen Arbeitgebenden (30 Prozent) und stellen damit das größte Cluster dar. Diese Arbeitgebenden sind überwiegend

in den alten Bundesländern (80 Prozent) und im tertiären Sektor (60 Prozent) tätig. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass auch das verarbeitende Gewerbe und der Bausektor einen nennenswerten Anteil ausmachen (etwa 40 Prozent). Fast zwei Drittel dieser Unternehmen beschäftigen mehr als 100 Mitarbeitende (64 Prozent).

Unter Bezug auf das qualitative Interviewmaterial konnten wir die gerade dargestellten Verteilungen und Zusammenhänge besser verstehen und kontextualisieren. Ein Arbeitgebender aus der Softwarebranche steht stellvertretend für dieses Cluster. Er arbeitet zwar mit den Berufsförderungswerken zusammen und steht in regelmäßigem Kontakt, allerdings weniger aus einem konkreten Bedarf heraus, sondern eher aus Gefälligkeit und aufgrund eines begrenzten Nutzens für das eigene Unternehmen. Die Zusammenarbeit mit dem BFW beschränkt sich im Wesentlichen auf Praktikumskooperationen. Einen zusätzlichen Informationsbedarf sieht dieser Arbeitgebende nicht, da ihm die bestehenden Kontakte und etablierten Abläufe als ausreichend erscheinen. Ebenso besteht weder ein Bedarf an Unterstützung bei der Wiedereingliederung noch an einer intensiveren Zusammenarbeit mit dem BFW. Insgesamt verläuft die Kooperation auf einer pragmatischen Basis und dient in erster Linie dem Zweck, Praktikumsplätze bereitzustellen. Hinsichtlich weiterer Angebote des BFW jenseits der Praktikumsstellen äußert er Folgendes:

> *„Nehmen Sie die Berufsförderungswerke als starke Partner wahr für die, oder ist das eher so, ja, das macht man nebenbei irgendwie?“ (Interviewer: 122-123)*

> *„Ja, letztlich, also es ist mehr oder minder eine Gefälligkeit. Also, ja, es ist nicht danach ausgerichtet. Wir sehen das nicht als Personalfindung für uns. Und es ist halt, haben wir da einen Gewinn davon? Eher eigentlich nicht. Also es ist eher so, damit die Leute unterkommen, aber nicht, weil wir einen Vorteil davon hätten. Ja. (.) Wir können da in der Regel nur mehr keine Arbeit abgeben an die Leute, sondern lassen sie ja ein Testprojekt, Übungsprojekten arbeiten oder so. (...) Das will ich noch ein bisschen ändern. Ich will nämlich, dass die-. Wir haben ja ein Schulungskonzept, das sie durchmachen sollen, dass sie genau die Programme können, die wir machen. Aber wir prüfen das noch nicht ab. Das will ich ändern, damit ich immer weiß, was die gelernt haben auch bei uns. Weil ohne dass man da so eine Prüfungsarbeit macht, dann hat man da keinen so einen Eindruck, dass die das auch verstanden haben, was sie da tragen. (..) Und, ja, das will ich ändern, weil vielleicht, wenn man die richtig fördert, dass man sie doch einsetzen kann. (..) Aber die Leute, die wir übernommen haben, die sind nach einem Jahr einfach nicht so signifikant besser geworden. (.) Und nach einem Jahr 50.000 Euro weg und 10.000 Euro verdient, das schickt sich nicht. Das können wir uns einfach gar nicht leisten“* (Herr Z, Dienstleister Softwarebranche: 124-139).[7]

[7] Die ausgewählten Zitate sollen nicht den Eindruck nahelegen, dass die befragten Arbeitgebenden in den Interviews überwiegend negative Erfahrungen mit Berufsförderungswerken dargestellt hätten. Die ausgewählten Zitate sollen vielmehr die Herausforderungen veranschaulichen, mit denen die Berufsförderungswerke als Qualifizierungseinrichtungen konfrontiert sind.

Diese Aussage zeigt eine gewisse Passivität und verdeutlicht, dass das vorhandene Wissen zwar ausreicht, um bestehende Praktikumskooperationen zu organisieren, jedoch wenig darüberhinausgehendes Interesse an einer umfassenderen Nutzung der Rehabilitationsangebote besteht. Dies wirft die Frage auf, inwiefern hier tatsächlich von einer umfassenden Expertise gesprochen werden kann. Vielmehr scheint sich die Kompetenz auf routinierte Abläufe zu beschränken, ohne dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit beruflicher Rehabilitation stattfindet. Hier wird implizit auch eine Kritik an der Nutzbarkeit der Rehabilitand*innen und der Ausbildung in Berufsförderungswerken deutlich. Weil diese Arbeitskräfte nicht seinen Anforderungen entsprechen, kann er auf diese vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels nicht zurückgreifen.

Cluster 2: Selbstkümmerer (28 Prozent)

Oben links im aufgespannten Raum sind die Merkmale verortet, die auf ein geringes Wissen über sowie geringe Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation und auf eine vergleichsweise geringe Nachfrage nach entsprechenden Leistungen hinweisen. Mittels der durchgeführten Clusteranalyse konnten wir hier eine Gruppe von Arbeitgebenden herausarbeiten, die wir als *Selbstkümmerer* bezeichneten und die 28 Prozent der in die Analyse einbezogenen Stichprobe umfasste,

Auch diese Arbeitgebenden sehen den Fachkräftemangel als aktuelle Herausforderung für ihr Unternehmen (93 Prozent). Besonders betroffen sind dabei die Bereiche IT und Digitalisierung (43 Prozent), Kundendienst und Support (36 Prozent), Produktion und Fertigung (31 Prozent) sowie Technik und Ingenieurswesen (21 Prozent). Den Wettbewerbsdruck auf dem Personalmarkt schätzen sie hingegen deutlich geringer ein (64 Prozent), was darauf hindeutet, dass vor allem fehlende Qualifikationen und die starke Sogwirkung des Arbeitsmarktes die eigentliche Herausforderung darstellen.

Nur knapp ein Drittel dieser Arbeitgebenden ist mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vertraut (29 Prozent), und etwas mehr als ein Drittel verfügt über Erfahrungen mit beruflicher Rehabilitation (35 Prozent). Zwar kennen sie die Angebote der Berufsförderungswerke – insbesondere die berufliche Neu-, Um- und Weiterqualifizierung (71 Prozent) – tatsächlich genutzt wurden diese jedoch seltener. Bisher kamen lediglich die berufliche Neu-, Um- und Weiterqualifizierung (43 Prozent) sowie die Beratung von Arbeitgebenden (14 Prozent) zum Einsatz, obwohl etwas mehr als die Hälfte angab, Kontakt zu den Berufsförderungswerken zu haben (57 Prozent).

Die Selbstkümmerer verfügen in den Berufsförderungswerken häufig über keinen konkreten Ansprechpartner, der ihrem Unternehmen beratend zur Seite steht (64 Prozent). Sie betrachten die Einrichtungen zudem nur selten als starke Partner (86 Prozent) und nehmen sie kaum als Institutionen wahr, die bei der Bewältigung des Fachkräftemangels unterstützen (76 Prozent). Gleichzeitig geben diese Arbeitgebenden an, nur unzureichend über die Angebote

informiert zu sein (93 Prozent) und die finanziellen Fördermöglichkeiten eher weniger zu kennen (71 Prozent). Sie wissen tendenziell auch nicht, an wen sie sich im Kontext der beruflichen Rehabilitation wenden müssen (79 Prozent) und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit erkrankte Mitarbeitende Unterstützung erhalten (93 Prozent). Ihre konkreten positiven Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation sind ebenfalls begrenzt, auch wenn 43 Prozent angaben, positive Erfahrungen mit Mitarbeitenden gemacht zu haben, die eine Maßnahme in einem Berufsförderungswerk durchlaufen haben.

Ihre relative Unabhängigkeit von den Berufsförderungswerken zeigt sich auch darin, dass sie sich trotz ihres geringen Wissens über die berufliche Rehabilitation kaum weitere Informationen über geeignete Programme wünschen (57 Prozent). Sie benötigen keine Unterstützung bei der Wiedereingliederung von Fachkräften (93 Prozent) und haben nur ein begrenztes Interesse an zusätzlichen Informationen zur beruflichen Rehabilitation (57 Prozent). Gleichzeitig besteht jedoch Interesse daran, die Angebote der beruflichen Rehabilitation besser zu nutzen (54 Prozent). Etwas mehr als die Hälfte der Arbeitgebenden plant, zukünftig Strategien zu entwickeln, um das Betriebliche Gesundheitsmanagement effektiver einzusetzen (57 Prozent), während überwiegend arbeitsplatznahe Angebote zur Unterstützung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Problemlagen gewünscht werden (79 Prozent).

Die Selbstkümmerer haben ihren Hauptsitz überwiegend in den alten Bundesländern (85 Prozent) und sind vor allem im tertiären Sektor tätig (79 Prozent), insbesondere im Bereich Information und Kommunikation (29 Prozent), in der Erbringung freiberuflicher, wissenschaftlicher oder technischer Dienstleistungen (21 Prozent) sowie in der öffentlichen Verwaltung (14 Prozent). Nur ein geringer Teil ist im Baugewerbe sowie im Bereich Verkehr und Lagerei tätig (14 Prozent). Die Unternehmensgrößen reichen von 6 bis 550 Mitarbeitenden. Die Angebote der Berufsförderungswerke sind diesen Unternehmen größtenteils bekannt (71 Prozent), und auch eine Kooperation mit den Institutionen findet statt, wenngleich fast ein Drittel der Unternehmen keinen Kontakt unterhält (29 Prozent).

Cluster 3: Experten (24 Prozent)

Unten rechts in der Grafik bündeln sich Merkmale, die auf eine enge Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken sowie auf eine angespannte Fachkräftesituation hinweisen. Diese Arbeitgebenden sind zwar nur moderat vom Fachkräftemangel betroffen (60 Prozent), nehmen aber zugleich einen spürbaren Wettbewerbsdruck auf dem Personalmarkt wahr (67 Prozent). Besonders stark betroffen sind die Bereiche Produktion und Fertigung (33 Prozent), IT und Digitalisierung (25 Prozent) sowie Vertrieb, Marketing und Kundendienst/Support.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind einem Großteil der in diesem Cluster gruppierten Arbeitgebenden genauso bekannt (75 Prozent), wie das Angebot der Berufsförderungswerke (100 Prozent), auch wenn manche Angebote weniger präsent sind, wie zum Beispiel die

Hilfen zur Erhaltung oder Anpassung des Arbeitsplatzes (33 Prozent) oder spezielle Unterstützung für schwerbehinderte Menschen (33 Prozent).

Ein Großteil dieser Arbeitgebenden verfügt über Erfahrungen mit beruflicher Rehabilitation im Allgemeinen (83 Prozent) sowie mit den Angeboten der Berufsförderungswerke. So gaben 58 Prozent an, in der Vergangenheit die Beratung von Arbeitgebenden genutzt zu haben, zwei Drittel kennen die finanziellen Fördermöglichkeiten (67 Prozent), und vier Fünftel hatten in den letzten zwölf Monaten Kontakt zu den Berufsförderungswerken (80 Prozent).

Die positiven Erfahrungen und der wahrgenommene Nutzen führen dazu, dass alle diese Arbeitgebenden die Berufsförderungswerke als starke Partner betrachten (100 Prozent). Sie sind gut über die Angebote informiert (83 Prozent), kennen überwiegend die finanziellen Fördermöglichkeiten (67 Prozent), wissen, an wen sie sich bei Bedarf wenden müssen (100 Prozent), und bewerten die Berufsförderungswerke positiv als unterstützende Institutionen bei Fragen zum Fachkräftemangel (67 Prozent).

Mehr als die Hälfte der Arbeitgebenden gab an, mit dem Ablauf der Rehabilitationsprozesse zufrieden zu sein (67 Prozent), eine Verbesserung der gesundheitlichen (58 Prozent) und beruflichen Fähigkeiten (58 Prozent) der erkrankten Mitarbeitenden festgestellt zu haben und dass diese nach solchen Maßnahmen schnell wieder eingegliedert werden konnten (67 Prozent).

Aufgrund dieser Merkmale haben wir dieses Arbeitgebendencluster als *Experten* bezeichnet. Sie verfügen über umfassendes Wissen und Erfahrung im Bereich der beruflichen Rehabilitation, sind mit den bestehenden Angeboten zufrieden, offen für neue Formate und betrachten die Berufsförderungswerke als zentrale, verlässliche Partner. Die Zusammenarbeit ist durch ein hohes Maß an Vertrauen, direkte Kommunikationswege und enge Kooperation gekennzeichnet. Die Experten umfassen 24 Prozent der in die Analyse eingeschlossenen Arbeitgebenden. Diese Unternehmen haben ihren Hauptsitz überwiegend in den alten Bundesländern (58 Prozent) und sind vor allem im tertiären Sektor tätig (67 Prozent), wobei auch ein Viertel im verarbeitenden Gewerbe angesiedelt ist. Die Unternehmensgröße reicht von 7 bis 500 Beschäftigten.

Auch diese Arbeitgebenden benötigen Unterstützung bei der Wiedereingliederung von Fachkräften (67 Prozent) und sind größtenteils an weiteren Informationen zur beruflichen Rehabilitation interessiert (92 Prozent), zeigen jedoch nur geringes Interesse daran, die Angebote der beruflichen Rehabilitation intensiver zu nutzen (92 Prozent). Ein Großteil plant, zukünftig Strategien zu entwickeln, um das Betriebliche Gesundheitsmanagement effektiver einzusetzen (75 Prozent), und wünscht sich zudem arbeitsplatznahe Angebote zur Unterstützung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Problemlagen (75 Prozent).

Auch im Rahmen der durchgeführten Fokusgruppen-Interviews konnten wir dieses Cluster validieren. So berichteten ein befragter Industriedienstleister aus Sachsen und ein IT-

Dienstleister aus Sachsen-Anhalt, dass sie eng mit den regionalen Berufsförderungswerken zusammenarbeiten und ein partnerschaftliches Verhältnis pflegen. Beide Arbeitgebenden sind gut über die Angebote der Berufsförderungswerke informiert und sehen keinen weiteren Informationsbedarf. Generell sei es für sie kein Problem, Fachkräfte zu finden. Die Herausforderung liege vielmehr darin, Mitarbeitende mit der passenden Qualifikation und der erforderlichen Leistungsorientierung für die Arbeitswelt zu gewinnen – eine Schwierigkeit, die sich auch auf die Wahrnehmung der Berufsförderungswerke auswirken kann. Der Industrie-Dienstleister formulierte beispielsweise:

> *„Ich glaube halt trotzdem, dass die BFW so teilweise vielleicht auch nicht den besten Ruf haben. Weil wenn man jetzt selbst die Messen dort auch besucht, da können die ja gar nicht dafür. Man sieht ja auch trotzdem, was da teilweise auch für Leute rumkrauchen [...] vielleicht 20, 30 Prozent, die vernünftige Ansichten haben, ein vernünftiges Auftreten haben und wirklich Interesse haben, irgendwie was aus sich zu machen und was zu erreichen. Und der Rest, die kommen dort angestammelt, gucken blöd, versuchen irgendwelche Gummibärchen und Stifte und das mitzunehmen* (Herr F (Focus Group), Industrie-Dienstleister I: 124-131).

Diese fehlende Leistungs- bzw. Karriereorientierung wurde auch von den anderen befragten Arbeitgebenden thematisiert. Dabei kritisierten sie jedoch nicht das objektive Qualifikationsniveau der Absolventen der Berufsförderungswerke, sondern deren „Einstellung“ zur Arbeitswelt (Industrie-Dienstleister I.). Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass diese Arbeitgebenden kooperative Strategien mit den Berufsförderungswerken entwickeln, um die passenden Fachkräftekräfte für ihr Unternehmen zu gewinnen.

> *„Ich habe mit dem BFW hier sehr gute Erfahrungen, dass die tatsächlich auch die Leute rausfiltern und das mag auch am persönlichen Kontakt liegen. Also Frau B. [Ansprechperson vom BFW] weiß genau, wen sie mir schicken darf und wen nicht und filtern das daher schon sehr gut raus, von daher ist die Zusammenarbeit bei uns optimal* (Herr B. (Focus Group), IT-Dienstleister: 616-623).

Deshalb werden die Berufsförderungswerke auch als starke Partner wahrgenommen, vor allem dann, wenn es einen direkten Kontakt und einen direkten Ansprechpartner gibt. Solche Ansprechpartner ersetzen zum Teil auch die Informationsbeschaffung zur beruflichen Rehabilitation, da dort direkte Fragen an die Berufsförderungswerke gestellt werden können. *„Also ich habe einen guten Draht zum Berufsförderungswerk“* (IT-Dienstleister Ost), formulierte beispielsweise ein Befragter.

Darüber hinaus zeigen diese Arbeitgebenden ein hohes Engagement gegenüber den Mitarbeitenden, sofern deren Leistung und Arbeitsorientierung ihren Erwartungen entspricht. Sie suchen zudem nach flexiblen Möglichkeiten, Mitarbeitende *„dort einzusetzen, wo wir sie brauchen“* (ebd.) oder im Berufsförderungswerk weiterqualifizieren zu lassen. In diesem Zusammenhang betonten sie insbesondere die Vielseitigkeit und die direkte Nutzbarkeit der erworbenen Arbeitsfähigkeiten:

> *„Jetzt könnte man ja sagen, alles rund um IT und Mediengestalter. Da gibt es Leute, die irgendwie, wenn sie sich hobbymäßig dafür interessiert haben, dann kriegt man die sich selber schon herangezüchtet. Das stimmt, das mag auch stimmen, also dass die quasi keine Umschulung bräuchten, aber was uns so gut gefällt ist, gerade bei denen, ich kenne jetzt nur die Umschüler aus dem Berufsförderungswerk in XY, weil wir die da haben, die kommen und die sind wie ein Schweizer Taschenmesser. Die haben nicht nur Ahnung in einer Sache, die sie interessiert, sondern die kennen sich mit (..) Schriftgestaltung, Typografie, Webprogrammierung, Flyer, Logo machen, Videoschnitt, die kennen das alles irgendwie in der ganz großen Breite, zwar nicht in der super super Tiefe, aber die haben so ein fundiertes breites Wissen, was man die hinsetzen kann und wenn die drei, vier Monate bei uns gearbeitet haben, nachdem die fertig die Umschulung haben, dann sind die brauchbar* (Herr, T., IT-Dienstleister II: 69-81).

Im Kontext des Fachkräftemangels merkt der befragte Industrie-Dienstleister an, dass die Berufsförderungswerke früher eine *„mechanische Werkstatt, wo die quasi dann auch so Zerspaner, Industriemechaniker nochmal ausgebildet haben"* (Industrie-Dienstleister I), hatten: *„Da hatten wir gute Erfahrungen, weil wir haben zum Beispiel in unseren mechanischen Fertigungen einen Maurer, der wirklich auf den Knochen ganz schöne kaputt war, aber an einer Zerspanungsmaschine oder Fräsmaschine kann er trotzdem stehen. Das macht das BFW nicht mehr, das ist sehr schade"* (ebd.). Viele Bewerbungen kämen aktuelle stattdessen für den Verwaltungs- und Bürobereich, allerdings gab es *„noch nie"* beim Industrie-Dienstleister einen Fachkräftemangel in diesen Feldern. Hier wird also ein klarer Fachkräftebedarf für den Bereich Produktion und Fertigung konstatiert, den das Berufsförderungswerke, mit dem dieser Arbeitgebende kooperiert, aktuell nicht mehr decken kann. Das wirft die Frage auf, welche Ausbildungen und Qualifikationen die Berufsförderungswerke zukünftig in ihr Profil aufnehmen sollten, um die Experten als enge Partner und stärkste Befürworter halten zu können. Angesichts des voraussichtlich steigenden Bedarfs im Bereich Produktion und Fertigung in den kommenden Jahren stellt dies ein zentrales Qualifikationsfeld dar, das für Berufsförderungswerke in der Nähe von Industrieregionen besonders lohnend sein könnte.

Cluster 4: Unterstützungssuchenden (18 Prozent)

Unten links im aufgespannten Raum sind jene Merkmale verortet, die auf geringe Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen und den Berufsförderungswerken im Speziellen hinweisen, gleichzeitig jedoch einen Bedarf an Informationen oder Unterstützung bei der Wiedereingliederung anzeigen.

Auch für diese Arbeitgebenden stellen der Fachkräftemangel (89 Prozent) und der Wettbewerbsdruck auf dem Personalmarkt (78 Prozent) relevante Herausforderungen dar. Am stärksten vom Fachkräftemangel betroffen sind die Bereiche Vertrieb und Marketing (44 Prozent), IT und Digitalisierung (33 Prozent) sowie Produktion und Fertigung (30 Prozent). Dies überrascht kaum, da etwas mehr als die Hälfte dieser Unternehmen im verarbeitenden

Gewerbe in Ostdeutschland tätig ist (55 Prozent) und zwischen 8 und 230 Mitarbeitende beschäftigt – es handelt sich also überwiegend um kleine und mittelständische Unternehmen.

Mehr als drei Viertel dieser Arbeitgebenden sind mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht vertraut (78 Prozent) und verfügen überhaupt nicht über Erfahrungen mit beruflicher Rehabilitation (100 Prozent). Auch die Angebote der Berufsförderungswerke sind weitgehend unbekannt: Lediglich ein Drittel gab an, diese Leistungen zu kennen (33 Prozent), obwohl Kontakte zu diesen Institutionen durchaus bestehen (77 Prozent). Konkret wusste ein Drittel dieses Clusters, dass Berufsförderungswerke berufliche Neu-, Um- und Weiterqualifizierungen (33 Prozent) sowie Hilfen zur Erhaltung oder Anpassung des Arbeitsplatzes (33 Prozent) anbieten. Nur etwa jeder zehnte Arbeitgebende dieser Gruppe kennt das Angebot „Beratung von Arbeitgebenden“ (11 Prozent), „Reha-Assessment“ (11 Prozent) oder „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ (10 Prozent). Vermutlich deshalb nehmen diese Arbeitgebenden die Berufsförderungswerke (noch) nicht als starke Partner wahr (88 Prozent).

Dieses geringe Wissen über die Angebote der Berufsförderungswerke zeigt sich auch an anderer Stelle: Nur ein Drittel der Arbeitgebenden gibt an, über ausreichend Informationen zu den Leistungen der Berufsförderungswerke zu verfügen (30 Prozent). Die finanziellen Fördermöglichkeiten sind lediglich 10 Prozent bekannt, ebenso wie die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit Mitarbeitende mit gesundheitlichen Problemlagen Unterstützung erhalten. Entsprechend niedrig fallen auch die Erfahrungswerte mit den konkreten Angeboten der Berufsförderungswerke aus: Nur 10 Prozent haben bislang die beruflichen Neu-, Um- und Weiterqualifizierungen der Berufsförderungswerke genutzt.

Sie erwarten zukünftig Unterstützung bei der Wiedereingliederung von Fachkräften (67 Prozent), benötigen trotz eigener Erfahrung weitere Informationen über die berufliche Rehabilitation (92 Prozent) und sind auch sehr daran interessiert, Angebote der beruflichen Rehabilitation besser zu nutzen (92 Prozent). Ein Dreiviertel stimmte auch zu, zukünftig Strategien entwickeln zu wollen, das Betriebliche Gesundheitsmanagement besser zu nutzen (75 Prozent) und wünscht sich außerdem arbeitsplatznahe Angebote bei der Unterstützung von Mitarbeitenden mit gesundheitlichen Problemlagen (75 Prozent).

Auch im qualitativen Datenmaterial ließen sich Arbeitgebende diesem Cluster zuordnen. Eine Interviewpartnerin berichtete beispielsweise in einem Fokusgruppeninterview, dass sie durch ihre eigene Umschulung an einem Berufsförderungswerk persönliche Erfahrungen mit beruflicher Rehabilitation gesammelt habe.[8] Im Unternehmenskontext bleibt der Kontakt zu Berufsförderungswerken jedoch meist auf einzelne Gelegenheiten beschränkt und das obwohl

[8] Die Interviewpartnerin ist selbst keine Arbeitgeberin, sondern im Personalbereich ihres Unternehmens tätig. Es ist anzunehmen, dass eine Diskrepanz zwischen er Interviewpartnerin, die selbst eine berufliche Reha absolviert und an der Fokusgruppe teilgenommen hat und der Person besteht, die im Unternehmen den Fragebogen ausgefüllt hat.

Bedarf besteht. So berichtet sie, dass Berührungspunkte bislang vor allem im Rahmen von Messebesuchen entstanden seien, bei denen einzelne Praktikumsanfragen gestellt wurden:

> *„Also an sich weiß ich schon einiges, durch mich selber halt auch, aber ansonsten, so viel kriegt man ja nicht mit. Also wie gesagt, ich habe den Kontakt zum BFW mehr oder weniger wegen den Messen, (...) aber ansonsten ist da bei uns jetzt mehr oder weniger Ruhe gewesen“* (Frau H. (Focus-Group), Manufaktur: 289-295).

Ihre Aussage verdeutlichen, dass sie aufgrund ihrer persönlichen Biografie durchaus mit dem System der beruflichen Rehabilitation vertraut ist. Gleichzeitig deutet sie an, dass im betrieblichen Alltag weder vertiefte Informationen über die Berufsförderungswerke vorliegen noch ein kontinuierlicher Austausch stattfindet. Die bisherigen Kontakte werden eher punktuell und wenig strukturiert dargestellt. Auch ihre Einschätzung im Hinblick auf den Fachkräftemangel unterstreicht, dass Umschulungen oder externe Rehabilitationsmaßnahmen im Unternehmen bislang keine feste Rolle spielen.

Diese Arbeitgebenden erwarten Unterstützung von den Berufsförderungswerken auf verschiedenen Ebenen – sei es bei der Fachkräfteakquise, der Wiedereingliederung erkrankter Mitarbeitender oder weiteren Maßnahmen. Sie stellen damit eine zentrale Zielgruppe dar, die die Berufsförderungswerke auch künftig durch ihre Angebote gezielt ansprechen sollten.

2.4 Diskussion

Im zweiten Arbeitspaket stand die Frage im Mittelpunkt, über welches Wissen und welche Erfahrungen die Ziel- und Prozessgruppe der Arbeitgebenden verfügt und welche Erwartungen sie an den Prozess der beruflichen Rehabilitation haben. Unsere Daten zeigen wenig überraschend, dass Arbeitgebende den Fachkräftemangel überwiegend als zentrale Herausforderung wahrnehmen, insbesondere in den Bereichen Produktion, Technik und Ingenieurswesen, IT und Digitalisierung sowie Verwaltung. Gesundheitsbezogene Maßnahmen wie die berufliche Rehabilitation werden von den befragten Arbeitgebenden nur selten genutzt und dann meist lediglich als moderate Unterstützung im Kontext des Fachkräftemangels. Stattdessen legen sie stärker Wert auf die Erhöhung der Attraktivität des eigenen Unternehmens, beispielsweise durch entsprechende Gehaltsanpassungen oder flexible Arbeitszeiten. Dabei wird deutlich, dass die berufliche Rehabilitation zwar einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung des Fachkräftemangels leisten kann, jedoch weitere Faktoren ebenfalls zentral bleiben. Dies ist insofern bedeutsam, als die berufliche Rehabilitation nach aktuellem Forschungsstand zwar zur erfolgreichen Wiedereingliederung erkrankter Arbeitskräfte beiträgt, in den Erfahrungen der Arbeitgebenden jedoch eher eine nachgelagerte Rolle spielt. Es zeigt sich somit eine Diskrepanz zwischen der erfolgreichen Wiedereingliederung aus Sicht der Rehabilitand*innen und der Wahrnehmung der Arbeitgebenden. So wurde beispielsweise deutlich, dass ein Teil der Arbeitgebenden die Absolvent:innen der Berufsförderungswerke für das eigene Unternehmen als nur eingeschränkt nutzbar einschätzte – etwa aufgrund fehlender Motivation, mangelnden

Durchhaltevermögens oder geringer Leistungsbereitschaft. Als Ursache wurde hier nicht die objektive Qualität der Ausbildungen kritisiert, sondern vielmehr die Motivation und das Engagement der Rehabilitand*innen thematisiert. Wir vermuten, dass zum einen die durch den Fachkräftemangel verstärkte Sogwirkung des Arbeitsmarktes dazu führt, dass besonders engagierte Arbeitskräfte weniger in die Berufsförderungswerke gelangen, während dort tendenziell komplexere Fälle integriert werden. In der Folge häufen sich in den Berufsförderungswerken komplexere Problemlagen an, die schwieriger in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren sind – ein Effekt, den die Arbeitgebenden wahrnehmen und kritisieren, ohne die zugrunde liegenden Ursachen zu kennen.

Gleichzeitig bewertete ein anderer Teil der befragten Arbeitgebenden die rehabilitierten Arbeitskräfte metaphorisch als „Schweizer Taschenmesser“, das sofort vielseitig einsetzbar ist, was auf die Qualität der Ausbildung und die vermittelten Fähigkeiten hinweist. Trotz dieser Unterschiede beschäftigt alle Arbeitgebenden eine zentrale Frage: Inwiefern können die rehabilitierten Arbeitskräfte schnellstmöglich die erwartete Arbeitsleistung erbringen?

Insgesamt zeigte sich, dass die befragten Arbeitgebenden zwar grundsätzlich wissen, dass die Berufsförderungswerke verschiedene Leistungen der beruflichen Rehabilitation anbieten, die Spannbreite dieser Angebote jedoch weitgehend unbekannt ist. Dies verdeutlicht die Differenz zwischen allgemeinem Wissen über das Angebotsspektrum und dem konkreten Verständnis einzelner Leistungen sowie der verfügbaren Fördermöglichkeiten. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Arbeitgebende grundsätzlich Interesse an den Angeboten der Berufsförderungswerke haben und nach Anwendungsmöglichkeiten suchen. Ein nicht unerheblicher Teil plant, Strategien zur Fachkräftesicherung zu entwickeln und wünscht sich arbeitsplatznahe Angebote, was auf eine Nachfrage nach Leistungen der beruflichen Rehabilitation hinweist. Dennoch ergreifen diese Arbeitgebenden selbst nur selten aktiv Maßnahmen.

Weiterhin zeigte sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Wissen über und der tatsächlichen Nutzung der Angebote der beruflichen Rehabilitation. Viele der befragten Arbeitgebenden kannten die Leistungen der Berufsförderungswerke, nutzten sie jedoch nur eingeschränkt. Zukünftig sollte daher darauf geachtet werden, die Angebote stärker auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zuzuschneiden. Eine strukturelle Herausforderung besteht zudem darin, dass die Angebote zwar bekannt sind, aber nicht immer den spezifischen Bedarfen der Arbeitgebenden entsprechen. Ein besonderer Fachkräftebedarf besteht bei den Befragten vor allem in den Bereichen Produktion und Fertigung (29 Prozent), gefolgt von IT und Digitalisierung (27 Prozent) sowie Vertrieb und Marketing (19 Prozent). Inwiefern diese Branchen und Bereiche ausreichend durch die Berufsförderungswerke abgedeckt werden, sollte künftig überprüft werden.

Aus dem Datensatz konnten vier verschiedene Typen von Arbeitgebenden identifiziert werden, die jeweils unterschiedliche Ansätze zur beruflichen Rehabilitation verfolgen und aus denen sich spezifische Handlungsstrategien ableiten lassen:

Die *Pragmatiker* verfügen über umfangreiche Erfahrungen und fundiertes Wissen im Bereich der beruflichen Rehabilitation, sehen jedoch keinen spezifischen Unterstützungsbedarf. Sie sind mit den Voraussetzungen und Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben gut vertraut und benötigen keine zusätzliche Unterstützung bei der Wiedereingliederung langzeiterkrankter Mitarbeitender. Geografisch sind die meisten dieser Unternehmen in den alten Bundesländern angesiedelt und überwiegend im tertiären Sektor tätig, wobei rund 40 Prozent auch dem verarbeitenden Gewerbe oder dem Baugewerbe angehören. Fast zwei Drittel dieser Unternehmen beschäftigen mehr als 100 Mitarbeitende.

Die Selbstkümmerer verfügen nur über begrenztes Wissen und geringe Erfahrung im Bereich der beruflichen Rehabilitation und sehen keinen Bedarf an spezifischen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie agieren weitgehend unabhängig von den Berufsförderungswerken – sei es aufgrund fehlenden Wissens oder eines wahrgenommenen mangelnden Bedarfs. Über drei Viertel dieser Unternehmen haben ihren Sitz in den alten Bundesländern und sind überwiegend im tertiären Sektor tätig, insbesondere in den Bereichen Information und Kommunikation, freiberufliche, wissenschaftliche oder technische Dienstleistungen sowie öffentliche Verwaltung. Die Unternehmensgrößen reichen von 6 bis 550 Mitarbeitenden.

Die Experten verfügen über umfangreiches Wissen und umfassende Erfahrung im Bereich der beruflichen Rehabilitation und arbeiten eng mit den Berufsförderungswerken zusammen. Trotz ihrer Expertise sehen sie weiterhin Unterstützungsbedarf bei der Wiedereingliederung von Fachkräften und zeigen ein ausgeprägtes Interesse an weiterführenden Informationen. Drei Viertel dieser Unternehmen planen, ihr Betriebliches Gesundheitsmanagement gezielt auszubauen, und wünschen sich arbeitsplatznahe Unterstützungsangebote für Mitarbeitende mit gesundheitlichen Einschränkungen. Geografisch sind sie mehrheitlich in den alten Bundesländern und im tertiären Sektor angesiedelt, während etwa ein Viertel dem verarbeitenden Gewerbe angehört. Die Unternehmensgrößen variieren zwischen 7 und 500 Mitarbeitenden.

Die Unterstützungssuchenden verfügen über begrenzte Erfahrung im Bereich der beruflichen Rehabilitation, haben jedoch einen ausgeprägten Informations- und Unterstützungsbedarf – insbesondere in Bezug auf die Wiedereingliederung von Fachkräften. Sie streben an, Strategien für ein wirksameres Betriebliches Gesundheitsmanagement zu entwickeln und arbeitsplatznahe Unterstützungsangebote für Mitarbeitende mit gesundheitlichen Einschränkungen aufzubauen. Herausforderungen wie Fachkräftemangel und Wettbewerbsdruck treffen diese Gruppe besonders stark, vor allem in den Bereichen Vertrieb und Marketing, IT und Digitalisierung sowie Produktion. Rund 55 Prozent dieser Unternehmen sind im verarbeitenden Gewerbe in Ostdeutschland tätig und gehören überwiegend dem kleinen und mittleren Unternehmenssegment an, mit Belegschaften zwischen 8 und 230 Mitarbeitenden.

Die empirisch identifizierten Achsen, die den in Abbildung 9 dargestellten Raum (das Koordinatensystem) strukturieren, verdeutlichen zugleich die Spannungsverhältnisse, in denen sich

die Praxis der Berufsförderungswerke bewegt: einerseits zwischen umfangreichem und geringem Wissen sowie Erfahrungen der Arbeitgebenden mit beruflicher Rehabilitation (horizontale Achse) und andererseits zwischen bestehendem und fehlendem Unterstützungsbedarf seitens der Arbeitgebenden (vertikale Achse). Zwischen diesen Polen müssen die Strategien der Berufsförderungswerke verortet werden – mit dem Ziel, bestehende Kooperationspartner als zentrale Akteure im Prozess der beruflichen Rehabilitation zu binden und gleichzeitig neue Arbeitgebende für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.

3. Arbeitspaket 3: Analyse von Übergängen und strukturellen Barrieren zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation

3.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand

In diesem Arbeitspaket wurden die Übergänge und Schnittstellen zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation untersucht. Hierfür wurden vorrangig die Erfahrungen der Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes als Schnittstellenakteure zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation in den Blick genommen. Das Ziel der Befragung dieser spezifischen Expert*innen der beruflichen Rehabilitation war es, zu verstehen, welche prozessualen Faktoren zu einem Ge- oder Misslingen von Übergangsprozessen zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation beitragen.

Vor der empirischen Untersuchung analysierten wir die normativen Grundlagen des Sozialdienstes als Akteur der Rehabilitation. Dies ermöglichte einen Vergleich von Anspruch und Praxis, um Schwachstellen und Optimierungspotenziale zu erkennen und daraus Handlungsfelder für die Berufsförderungswerke abzuleiten.

Die Soziale Arbeit ist ein fester Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Seit über 50 Jahren gehört diese Profession nun mittlerweile zum multiprofessionellen Team in der medizinischen Rehabilitation (Knoop et al. 2019). Die Ausgestaltung des Sozialdienstes steht in engem Zusammenhang mit seiner gesellschaftlichen Funktion. Hanses (2011) brachte die zentrale Zielstellung dieser Tätigkeit wie folgt auf den Punkt:

> *„Die zentrale Aufgabenstellung der Sozialdienste liegt insbesondere darin, die Unterstützung der persönlichen, sozialen und beruflichen Reintegration und die Wiederherstellung einer autonomen Lebenspraxis zu gewährleisten“* (ebd.: 64).

Der Sozialdienst soll demnach auf allen drei Ebenen – persönlich, sozial und beruflich – erkrankte Versicherte unterstützend im medizinischen Rehabilitationsprozess begleiten, sodass diese ihr weiteres Leben bestmöglich unabhängig gestalten können. Auch die Arbeitswelt wird dabei als zentrale Ebene der Unterstützungsleistung des Sozialdienstes hervorgehoben. In den Praxisempfehlungen für die Sozialarbeitenden in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung heißt es:

> *„Sozialdienste in Reha-Einrichtungen erarbeiten mit der Rehabilitandin und dem Rehabilitanden individuelle Perspektiven zur Bewältigung der Folgen von Krankheit und Behinderung sowie zur Teilhabe. Zentrale Aufgaben sind die Identifizierung und Klärung von Bedarfslagen und Kontextfaktoren beruflicher, sozialer, wirtschaftlicher und psychosozialer Art. […] Sie informiert, berät, motiviert und unterstützt die Entwicklung und Umsetzung von Bewältigungsstrategien. Zudem regt sie nachgelagerte Leistungen zur Teilhabe oder Nachsorge an und leitet diese in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger ein“* (Deutsche Rentenversicherung 2023: 4).

Auch die Praxisempfehlung der Deutschen Rentenversicherung hebt die individuelle Unterstützungsleistung des Sozialdienstes hervor und unterstreicht ebenfalls die berufliche Perspektive der Versicherten. Zugleich wird in dieser Empfehlung implizit eine gewisse Arbeitsteilung angedeutet. Denn der Sozialdienst soll nicht nur die medizinische Rehabilitation auf verschiedenen Ebenen unterstützen, sondern auch weitere, sogenannte *„nachgelagerte Leistungen zur Teilhabe der Nachsorge“* anregen und diese auch *„in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger“* einleiten. Der Kostenträger – wird hier als zentraler Kooperationsakteur genormt, mit dem zusammengearbeitet werden soll, um bestmögliche nachgelagerte Leistungen für die Rehabilitand*innen zu ermöglichen.

Der Sozialdienst in den Rehabilitationskliniken übernimmt, so lässt sich bis hierhin auf normativer Ebene festhalten, im Rahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation entscheidende Funktionen: Einerseits soll er lebensweltlich und bedarfsorientiert die Patient*innen während des Klinikaufenthalts unterstützen und andererseits als Schnittstellenmanager zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation fungieren. Dieses Schnittstellenmanagement im Kontext der beruflichen Rehabilitation ist wiederum maßgeblich von der Entscheidung abhängig, ob ein Patient oder eine Patientin eine Empfehlung für die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben erhält oder nicht. An diesem Prozess ist der Sozialdienst jedoch nicht nur indirekt beteiligt, da es sich primär um eine ärztliche Entscheidung handelt, sondern auch aktiv mit den anderen Professionen, da die Beratung über die sozialmedizinische Beurteilung in multiprofessionellen Teams vollzogen wird, in der somit auch die Erfahrungen der sozialarbeiterischen Profession einfließen.

Der Forschungsstand zu den Übergängen von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation verdeutlicht, dass es sich um einen komplexen Prozess handelt, der durch strukturelle, institutionelle und individuelle Faktoren geprägt ist. Rehabilitationseinrichtungen sehen sich sinkenden Teilnehmendenzahlen, steigenden Kosten und einer veränderten Teilnehmendenstruktur mit mehr psychischen und multiplen Problemlagen konfrontiert, während zugleich die Arbeitsmarktanforderungen steigen (Reims et al. 2023). In Zeiten hoher Arbeitskräftenachfrage finden viele Betroffene auch ohne berufliche Rehabilitationsmaßnahme eine Anstellung, was die Teilnahmebereitschaft verringern kann. Die COVID-19-Pandemie hat den persönlichen Austausch zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation nachhaltig

eingeschränkt und damit wichtige Übergangsfunktionen geschwächt. Hinzu kommen institutionelle Hürden wie langwierige Antragsbearbeitung, lange Wartezeiten, fehlende ganzheitliche ärztliche Einschätzungen sowie die kurze Dauer medizinischer Rehabilitationsprogramme, die eine frühzeitige Antragstellung erschweren. Auch fehlt häufig ein systematisches Feedback an die medizinische Rehabilitation über den weiteren Verlauf der Rehabilitand*innen (Wengemuth et al. 2025). Auf individueller Ebene können Diskrepanzen zwischen den Reha-Wünschen und der sozialmedizinischen Einschätzung zu Motivationsproblemen führen. Unterschiedliche Diagnosegruppen erfordern differenzierte Unterstützung: Psychische Erkrankungen beeinflussen Reha-Motivation und Frühverrentungswunsch anders als körperliche Erkrankungen; bei onkologischen Erkrankungen sind Einschränkungen oft schwerer erkennbar (ebd.). Zudem stellt die Erwartung, bereits zu Beginn ein gemeinsames Reha-Ziel zu definieren, für alle Beteiligten eine besondere Herausforderung dar (Buschmann-Steinhage 2016).

Abbruch oder Nichtbeantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sowie vorzeitiges Ausscheiden aus beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen beruhen nach dem aktuellen Forschungsstand auf einem Zusammenspiel individueller und struktureller Faktoren. Trotz überwiegend positiver Bewertung der Maßnahmen äußern viele Rehabilitand*innen pessimistische Erwerbsperspektiven, was auf Unsicherheiten beim Arbeitsmarkteintritt hinweist. Fachkräfte sehen hierfür auch fehlenden Informations- und Erfahrungsaustausch sowie unzureichende institutionelle Abstimmung zwischen den Reha-Phasen als Ursachen (Eysel 2012).

Häufige Abbruchgründe sind gesundheitliche Probleme, das Gefühl mangelnder Belastbarkeit oder Aufhebungsverträge mit Arbeitgebern. Ein niedriger Bildungsabschluss erhöht das Risiko zusätzlich. Zentrale Risikofaktoren sind depressive Symptomatik, negative Selbsteinschätzung der Gesundheit und fehlende soziale Unterstützung. Weitere Gründe umfassen finanzielle Schwierigkeiten, persönliche Krisen, kritische Lebensereignisse, psychische Dekompensation, individuelle Vulnerabilität, abweichende Lebensentwürfe, Resignation, geringe Qualifikationen und eingeschränkte Ausbildungsintegration (Burzlaff o. J.; Neumann, M., Werner, D. 2012; Kranert, H.-W-, Stein, R., Warmuth, M. 2022; Meschnig et al. 2015; Eysel 2012).

Strukturelle Defizite wie fehlende individualisierte Angebote, starre Ausbildungspläne, unpassende zeitliche Platzierung, mangelnde Ressourcenförderung, fehlendes Resilienztraining und geringe Gesundheitskompetenz – insbesondere in Selbstregulation und Organisation gesundheitsförderlicher Maßnahmen – können diese Risiken zusätzlich verstärken (Burzlaff o. J.).

3.2 Methoden: Qualitatives Forschungsdesign

3.2.1 Datenerhebung

Als Analysekorpus diente ein Datensatz, bestehend aus insgesamt 21 durchgeführten Telefoninterviews. Für die Erhebung wurde ein Leitfaden konstruiert, der in den Interviews als Orientierung für Themen und Fragestellungen diente. Die Interviews dauerten zwischen 30 und

60 Minuten und umfassten sowohl die alltäglich Arbeitspraxis, die Veränderung der Klientel, die Zusammenarbeit mit klinikinternen und -externen Akteuren.

3.2.2 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mittels einer Kombination verschiedener Auswertungsverfahren, die am ehesten mit dem integrativen Basisverfahren nach Kruse (2015) beschrieben werden kann. Zuerst erfolgte die Bildung eines zusammenhängenden Kategoriensystems, angelehnt an die Grounded Theory Methodology nach Strauss & Corbin (1996). Die Transkripte wurden dafür zuerst intensiv gelesen, in Sinnabschnitte eingeteilt und anschließend fallintern und -extern verglichen. Das Ergebnis dieses Vergleichs war eine analytische Abstraktion – eine Kategorie, die einen spezifischen Sinnzusammenhang repräsentiert. Die so gebildeten Kategorien wurden im Anschluss dahingehend geprüft, inwiefern diese zusammenhängen, also welche Ursachen, Folgen, Kontextbedingungen und Praktiken sich daraus für die Befragten ergeben. Durch dieses Vorgehen waren wir in der Lage, verschiedene Figurationen – Netze – von zusammenhängenden Phänomenen herauszuarbeiten und so die Involviertheit dieser Akteure in der Prozesskette zu entschlüsseln.

In einem zweiten Schritt wurden die Handlungsorientierungen der Sozialdienstmitarbeitenden und ansatzweise deren Genese in den analytischen Fokus gerückt. Hierzu unterzogen wir ausgewählte narrative Passagen einer rekonstruktiven Forschungslogik (Ohlbrecht 2013). In diesem Arbeitsschritt ging es weniger darum, die Prozesskette in ihrem Handlungsablauf zu verstehen, sondern zu entschlüsseln, welche Handlungsorientierungen, sich im Rahmen der gesellschaftlichen wie organisationalen Rahmen herausgebildet haben und die Praxis der Sozialdienstmitarbeitenden prägen. Das Ergebnis dieses zweiten Analyseschrittes waren spezifische Handlungsorientierungen, die wir anschließend in die Konfiguration der Kategorien des ersten Arbeitsschrittes integrierten.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Der Arbeitsalltag: Zwischen Routine, Vielseitigkeit und Verantwortung

Ein Großteil der von uns Befragten Sozialdienstmitarbeitenden ist seit über 10 Jahren im Bereich der Rehabilitation beschäftigt und manche sogar seit 1990. Die Professionellen blicken daher mit einem reichen Erfahrungsschatz und einer entsprechenden Entwicklungssensibilität auf den Prozessabschnitt, für den sie im Rahmen der beruflichen Rehabilitation die Mitverantwortung tragen.

Von allen Befragten wurde berichtet, dass der Arbeitsalltag einerseits durch eine gewisse Routinehaftigkeit geprägt ist. *„Immer im gleichen Rhythmus eigentlich“* (Frau M.: 12). So beschreibt zum Beispiel eine Sozialdienstmitarbeitende das Erledigen der wöchentlichen Aufgaben. Diese Aufgaben müssen wiederum zum Teil in einem vorgegebenen Zeitrahmen bewältigt werden. Für eine Einzelfallberatung gaben beispielsweise mehrere Professionelle für einen Fall an, etwa 30 Minuten Zeit zu haben.

Andererseits empfinden die Mitarbeitenden des Sozialdienstes ihren Arbeitsalltag nicht als monoton, sondern als vielseitig und anspruchsvoll. Sie beraten Patient*innen in Einzel- und Gruppensettings, bieten offene Sprechstunden an, nehmen an Teamtreffen teil und übernehmen vielfältige bürokratische sowie organisatorische Aufgaben. Die wahrgenommene Abwechslung ergibt sich trotz routinierter Abläufe vor allem daraus, dass sie mit Menschen arbeiten, die ganz unterschiedliche Problemlagen und Bedürfnisse mitbringen und deren Bewältigung sie begleiten.

> *„Das kann von Fall zu Fall natürlich auch unterschiedlich sein, also wir reden ja hier nicht von Maschinen oder von Stücken, sondern wir reden ja hier von Menschen“* (Herr S.: 126f.).

Der zentrale Arbeitsgegenstand der Sozialdienstmitarbeitenden – der Mensch als subjektiver Faktor – wird hier von den Professionellen bewusst in maximalem Kontrast zur Maschine als Arbeitsobjekt gestellt. Während Probleme bei Maschinen, so konstruiert er es in diesem Ankerzitat implizit, rational und in der Regel standardisiert behoben werden können und damit auch die Handlungslogik der Arbeitenden selbst prägen, wird der Mensch als Arbeitsgegenstand als ein komplexer, erst einmal zu durchdringender, eigensinniger und moralisch aufgeladener verstanden, woraus sich ein anderer Arbeitsmodus für den Sozialdienstmitarbeitenden ergibt.

Diese unterschiedlichen Bedarfe und Problemlagen erleben die Professionellen in aller Regel jedoch nicht als grundsätzliche Herausforderung, sondern als Abwechselung die ihnen eine Resonanz im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit ermöglicht. *„Jeder Tag ist ein bisschen unterschiedlich“* (Frau Z.: 3), formulierte beispielsweise eine Befragte. Die Routinehaftigkeit einerseits und die Abwechslung durch unterschiedliche Fälle andererseits sind zwei Seiten derselben Medaille im Arbeitsalltag der Sozialdienstmitarbeitenden.

Die anfallenden Aufgaben müssen zugleich selbstständig geplant und durchgeführt werden, was ein hohes Maß an Eigenverantwortung und individueller Arbeitsorganisation erfordert. Hinzu kommt, dass die Sozialarbeitenden in multiprofessionellen Teams tätig sind, auf die wir explizit als Praxisphänomen im kommenden Abschnitt eingehen. Eigenverantwortung und Kooperation werden somit zu weiteren maßgeblichen Charakteristika des Arbeitsalltags.

Zu guter Letzt merkten mehrere Sozialdienstmitarbeitenden an, dass eine Arbeitsintensivierung in den letzten Jahren zu verzeichnen ist. Laut ihnen müssen mehr Fälle intensiver aufgrund von komplexer werdenden Problemlagen (sozial als auch gesundheitlich) mit denselben zeitlichen und personellen Ressourcen betreut werden, was als Arbeitsstress erfahren wird. Die Abwechselung zwischen den einzelnen Fällen, die eigentlich eine Resonanzquelle des Arbeitsalltags darstellt, überformt sich so zu einer zusätzlichen Arbeitslast. Anders formuliert: Komplexe Fälle werden ab einem bestimmten Punkt nicht mehr als Abwechselung und damit als *Entlastung*, sondern als *Belastung* durch komplexe und intensivierte sowie zusätzliche Aufgaben verstanden.

3.3.2 Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation: Beratende, Anleitende oder Helfende des Prozesses?

Auf die Frage nach der Bedeutung der beruflichen Rehabilitation im Tätigkeitsfeld des Sozialdienstes zeigten die Befragten ein breites Antwortspektrum. Die Mehrheit konstatierte, dass die berufliche Rehabilitation eine ziemlich „*große Rolle*“ (Frau B.: 26; Frau M.: 15) im Arbeitsalltag einnimmt und für manche sogar 50 bis 70 Prozent davon umfasst. In manchen Rehabilitationskliniken gebe es sogar extra Gruppenangebote zur beruflichen Integration, die implementiert wurden und in denen explizit zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informiert und beraten wird. Auf der anderen Seite des Spektrums zeigt sich, dass die berufliche Rehabilitation nur „*Einzelfälle*“ (Frau S.: 30) in ihrer Praxis betreffe. Daher relativierten einige auch ihre Aufgaben im Kontext der beruflichen Rehabilitation stark, weil sie diese lediglich „*anleiten*“ (Herr S.: 38). Bereits hier wird deutlich, welche ambivalente Rolle die berufliche Rehabilitation im Rahmen der Tätigkeit der Sozialdienstmitarbeitenden spielt.

Unabhängig davon, mit welcher Frequenz die berufliche Rehabilitation im Arbeitsalltag der Sozialdienstmitarbeitenden stattfindet, sind genau diese Professionellen für die Beratung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig und erachten dies auch grundsätzlich als notwendig, weil die meisten Versicherten noch nie zuvor etwas von diesen Leistungen gehört haben.

Ein Teil der Sozialdienstmitarbeitenden führt die Beratung deshalb direkt beim Erstgespräch durch, andere wiederum beraten dazu erst, nachdem die sozialmedizinische Beurteilung abgeschlossen ist und es zu einer entsprechenden Empfehlung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben seitens des Arztes oder der Ärztin kam. Die Rolle der Ärzt*innen ist in diesem Prozess entscheidend, da eine Empfehlung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nur von dieser Profession formal ausgesprochen werden darf. Dazu werden zwar im Rahmen eines Teammeetings auch die anderen Professionen angehört, die souveräne Entscheidung jedoch trifft jedoch letztendlich die medizinische Profession. Die Stimme des Sozialdienstes wird hierbei zwar gehört und wird auch durchaus als wertvoller Bezugspunkt seitens der Ärzt*innen begrüßt, jedoch hat der Sozialdienst kein formal verbrieftes direktes Mitspracherecht. Man könnte hier zugespitzt von einer *Scheinpartizipation* der anderen Professionen und somit auch des Sozialdienstes sprechen. Während sich der Sozialdienst die Sorge um die subjektive Seite der Rehabilitation (zum Beispiel die Angst für lebensweltlichen Veränderungen zu nehmen) übernimmt, liegt die Entscheidungsverantwortung für die berufliche Rehabilitation bei der medizinischen Profession. Sie ist wiederum die objektive Seite des Leistungsanspruchs. Diese Sichtweise bestimmt auch maßgeblich, inwiefern es zu einer Empfehlung für eine berufliche Rehabilitation kommt. Infolgedessen kommt es teilweise zu einer Verantwortungsabgabe und Entfremdung der Sozialdienstmitarbeitenden von diesem spezifischen Aufgabenbereich der Beratung, weil „*wir da jetzt auch vom Sozialdienst nicht die Entscheider sind, sondern entscheidend ist im Endeffekt der Arzt*“ (Herr S.: 40f.), wie es ein Befrager formulierte.

> *„Und danach ist dann die Arbeit, was die LTA angeht, für uns beendet, weil wir das Ergebnis von den Sachen ja nicht mitbekommen*" (ebd.: 47f.).

Kontrastiv dazu berichten einige Sozialdienstmitarbeitenden davon, dass sie ein *„sehr großes Mitspracherecht"* (Frau W.: 103) bei der sozialmedizinischen Entscheidung haben und dass dies eine *„ganz klassische Teamentscheidung"* (ebd.: 108) ist, womit ein verstärktes Verantwortungsbewusstsein für das Thema berufliche Rehabilitation einhergeht. Manche Sozialdienstmitarbeitenden verlassen sich sogar bereits beim Erstgespräch auf ihr Erfahrungswissen und beraten unabhängig von der ärztlichen Entscheidung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *„Man hat ja ein bisschen Berufserfahrung, weiß in etwa, was wird ein LTA-Fall*" (Frau B.: 39). Hier zeigt sich eine relative Autonomie des Sozialdienstes, der als selbstbewusste Profession auftritt und auf Grundlage alltagsempirischer Bewertungsmaßstäbe eigenständig handelt.

Im Anschluss an das Erstgespräch findet dann, wenn die sozialmedizinische Entscheidung zugunsten einer Empfehlung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben getroffen wurde, eine zweite, häufig intensivere Beratung zur beruflichen Rehabilitation statt, im Rahmen dessen die Möglichkeiten für den Rehabilitanden und die Rehabilitandin vorgestellt werden. Die Berufsförderungswerke als zentrale Akteure der beruflichen Rehabilitation spielen hierbei eine ambivalente Rolle. Manche Sozialdienstmitarbeitenden thematisieren die Berufsförderungswerke auch an dieser Prozessstelle überhaupt nicht und begründen dies wie folgt:

> *„Ich vermittle jetzt nicht an ein Berufsförderungswerk oder so, ich gebe das ja nur an den Rentenversicherungsträger weiter. […] Ja, ich erkläre den Personen halt eben immer nur, dass es halt erstmal diese drei Grundfragen gibt, wo man eben erstmal überhaupt gucken muss, in welche Richtung fährt der Zug und es ist ja erstmal wichtig, um da auch ein gewisses Vertrauen bei den Patienten zu schaffen, wenn man sie nicht mit Informationen, sag ich mal, überfordert und das passiert, glaube ich, da auch sehr, sehr schnell*" (Herr S.: 163-177).

In dieser Textpassage manifestiert sich ein zentraler Aspekt, warum manche Sozialdienstmitarbeitenden die Berufsförderungswerke nicht während der Beratung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben thematisieren: Es könnte die Rehabilitand*innen überfordern oder auch falsche Hoffnung entstehen. Es wird argumentiert, dass erst die Reha-Fachberatenden auf die Berufsförderungswerk aufmerksam machen. Bei der Erstberatung wäre es noch zu früh, *„weil, wie gesagt, man weiß gar nicht, in welche Richtung es konkret laufen würde. Das wäre schön, wenn man es wüsste, wenn man da schon einen Schritt weiter wäre. Aber das ist jetzt hier für die erste Antragsstellung eigentlich noch nicht das Thema*" (Frau S.: 172-175). Eine weitere Sozialdienstmitarbeitenden kommentierte darauf bezogen pointiert:

> *„Also ich kann mir vorstellen, dass da Wünsche geweckt werden, die vielleicht nicht erfüllt werden können*" (Frau B.: 242f.).

Wir nennen dieses Phänomen *Erwartungskränkungsdilemma*. Damit bezeichnen wir Situationen, in denen Fachpersonen aus Angst vor möglichen Enttäuschungen und Kränkungen

zukünftige Erwartungen von Rehabilitand*innen gar nicht erst fördern – was paradoxerweise mögliche Teilhabechancen mindert.

Dieses Dilemma trifft allerdings keinesfalls auf alle befragten Sozialdienstmitarbeitenden zu. Andere ziehen die Berufsförderungswerke anhand von spezifischen Merkmalen der Rehabilitand*innen sehr wohl in die Beratung mit ein.

> *„Wenn es ein älterer Patient ist, wo also allenfalls eine innerbetriebliche Umsetzung oder einfach eine Eingliederungshilfe vielleicht eine Rolle spielen, da sage ich zu den Berufsförderungswerken eigentlich nicht unbedingt was“* (Frau B.: 99-101).

Bei jüngeren Versicherten, für die eine Umschulung notwendig wird, verweist Frau B. ebenfalls auf die Berufsförderungswerke. Dies gilt insbesondere dann, wenn diese Adressat*innengruppe noch nicht weiß, „was sie nun machen sollen“, um „zu schauen, was geht. Und wo liegen die eigenen Interessen und für was bin ich geeignet“ (ebd.: 105). Die Berufsförderungswerke werden also je nach Bedarf und Einschätzung des Sozialen Dienstes in die Beratung eingebracht. Jüngere Patienten bewerten die Angebote der Berufsförderungswerke dann eher als positiv, während ältere eher negativ darauf reagieren (*„was soll ich da“* (ebd.: Z. 113)). Insgesamt attestieren die Befragten eine relative Offenheit gegenüber den Berufsförderungswerken gerade für jüngere, nennt aber zugleich weitere Herausforderungen für diese Zielgruppe, wie, *„dass es in der Nähe nichts gibt oder so, dass irgendwelche familiären Dinge sind, Kinder da sind oder so, die versorgt werden müssen und wo man jetzt sagt, da kann ich einfach nicht irgendwo internatsmäßig untergebracht werden“* (ebd.: Z. 115-117). Auch das Engagement und die Motivation der Rehabilitand*innen zählen zu den spezifischen Kriterien, die manche Sozialdienstmitarbeitenden als Voraussetzung der Thematisierung der Berufsförderungswerke anführen.

> *„Also wenn jetzt jemand sehr engagiert wirkt und sagt, er möchte sich beraten lassen und er weiß, nicht, dann suchen wir auch BFW raus. Also im Netz gucken wir dann, was in der Nähe ist und sagen: schauen Sie mal, wann die Infotage haben und dann können Sie auch dorthin gehen und sich informieren. Das machen wir schon. Aber das wird dann. Also das kommt nicht so oft vor, dass wir dann P. haben, die tatsächlich nach der Reha da hingehen wollen oder können. Aber an und zu passiert das schon“* (Frau K.: 248-253).

Auch bei der Antragsstellung selbst zeigte sich ein Spektrum an unterschiedlichen Praktiken seitens der Sozialdienstmitarbeitenden. Einige berichtete davon, dass sie direkt beim Ausfüllen der Anträge direkt unterstützen:

> *„Da unterstütze ich dann vielleicht auch nochmal. Wenn aber jemand sich ganz, ganz unsicher ist und die Zeit da ist, dann helfe ich auch schon mal dabei. Aber mir ist immer wichtig, dass die Patienten das selbst ausfüllen. Also ich unterstütze wirklich nur beratend“* (Frau M.: 186-188).

Hier zeigt sich die klassisch sozialarbeiterische Haltung der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘. Patient*innen, die einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen, werden in der Regel

beratend unterstützt; die Antragstellung selbst wird ihnen jedoch nicht abgenommen. Andere berichten hingegen, dass sie den Antrag lediglich aushändigen und die Patient*innen ihn vollständig ohne Beratung ausfüllen lassen, da es der Rentenversicherung ausreiche, *„wenn das eher etwas, sag ich mal, grober ausgefüllt wird*“ (Herr S.: 63f.). Nochmals andere unterstützen weitaus intensiver und haben sogar ein eigenes Postfach für die Anträge zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingerichtet *„und dann können dann eben den Antrag des Rehabilitanden die Anträge an die jeweilige Kostenstelle weiterleiten, wenn er das möchte“* (Frau W.: 125f.). Hier finden eine viel stärkere Verantwortungsübernahme, institutionelle Informationsweitergabe und Verzahnung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation statt.

Das Wissen über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erwerben die Professionellen entweder durch Selbstaneignung oder im Rahmen von Vorträgen und Weiterbildungen, die zu diesem Thema angeboten werden. Erstaunlich ist, dass die Berufsförderungswerke dabei nur eine untergeordnete Rolle spielen:

> *„Jetzt nicht genau zu den Berufsförderungswerken […] also es wird informiert, dass auch Umschulungen unter anderem in Berufsförderungswerken stattfinden können, aber es wird nicht direkt auf die Berufsförderungswerke eingegangen. Dazu gibt es keine Informationen hier für die Patienten*“ (Frau B.: 219-222).

Insgesamt wurde im Datenmaterial zu den Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation der Sozialdienstmitarbeitenden ein weiterer zentraler neuralgischer Punkt deutlich: Die Berufsförderungswerke spielen in der beratenden Praxis der Sozialdienstmitarbeitenden generell keine primäre Rolle. Dies zeigte sich auch daran, dass die Befragten in den Interviews erst auf Nachfrage auf die Berufsförderungswerke zu sprechen kamen. An dieser Stelle lässt sich kritisch hinterfragen, inwiefern der Sozialdienst die von der Rentenversicherung vorgesehene Aufgabe überhaupt wahrnimmt, weitere Möglichkeiten der beruflichen Reintegration anzuregen, wenn die Berufsförderungswerke als zentrale Akteure der beruflichen Rehabilitation ausgespart bleiben. Wäre es nicht erforderlich, diese Akteure zumindest namentlich und hinsichtlich ihrer Angebote zu berücksichtigen?

Um neben dem *Erwartungskränkungsdilemma* weitere die Ursachen zu erklären, warum die Berufsförderungswerke nur eine so geringe Rolle im Beratungsprozess spielen, ist es hilfreich, die strukturellen und organisationsbezogenen Veränderungen des Arbeitsfeldes des Sozialdienstes sowie die veränderte Klientel in die Analyse miteinzubeziehen.

3.3.3 Das Klientel: Fehlendes Wissen, Unsicherheiten und zum Teil geringe Motivation

Wie wir bereits erwähnt haben, ist ein relevanter Aspekt des Tätigkeitsfeldes der Sozialdienstmitarbeitenden die Klientel. Folgende Merkmale kennzeichnen einen überwiegenden Teil der Rehabilitand*innen laut der Erfahrungen der Sozialdienstmitarbeitenden.

Erstens besteht ein grundlegender Informationsrückstand zum Thema berufliche Rehabilitation, der verhindert, dass Versicherte die notwendige Unterstützung suchen und erhalten können. Hier kann der Sozialdienst, wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, eine bedeutende und aufklärende Funktion übernehmen und diese Lücke kompensieren oder gar potenzieren. Letzteres geschieht dann, wenn die Sozialdienstmitarbeitenden nicht explizit über die Angebote und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren.

Hinzu kommt **zweitens**, dass selbst wenn Klient*innen von den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wissen, diese oft durch die komplizierte Antragsstellung abgeschreckt werden. Wie Frau B. beschreibt, verstehen viele Patient*innen nicht, welche Dokumente benötigt werden und was überhaupt von ihnen verlangt wird. Diese Komplexität führt dazu, dass es potenzielle Leistungsnehmende die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch zu nehmen.

> *„Es sind ganz viele Patienten, die auch überhaupt eine Antragstellung scheuen. (.) Also selbst wenn es um ihr Geld geht, sprich dieses Übergangsgeld, das ist überhaupt nicht viel, was da auszufüllen ist. Aber die kommen mit den Dokumenten hier an und sagen, ich verstehe nicht, was man hier von mir will. Es ist wirklich nicht schwierig. Aber die möchten sich, glaube ich, mit Anträgen überhaupt nicht auseinandersetzen*“ (Frau B.: 90-95).

Nur ungefähr 5 Prozent der Rehabilitand*innen erhalten laut den Aussagen der Befragten eine LTA-Empfehlung und schätzungsweise nur die Hälfte davon stellt einen Antrag, *„weil sie sich erst einmal im Klaren sein müssen, ob sie das überhaupt wollen. Viele wollen erst einmal mit dem Arbeitgeber sprechen. Das ist ganz oft der Grund“* (ebd.: 314-317).

Die Arbeitgebenden nehmen laut den Erfahrungen der Sozialdienstmitarbeitenden bei dieser Unsicherheit eine zentrale Rolle ein: Nicht selten würden die Rehabilitand*innen eine innerbetriebliche Umsetzung präferieren, *„wenn der Arbeitgeber dafür offen ist“* (Frau K.: 157f.). Welche Rolle die klassische Umschulung und Qualifizierung spielt, die auch im Rahmen der Leistungsangebote der Berufsförderungswerke anboten werden, ist damit auch davon abhängig, inwiefern der Arbeitgebende für eine innerbetriebliche Umsetzung offen ist.

Genau an dieser Prozessstelle wurde ein weiterer neuralgischer Punkt deutlich, warum potenziell Anspruchsberechtigte keinen Antrag stellen: Viele Adressat*innen hätten Angst, dass die Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu ihrer Entlassung führen könnte, insbesondere wenn der oder die Arbeitgebende nicht ausreichend über die Vorteile und die Prozesse informiert ist. Neben dem *Erwartungskränkungsdilemma* und dem geringen Informationsstand zur beruflichen Rehabilitation zeigt sich hier ein *Unsicherheitsdilemma*. Durch das fehlende Wissen und die Sorge um einen potenziellen Arbeitsplatzverlust findet erst recht keine Auseinandersetzung mit dem Thema der beruflichen Rehabilitation und den möglichen Teilhabechancen auf Seiten der Versicherten auseinander.

Ein Fallmanagement, das unterstützend eingreifen könnte, wird, wenn vorhanden kaum von den Versicherten genutzt oder überhaupt angeboten. Entscheidend ist daher auch, wie die Arbeitgebenden mit dem Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umgehen und über wie viel Wissen sie verfügen. Angesicht unserer Erkenntnisse aus der Analyse der Arbeitgebenden lässt sich hier bereits daraus schließen, dass das fehlende Wissen von Arbeitgebenden in Kombination mit der Sorge um Entlassungen ein zentraler Grund sein kann, warum Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Anspruchsberechtigung nicht beantragt werden, obwohl die Arbeitgebenden das Unsicherheitsdilemma ein Stück weit auflösen könnten, indem sie erkrankte Mitarbeitende über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren und Sicherheit auch im Hinblick auf den Arbeitsplatz vermitteln.

Drittens wird als ein großes Hindernis die fehlende Motivation der Klientel angeführt, die sich oft aus einem Rentenbegehren oder allgemeiner Angst vor Veränderungen ergibt. Diese fehlende Motivation stellt verbunden mit den komplexeren Problemlagen und multiplen Erkrankungen, insbesondere auch hinsichtlich der F-Diagnosen, eine Herausforderung dar. Komplexe gesundheitliche und soziale Problemlagen würden häufig, so die befragten Sozialdienstmitarbeitenden, die Leistungsfähigkeit der Klient*innen im Laufe der Zeit senken. Zusammen mit fehlender Veränderungsbereitschaft oder unzureichender Information über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) mindert dies ihre Teilnahmechancen an einer LTA und damit ihre Teilhabechancen erheblich.

Viertens spielen Faktoren wie Alter, Angst vor Veränderungen, familiäre Umstände wie Kinderbetreuung oder der Wohnort eine entscheiden Rolle dabei, ob und wie Klient*innen Veränderungen anstreben. So zeigen laut den Sozialdienstmitarbeitenden vor allem häufig ältere Personen eine ausgeprägte Präferenz zum Erhalt des Status quo.

Fünftens ist auch entscheidend, inwiefern das Klientel bereits in der Vergangenheit Erfahrungen mit der beruflichen Rehabilitation gemacht hat. Einige Klient*innen haben in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit LTA gemacht, welche ihre Bereitschaft mindern, erneut Unterstützung zu suchen. Diese Erfahrungen können das Vertrauen in das System nachhaltig schädigen.

3.3.4 Die einseitige Scharnierfunktion: hohe intrainstitutionelle, aber geringe interinstitutionelle Kooperation

Fallübergreifend lässt sich konstatieren, dass der Sozialdienst in den Rehabilitationskliniken eine funktionale Rolle einnimmt, die von einer ambivalenten Prozessstruktur gekennzeichnet ist. Die Professionellen vermitteln zwischen verschiedenen Akteuren *innerhalb* der Rehabilitationsklinik und bilden insofern eine Schnittstelle zwischen diesen verschiedenen Akteuren wie beispielsweise Ärzt*innen und dem psychologischen Dienst. Diese Kooperation wird von einem Großteil der befragten Sozialdienstmitarbeitenden allerdings nur *innerhalb* des organisationalen Rahmens – der Rehabilitationsklinik – vollzogen, weshalb wir hier von einer intrainstitutionellen Zusammenarbeit sprechen. Diese interne Zusammenarbeit ist von einer

ausgeprägten Kooperationsbereitschaft geprägt, wobei Aspekte wie Teamarbeit und Kollegialität hervorgehoben werden. Andererseits endet diese kooperative Begleitung durch die Sozialdienstmitarbeitenden mit dem Verlassen des Versicherten aus der Rehabilitationsklinik. Der weitere Weg der beruflichen Rehabilitation ist für viele der befragten Sozialdienstmitarbeitenden eine *„Nebelwand“*, wie wir es bezeichnen. Sie wissen nicht, wie es nach der Zeit in der Rehabilitationsklinik für die Versicherten weitergeht, also ob der ehemalige Patient oder die ehemalige Patientin wirklich in Kontakt mit dem Reha-Fachberatenden getreten ist, ob er ohne weitere Maßnahme gegebenenfalls wieder zurück an seinen alten Arbeitsplatz gekehrt ist oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beansprucht hat.

Angesichts der fallübergreifenden Erfahrung dieser Nebelwand lässt sich erneut kritisch danach fragen, inwiefern der Sozialdienst überhaupt in der Lage ist, Nachsorgemöglichkeiten anzuregen und somit explizite Wege der beruflichen Rehabilitation aufzuzeigen. Es ist bemerkenswert, wie sich auch die Professionellen selbst als bedarfsorientierte *„Mittler“* (Herr S.: 80) zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation betrachten, jedoch ohne direkte Vermittlungsmöglichkeiten. Es ist aus Sicht der Befragten eine Vermittlung ins Ungewisse, eine unkonkrete Vermittlung. Wobei unklar bleibt, ob es Verlaufsstatistiken o.ä. Datenmanagement gibt, welches zumindest auf dieser Ebene den Sozialdienstmitarbeitenden Feedbackschleifen zu ihrer Beratungstätigkeit mit Bezug zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen würde.

Die bereits länger tätigen Sozialdienstmitarbeitenden kritisieren selbst diese Ungewissheit und dass damit verbundene Ende ihres Prozesswissens nach der Entlassung der Patient*innen. Sie erinnern sich in diesem Zusammenhang häufig positiv an die Zeit zurück, als die Reha-Fachberatenden noch in die Rehabilitationskliniken kamen und vor Ort zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben berieten. Dieser Kontakt sei die *„Hauptschnittstelle“* (Frau S.: 282) gewesen, die – so die Einschätzung der Befragten – aufgrund der Einsparungen seitens der Kostenträger der Deutschen Rentenversicherung und der Stärkung des Wunsch- und Wahlrechtes der Versicherten im Rahmen des Trios-Gesetzes und den damit verbundenen bundesweiten Möglichkeiten der Wahl der Rehabilitationsklinik weggebrochen ist.

> *„Ich hatte vor Kurzem bei der Rentenversicherung nachgefragt, ob man das nicht auch hier im Haus wieder anbieten könnte, aber das wurde abgelehnt“* (ebd.: 279ff.).

Um zu erfahren, wie es für die Patient*innen weitergeht, haben manchen Sozialdienstmitarbeitenden eigene Kanäle zu den Reha-Fachberatenden hergestellt und melden sich bei diesen, wenn sie erfahren, dass sich noch niemand von den Kostenträgern bei den Patient*innen gemeldet hat.

> *„Sonst würden wir nie erfahren, was daraus wird“* (Frau B.: 170).

Diese Informationsbeschaffung und das Nachbegleitung der Versicherten durch den Sozialdienst folgt jedoch keiner institutionalisierten Rahmung, sondern basiert, wenn es umgesetzt

wird, auf dem Engagement des Professionellen. Hier bildete sich nach der top-down-gesetzten Arbeitsteilung zwischen den Sozialdienstmitarbeitenden und den Kostenträgern eine organische, kooperative Arbeitsteilung von unten aus, mit der versucht wird, Sollbruchstellen zumindest ansatzweise wieder aufzuheben. Die fehlenden Informationen werden insofern zu einem Drop-Out-Risiko, weil eine gezielte Nachsorge seitens der Sozialdienstmitarbeitenden, selbst wenn sie gewollt ist, aufgrund struktureller Bedingungen nicht mehr umgesetzt werden kann.

Auch mit den Reha-Fachberatenden der Kostenträger gebe es laut den Sozialdienstmitarbeitenden nahezu keinen Kontakt mehr. Sie berichten davon, dass es früher regelmäßig Kontakt zu diesen Fachkräften gegeben hätte. Auf die Frage, wer jetzt die Beratung übernimmt, antwortet eine andere: „*Jetzt machts der Sozialarbeiter. Also wir machen das jetzt*“ (Frau B.: 138). Sie berichtet retrospektiv, dass die Reha-Fachberatenden früher alle 14 Tage in der Klinik waren und „*sogar den Bescheid* [für eine LTA] *bereits erteilen durfte*“ (ebd.: 144). Das sei „*ein richtiger Gewinn*“ (ebd.: 145) für die Patient*innen gewesen, da die persönliche Beratung sowohl Sicherheit im Prozessablauf als auch Motivation vermittelt habe und dadurch weitere Schritte in Richtung beruflicher Rehabilitation eingeleitet werden konnten.

Dass die Reha-Fachberatenden nicht in die Rehabilitationskliniken fahren und vor Ort für die Patient*innen ansprechbar sind, wird weniger aus der Perspektive der Informationsbeschaffung kritisiert als aus der Perspektive der rechtlichen Anerkennung und Sicherheit der Patient*innen, wie es nach einer medizinischen Rehabilitation weitergeht. Schließlich führt diese räumliche Trennung der Rehabilitationsklinik und der Reha-Fachberatenden auch nicht selten zu langen Wartezeiten für die Versicherten. Diese Verzögerungen können den Übergangsprozess behindern und zur Frustration bei den Rehabilitand*innen führen, da notwendige Unterstützung erst spät oder gar nicht greift.

Dies hat wiederum auch Auswirkungen auf eine potenzielle Kooperation mit den Berufsförderungswerken. So berichtet eine andere Sozialdienstmitarbeiterin:

> „*Ich kann jetzt schlecht jemanden ins Berufsförderungswerk schicken bzw. irgendwelche Terminlichkeiten ausmachen, wenn es noch keinen Bescheid der Rentenversicherung gibt, der sagt, wir übernehmen die LTA*“ (Frau B.: 189-191).

Die Unsicherheiten darüber, ob überhaupt eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben objektiv möglich ist, hängt von der Entscheidung der Reha-Fachberatenden ab. Die Prozesskette muss also eingehalten werden, da ansonsten Leistungen und Akteure empfohlen werden, bevor ein Anspruch auf diese besteht. Die Prozesskette und insofern das *Erwartungskränkungsdilemma* und die *Nebelwand* werden somit auch zu Beratungsunsicherheiten der Sozialdienstmitarbeitenden.

3.3.5 Taylorisierung der Arbeitsverhältnisse und des Rehabilitationsprozesses

Der institutionelle Rahmen, innerhalb dessen die Sozialdienstmitarbeitenden in der beruflichen Rehabilitation arbeiten und den sie zum Teil auch kritisieren, weist bemerkenswerte

Parallelen zu den Prinzipien der Taylorisierung der Produktion auf, die ihren Höhepunkt in den 1950er und 1960er Jahren fand. Der Namensgeber William Frederick Taylor war ein US-amerikanischer Ingenieur, der im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert das Konzept des Taylorismus entwickelte. Dieses arbeitsorganisatorische Modell zielte darauf ab, die Effizienz und Produktivität von Arbeitsprozessen zu steigern, indem die individuelle Arbeitsleistung optimiert und maximiert wurde (Moldaschl 2018). Der Taylorismus zeichnete sich durch mehrere Charakteristika aus: Zunächst wurde eine „Bestenauslese" bei der Personalrekrutierung praktiziert, um die geeignetsten Individuen für spezifische Aufgaben zu bestimmen. Weiterhin wurden systematische Arbeitszeitstudien durchgeführt, um die ideale Dauer für jede einzelne Aufgabe zu ermitteln. Die Arbeitstätigkeiten wurden in kleine, klar definierte Schritte aufgeteilt, was zu einer hoch arbeitsteiligen Arbeitsweise führte. Diese Zerlegung und anschließende Wiederzusammenführung von Arbeitsschritten soll die Effizienz steigern und die Produktionsabläufe verbessern. Wie Schmidt (2023) beschreibt, beruhen diese Prozessinnovationen auf der Annahme, dass eine solche Art der Kooperation nicht durch individuelle Initiativen, sondern durch bürokratische Organisation und wissenschaftliche Betriebsführung erzeugt wird.

Kritiker des Taylorismus bemängeln, dass diese Form der Arbeitsorganisation zur Entfremdung des Menschen von der Arbeitstätigkeit führen kann. Die strikte Trennung von Denken und Ausführen, bei der das Management die Arbeitsschritte planen und Maschinen die Abläufe vorgeben, während die ausführenden Arbeitskräfte lediglich den Anweisungen folgen, führt dazu, dass die wechselseitige Abstimmung auf Mikroebene überflüssig wird (Dunkel & Weihrich 2018: 203f.). Diese Top-down-Perspektive kann somit das Gefühl der Autonomie und der Zufriedenheit der Arbeitnehmenden mindern.

Im Bereich der Sozialen Arbeit lässt sich feststellen, dass der Taylorismus, wenn auch mit einer Verzögerung von mehreren Jahrzehnten, Einzug in den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen gehalten hat (Anhorn et al. 2012: 1). Diese Entwicklung und die professionstheoretische Kritik daran, zeigt sich exemplarisch in der Heidelberger Erklärung des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit, worin die eine zunehmende „Taylorisierung" der Sozialen Arbeit angeprangert wird (DBSH 2012). Zentraler Kritikpunkt hierbei war die Aufspaltung der Sozialen Arbeit in normativ definierte Aufgaben, wodurch die Tätigkeitsfelder in beschreibbare und berechenbare Einheiten segmentiert wurden.

Diese Segmentierung manifestiert sich auch in der Sprache und den Konzepten, die in der Sozialen Arbeit Anwendung finden. Begriffe wie „passgenaue Dienstleistungen“ und „Case-Management“ spiegeln eine Orientierung an Effizienz und Standardisierung wider, die dem tayloristischen Modell entlehnt sind. Die Rolle der Klient*innen verändert sich dadurch ebenfalls fundamental: Der Klient oder die Klientin wird mehr und mehr als Kunde gesehen, der einzelne, klar definierte Dienstleistungen in Anspruch nimmt, während seine Problemlagen eher

„gemanagt“ als betreut werden. Dieses Vorgehen führt dazu, dass viele Klient*innen nicht ausreichend berücksichtigt werden, wie der DBSH 2012 kritisiert.

Im Kontext der beruflichen Rehabilitation ist es entscheidend, diese Überlegungen einzubeziehen, um die möglichen Auswirkungen auf Arbeitsklima und Mitarbeitendenmotivation zu verstehen. Dabei gilt es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Effizienzsteigerung und Orientierung an menschlichen Bedürfnissen zu wahren, um die soziale und berufliche Eingliederung der Rehabilitand*innen bestmöglich zu fördern.

Auch in der beruflichen Rehabilitation ist eine inter- und intrainstitutionelle Zerstückelung des Arbeitsprozesses zu beobachten, die auch als eine *doppelte Taylorisierung* beschrieben werden kann. Auf der interinstitutionellen Ebene äußert sich dies in der engen zeitlichen Taktung der Aufgaben – beispielsweise in der Planung von nur 30 Minuten pro Patient*in oder Klient*in, um die Fallzahlen zu maximieren. Die Arbeitsorganisation ist stark strukturiert und arbeitsteilig angelegt, oft in multiprofessionellen Teams, wobei die Arbeitsweise zwar selbstständig, jedoch repetitiv ist. Der Fokus liegt dabei ausschließlich auf den klinischen Angeboten, Einzelfallhilfen und Gruppenangeboten, während Methoden der Gemeinwesenarbeit vernachlässigt werden. Hierbei wird Fallmanagement als „neuer" Akteur in der arbeitsteiligen Prozesskette integriert, was die Zerteilung der Arbeitsprozesse potenziell weiter verstärkt werden kann.

Auf der intrainstitutionellen Ebene zeigt sich diese Top-Down-Arbeitsteilung auch in der Fragmentierung der Informationsarbeit. So kritisieren zum Beispiel auch die Sozialdienstmitarbeitenden die zerstückelte und unverbundene Kampagnenarbeit, insbesondere durch Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation (wie die Berufsförderungswerke). Man kann hier von einem Flickenteppich sprechen, in deren Folge ein Mangel an kohärenter und umfassender Informationsvermittlung über die Vorteile und den Prozess der beruflichen Rehabilitation entsteht.

3.3.6 Zwei diametrale Handlungslogiken: technokratische Sozialverwaltung oder lebensweltliche Sozialaltruismus

Um den Prozess der beruflichen Rehabilitation dieses Teilakteurs in der Institution der Rehabilitationsklinik zu verstehen, wurde der Fokus nicht nur abstrakt auf die allgemeine Rolle des Sozialen Dienstes, sondern auch auf die konkrete Praxis der Professionellen gerichtet. Die prozessanalytische Annahme dahinter lautet ganz im Sinne der praxeologischen Wissenssoziologie, dass sich in der Praxis ein organisationaler Rahmen inklusive gewisser normativen Anforderungen herausbildet, der aus den organisationsspezifischen als auch überorganisationalen Normen besteht und in dem die Professionelle ihr Praxis vollziehen (Bohnsack 2021).

Mit dem Fokus auf diese Praxis konnten fallübergreifend zwei professionelle Handlungslogiken der Mitarbeitenden des Sozialdienstes herausgearbeitet werden, die wiederum maßgeblich auch die Kooperation und Vernetzung mit externen Akteuren wie den Berufsförderungswerken bestimmen und teilweise aus ihr selbst entspringen. Einerseits konnten wir eine

professionelle Handlungslogik rekonstruieren, die wir als *technokratische Sozialverwaltung* bezeichnen. Dieses Selbstbild ist typischerweise dadurch gekennzeichnet, dass es sich maßgeblich an einer naturwissenschaftlichen und insofern einer rationalisierten, bürokratisierten und formalen Praxis orientiert.

> *„Wir im Sozialdienst sind da eben vorrangig für das Entlassmanagement zuständig. Das heißt, wir gucken eben, was muss alles geregelt werden für die Patienten für nach der Entlassung, für zu Hause. (.) Das ist sehr unterschiedlich*“ (Frau S.: 4-6).

Als Blaupause für diese Logik gilt die medizinische Perspektive der naturwissenschaftlichen Professionen in den Reha-Kliniken. Trotz der etablierten Teamarbeit, der kollegialen multiprofessionellen Beratung, an der die Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes genauso beteiligt sind wie die anderen Professionen, herrscht eine Hegemonie der ärztlichen und somit der medizinischen Entscheidungen (siehe Kapitel 3.2).

> *„Na ja, ich sag mal, wir können das Ganze nur anleiten. Wie es dann im Endeffekt mit der LTA weitergeht, das erfahren wir ja in dem Sinne nicht. Sondern wir machen halt den ersten Schritt dafür, wir empfehlen das den Leuten, wo wir das möglicherweise für notwendig halten, wobei natürlich wir da jetzt auch vom Sozialdienst nicht die Entscheider sind, sondern entscheidend ist im Endeffekt der Arzt. Wenn man schon so ein bisschen den Eindruck hat, dann kann man natürlich dem Patienten schon mal die Fragebögen dafür mitgeben und dann bespricht man das im Team. Und wenn man eine entsprechende, ja, schwierigere soziale Lage hat, so nennen die Ärzte das, dann macht das natürlich Sinn und die Ärzte entscheiden dann auch und sagen, da machen wir eine LTA-Maßnahme oder da machen wir keine*“ (Herr S.: 38-46).

Die Handlungslogik der *technokratischen Sozialverwaltung* knüpft genau an diese Perspektive an und macht sie sich zu eigen. Die arbeitsteilige Logik und das damit verbundene medizinische Verständnis werden verinnerlicht und die Fachkräfte arrangieren sich mit dieser Logik, indem sie die eigene Rolle innerhalb des arbeitsteiligen Gefüges anerkennen und akzeptieren. Dies führt zu einer professionellen Haltung, bei dem ein eher instrumentelles – und damit entfremdetes – Verhältnis zur eigenen Tätigkeit entwickelt wird. Die professionelle Identität wird somit stark durch die Position innerhalb der Struktur der Rehabilitationsklinik geprägt. Die Rolle als Verwaltungsakteur wird funktionalisiert und trägt dazu bei, den Status quo zu bewahren und die bestehende Organisationslogik zu legitimieren. Diese Mitarbeitenden des Sozialen Dienstes adaptieren insofern die medizinische Logik und implementieren diese in die eigene Praxis. Ähnlich arbeiteten es auch andere bspw. im Kontext der sozialpädagogischen Orientierung und der institutionellen Rahmung heraus (Hanses 2011: 65).

Der zweite Handlungslogik besteht demgegenüber aus einer stärkeren lebensweltlichen Orientierung. Die Sozialdienstmitarbeitenden, die sich daran orientieren, zeichnen sich durch einen starken „Fürsorgeethos“ aus. Sie verstehen sich genuin als Sozialarbeitende respektive Sozialpädagog*innen und grenzen sich von der durchrationalisierten naturwissenschaftlichen

Perspektive der Mediziner*innen und Psycholog*innen aktiv ab. Wir sprechen daher von der Handlungslogik des *lebensweltlichen Sozialaltruismus*.

> *„Also die Aufgabe erlebe ich eigentlich vor allem, dass wir die Patienten dabei unterstützen, ihren Weg ein bisschen neu zu gestalten, neu zu finden, ein bisschen Sicherheit zu geben, weil einfach viele Patienten zu uns kommen und einfach nicht überhaupt keine Ahnung haben, wie kann es weitergehen, weil für viele, die einen bestimmten Beruf gelernt haben und vielleicht auch die letzten Jahre oder auch Jahrzehnte nur in diesem Beruf waren, die können sich gar nicht vorstellen, irgendwas daran zu verändern und da einfach so ein bisschen die Sicherheit zu schaffen, dass sie Unterstützung bekommen, was Neues machen zu können oder eben auch einfach mal eine Perspektive aufzuzeigen, weil für viele das Ganze ziemlich aussichtslos in der Situation dann ist, weil dann viele das Gefühl haben, wenn ich das nicht mehr machen kann, dann bin ich auch weniger wert, weil ich meiner Tätigkeit nicht mehr nachkommen kann und deswegen, ja, versuchen wir da auch einfach ein bisschen zu ermutigen, auch neue Wege gehen zu können und natürlich auch das organisatorische, also bei Anträgen Unterstützung leisten oder eben diesen ganzen Prozess auch erstmal erläutern und auch so ein bisschen den Weg finden zwischen den Institutionen*“ (Frau M.: 27-39).

Dreh- und Angelpunkt dieser Praxis ist der Bedarf der Patient*innen, dem sie sich vielfältig, engagiert und eigenverantwortlich zuwenden und auch über den geforderten Status Quo hinaus tätig werden.

> *„Mitunter telefonieren wir auch mit den Nachsorgeeinrichtungen und dann haben die auch was für hinterher“* (Frau K.: 9f.).

Sie motivieren die Patient*innen zur weiteren Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und empowern diese regelrecht im Rahmen ihrer Möglichkeiten. So berichten bspw. eine Sozialdienstmitarbeitende davon, dass sie ihre Patient*innen auch dann motiviert, einen beruflichen Wechsel zu vollziehen, wenn er oder sie keinen Anspruch auf eine LTA hat, *„weil irgendein Hintergrund hat das Ganze ja, und eine Reha soll ja dazu beitragen, dass es den Patienten wieder besser geht und dass die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt wird“* (Frau M.: 166-168).

Mit der tayloristischen Zerstückelung des Arbeitsprozesses geben sich die Professionellen, die dieser Logik folgen sollen, nicht zufrieden. Sie suchen aktiv nach Möglichkeiten, die Zersplitterung der Arbeit zu überwinden und die Versorgung der Klient*innen ganzheitlich zu verbessern. Dazu gehört sowohl die eigenständige Suche nach externen Nachsorgemöglichkeiten als auch das Einfordern von Mitgestaltungsmöglichkeiten innerhalb der medizinischen Rehabilitation der Klinik. Ihr Vorgehen orientiert sich an den professionstheoretischen Normen kooperativen Handelns, das Ganzheitlichkeit und Vernetzung in der Sozialen Arbeit betont. Ziel dieser kooperativen Sozialarbeit ist es, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken und die Unterstützung der Klient*innen umfassend zu gestalten, indem die unterschiedlichen Akteure besser vernetzt und integriert werden. Eine Sozialdienstmitarbeitende berichtet

beispielsweise davon, dass sie bei sich in der Rehabilitationsklinik extra eine spezifische Nachsorge etabliert haben:

> *„Also wir haben so eine Nachsorge, dass wir verschiedene Patienten, nicht alle, das würde wir nicht schaffen, aber ein paar Patienten auch anrufen, gerade wenn es um LTA geht und fragen, hat sich jemand gemeldet? Sie sie weiter vorangekommen in ihrem Plan? Aber ganz ehrlich: Unser Arbeitspensum hat sich gewaltig erhöht und so haben wir nicht mehr so vielen Nachsorgeanrufe, die wir machen. Aber früher haben wir sehr genau mitbekommen, wenn jemand überhaupt nichts mehr von der DRV gehört hat“* (Frau K.: 55-60).

Für diese Nachsorge lassen sie sich direkt eine Einverständniserklärung unterschreiben, wenn die Patient*innen eine Empfehlung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder stufenweise Wiedereingliederung erhalten.

> *„Da sind die in der Regel auch sehr begeistert von und dann haben wir eben festgelegt, dass wir also anrufen bei LTA und bei stufenweiser Wiedereingliederung. […] So und wenn die uns dann Rückmeldung geben, da hat sich noch keiner gemeldet, dann schreiben wir eine E-Mail an die DRV und schreiben, was da los ist oder rufen da an. Wir haben auch noch die Kontakte zu denen [Reha-Fachberatenden], die uns früher besucht haben und dann geben wir denen Rückmeldung, dass da eben noch nichts passiert ist, ob die sich kümmern können und dann hat das schon, also wenn man da dran bleibt, tatsächlich auch Früchte getragen“* (ebd.: 65-72).

Es zeigt sich also auch hier wieder, dass die Rehakliniken teilweise selber auf die *Nebelwand* reagieren und damit die starke Fragmentierung der intransparenten Arbeitsteilung der Rehabilitation versuchen abzumildern und stärkere Brücken zu den folgenden Prozessabschnitten zu bauen.

Die Sozialdienstmitarbeitenden gehen unterschiedlich – je nach dem herausgearbeiteten Praxismuster und auch des organisationalen Rahmens – mit der beschriebenen *Nebelwand* um. Jene Sozialdienstmitarbeitenden die eher von dem Muster der *technokratischen Sozialverwaltung* geprägt sind, fokussieren sehr stark die intrainstitutionelle Kooperation und die Organisation von Angeboten und Unterstützungsleistungen. Eine weiterführende Ver- und Umsorge der Rehabilitand*innen über die Rehabilitationsklinik erfolgt von Ihnen nicht zwangsläufig, weil ihr Zuständigkeitsbereich für sie nach dem Entlassungsmanagement des Versicherten endet. Die Befragten, die eher der Handlungslogik des *lebensweltlichen Sozialaltruismus* vorweisen, zeigen demgegenüber eine starke Bedarfsorientierung und sozialarbeiterische Unterstützungshaltung und suchen aktiver nach Möglichkeiten, die *Nebelwand* zu durchbrechen und auch nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik die Rehabilitand*innen aktiv zu unterstützen.

Die *Nebelwand* sowie die generelle Taylorisierung der beruflichen Rehabilitation werden demnach als spezifischer organisatorischer Handlungsrahmen erlebt, innerhalb dessen sich ihre Praxis vollzieht und an den sie sich anpassen.

3.3.7 Verbesserungspotenziale aus Sicht des Sozialdienstes

Fallübergreifend zeigt sich im Datenmaterial, dass die Sozialdienstmitarbeitenden zwar durchaus Ansprechpartner*innen bei den Berufsförderungswerken, aber generell wenig Kontakt haben. Dennoch nannten alle Erwartungen und Perspektiven, wie der Prozess der beruflichen Rehabilitation im Allgemeinen und im Hinblick auf die Berufsförderungswerke verbessert werden kann.

Erstens hoben mehrere Befragte den Bedarf nach weiteren Informationen zur beruflichen Rehabilitation und den Leistungen im Berufsförderungswerk hervor. Manche berichteten davon, dass sie zu wenig über die Angebote wüssten. Andere gaben an, bereits extra Weiterbildungen zum Thema Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besucht zu haben. So berichtete eine Befragte davon, dass sie vor kurzem eine Weiterbildung der DVSG zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung absolviert habe.

> „*Vorher, ja würde ich auch sagen, war ich jetzt nicht schlecht informiert, aber ich glaube es gibt einfach vieles, wo wir noch mehr als Sozialarbeiter in den Kliniken fortgebildet werden sollten von der Rentenversicherung selber. Weil ich da erlebt habe, dass wir jetzt eigentlich in der Rentenversicherung Hessen haben jetzt dadurch, dass wir eine Rentenversicherungsklinik sind, eigentlich schon auch ja recht viele Kenntnisse, aber ich habe bei vielen anderen erlebt, dass die da nicht so gut informiert waren darüber wie das mit Anträgen läuft und sowas. Also von daher glaube ich allgemein könnten da mehr Informationen definitiv nicht schaden, gerade weil, was ich eben schon gesagt haben es dann e nach Kostenträger unterschiedlich ist und wir dadurch den Überblick verlieren*“ (Frau M.: 245-253).

Zu Fragen wäre an dieser Stelle, ob auch eine explizite Veranstaltung zu den Aufgaben und Leistungen der Berufsförderungswerke ein lohnendes Angebot für die Sozialdienstmitarbeitenden darstellen könnte.

Die Informationsvermittlung über die berufliche Rehabilitation betrifft jedoch nicht nur die Sozialdienstmitarbeitenden selbst, sondern auch die Versicherten. Konkret präsentierte eine Befragte den Vorschlag, dass die Berufsförderungswerke auch direkt in den Kliniken ihre Angebote vorstellen könnten:

> „*dann könnte man da ja auch den Patienten schon viel mehr an Information einfach dann mitgeben. Und dann wäre das auch natürlich für die nicht ganz so eine Grauzone, was beantrage ich da jetzt eigentlich, sondern ja, da hätten wir vielleicht einfach auch schon, ja, wo findet denn dann vielleicht so etwas nachher dann statt oder wie läuft denn dass ab*“ (Frau Z.: 182-186)?

Dadurch ließen sich auch Unsicherheiten auf Seiten der Versicherten abmildern. Bei diesen Informationsveranstaltungen, die zum Teil bereits durchgeführt werden, müsste genau erklärt werden, „*was beinhaltet die LTA oder wo kann ich mir weitere Möglichkeiten der Information holen*“ (ebd.: 287). Darüber hinaus wurde es als sinnvoll erachtet, wenn die

Arbeitgeber*innen bereits über die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben informieren könnten, da die Patient*innen häufig überhaupt nichts davon wissen.

> *„Dass man den Arbeitgebern dann auch sagt wir haben im Berufsförderungswerk auch die und die Ausbildung und das wäre in ihrer Firma vielleicht auch ganz hilfreich*“ (ebd.: 384ff.).

Auch die Sozialdienstmitarbeitenden sehen somit das Potenzial einer stärkeren Bewerbung der beruflichen Rehabilitation für die Arbeitgebenden, die dann wiederum gleich aus erster Hand erkrankte Mitarbeitenden eine erste Orientierung geben könnten, wodurch auch das in Kapitel 3.3.3 beschriebene *Unsicherheitsdilemma* abgemildert oder aufgehoben werden könnte.

Zweitens merkten die Sozialdienstmitarbeitenden an, dass ein Bürokratieabbau eine bessere Verzahnung der Übergänge von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation ermöglichen könnte, was jedoch aufgrund der starken Versäulung der Rehabilitation als unwahrscheinlich eingeschätzt wird.

Alternativ wurden **drittens** Potenziale eines verbesserten Schnittstellenmanagements von den Befragten ausgelotet: So wird von nahezu allen angemerkt, dass sie sich wünschten, dass die Reha-Fachberatenden wieder zurück in die Rehabilitationskliniken kommen, um dort eine Beratung zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durchzuführen. Dadurch wären auch die Kostenträger, diese „*graue Eminenz*“ (ebd.: 185), für die Versicherten „*irgendwie greifbarer und das verändert was*“ (ebd.: 189). Dann verschwinden die Anträge nicht in den Weiten des bürokratischen Apparats. Außerdem würde sich so auch die Nebelwand auflösen, weil die Sozialdienstmitarbeitenden wieder wüssten, ob ein Antrag genehmigt wurde oder nicht, was ihre arbeitsweltliche Selbstwirksamkeit und Resonanzerfahrung im Prozess der beruflichen Rehabilitation steigern würde.

Das derzeit vielfach erprobte Fallmanagement als Konzept wurde ebenfalls von den Befragten als Potenzial eines verbesserten Schnittstellenmanagements bewertet. Das Fallmanagement könnte so auch zur besseren Aufklärungsarbeit über den Prozess der beruflichen Rehabilitation und als aktive Prozessbegleiterin fungieren. Das Fallmanagement kann auch, so zeigt die Erfahrung, die langen Wartezeiten zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kompensieren (14 Tage nach Entlassung meldet sich das Fallmanagement).

> *„Und dieses Fallmanagement, das hört sich natürlich hervorragend an, dass innerhalb von 14 Tagen sich jemand meldet, weil das garantiert einfach den Erfolg der ganzen Sache. Und das ist tatsächlich bei uns nicht gegeben. Also es ist einfach ja auch unendlich viele Menschen, die ich mit einer LTA-Maßnahme entlasse mittlerweile, wo ich dann immer denke, mein Gott, wo kommen die Menschen eigentlich alle unter*“ (Frau S. Focus: 133-137).

Ein weiterer Verbesserungsvorschlag zielt darauf ab, dass es ein „*einheitliches Fallmanagement für ganz Deutschland gibt*“ (ebd.: 375), weil derzeit mit verschiedenen Konzepten experimentiert wird. Wünschenswert wäre ein Fallmanagement, welches auch von allen Kostenträgern übernommen wird und für alle Berufsförderungswerke gilt.

Viertens merkten die Sozialdienstmitarbeitenden an, dass generelle Kooperationen und Austauschformate in Zukunft begrüßenswert wären. So wurde einerseits formuliert, wie gewinnbringend es sei, einen überregionalen Austausch unter Sozialdienstmitarbeitenden zu organisieren, um neue Ideen zu entwickelt. Andererseits wurde eine stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Sozialdienst der Rentenversicherung, der Krankenkassen und der Berufsförderungswerke gewünscht. Dies wäre „*elementar*" (Frau K.: 282), um die eigene Praxis an die aktuellen Herausforderungen der beruflichen Rehabilitation anzupassen.

3.3.8 Horizonte einer gelingenden, innovativen Praxis

Es gab jedoch auch Beispiele einer innovativen Praxis, die verdeutlichen, welche Potenziale bei den Übergängen von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation vorhanden sind, um sie strukturell nachhaltiger zu gestalten und die neuralgischen Punkte zu minimieren.

Fast-Track-Rehabilitation

Manche Berufsförderungswerke haben laut den befragten Sozialdienstmitarbeitenden für den Wechsel von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation ein Übergangsmanagement implementiert, welches von den Sozialdienstmitarbeitenden aktiv genutzt werden kann und die medizinische und berufliche Rehabilitation besser verzahnt. So berichtete eine befragte Sozialdienstmitarbeitende das Folgende:

> „*Also wenn ich jetzt merke, dass ich einen Patienten habe, der aus der DRV* [Bundesland] *ist und Interesse an einer Umschulungsmaßnahme oder Qualifizierung hat, wo ich weiß, dass die im Berufsförderungswerk angeboten werden, dann kann ich anbieten, dass der Patient im Rahmen des Übergangsmanagements sofort an das Berufsförderungswerk übermittelt wird. Das ist ja genau der Sinn, dass die Verzahnung von medizinischer und beruflicher Reha schneller funktioniert*" (Frau M.: 359-364).

Dafür füllt die Sozialdienstmitarbeitende den Antrag zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten aus und schickt diesen nicht, wie üblich, an den oder die entsprechenden Reha-Fachberatenden, sondern versendet diesen digital an ein Berufsförderungswerk.

> „*Und die kümmern sich dann direkt weiter um den Patienten, mit dem eben zu gucken, braucht es ein Assessment oder was auch immer*" (ebd.: 366-368).

Bei dieser innovativen Praxis wird das Berufsförderungswerk direkt bereits während des Prozesses der medizinischen Rehabilitation mit einbezogen, ohne erst durch einen Reha-Fachberatenden konsultiert zu werden. So kann sich das Berufsförderungswerk bereits als Akteur vorstellen und der Versicherte bekommt einen ersten Eindruck, wie sich die berufliche Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk gestalten werden könnte.

Assessment vor der beruflichen Rehabilitation

Ein weiteres Modell ist das Pilotprojekt (Rundblick), bei dem ein Assessment im Berufsförderungswerk vor der Beantragung einer Leistung der beruflichen Rehabilitation durchgeführt wird.

> *„Und die Kolleg*innen von dort* [BFW] *schreiben dann an die Rentenversicherung eine Empfehlung. Und auch da ist unsere Erfahrung, dass das total hilfreich ist. Denn die Rentenversicherung hat dann quasi vorliegen. […] Und auch wir haben einige Fälle, die dann zeitnah in Düren starten konnten. Das ist natürlich auch super, aber das ist wirklich die Ausnahme, weil diese enge Zusammenarbeit und Kooperation mit dem BFW ja nicht die Regel ist. Zumal ja Maßnahmen im BFW normalerweise nicht parallel zur medizinischen Reha bewilligt werden“* (Frau Z.: 145-151).

Die Sozialdienstmitarbeitende bewertet ein vorgezogenes Assessment in einem Berufsförderungswerk vor dem formalen Beginn der beruflichen Rehabilitation als Chance, um die Übergänge besser zu gestalten. Auch hierbei wird bereits während der medizinischen Rehabilitation das Berufsförderungswerk als Akteur in den Prozess praktisch eingebunden, sodass sogar ein nahezu nahtloser Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation beschrieben wird. Zugleich bleibt diese Praxis eine Ausnahme, wie die befragte Sozialdienstmitarbeitende konstatiert. Sie merkt auch positiv an, dass Mitarbeitende der Berufsförderungswerke auch in die Rehabilitationsklinik gehen, um dort Rehabilitand*innen aus dem entsprechenden Projekt für das Assessment in das Berufsförderungswerk fahren.

> *„Und die Kolleg*innen aus Düren sind an einem Vormittag in der Woche hier bei uns im Haus: Jede Woche mittwochs werden die entsprechenden Rehabilitandinnen aus dem Rundblickprojekt nach Düren gefahren. Da sind wir eng vernetzt, da stehen wir in einem permanenten Austausch“* (ebd.: 325-328).

Wie gut und sinnvoll diese Praxis von der Sozialdienstmitarbeitenden eingeschätzt wird, zeigt sich auch darin, dass seitens der Rehabilitationsklinik die Deutsche Rentenversicherung mit der Frage konsultiert, ob sich ein ähnliches Modell auch außerhalb des Rundblickprojekts etablieren lasse. Ernüchternd stellte sie fest:

> *„Es scheiterte da auch immer ein bisschen daran, dass die Rentenversicherung da nicht bereit war, Kooperationen auch mit zu finanzieren und ohne das wird es halt nicht gehen“* (ebd.: 331f.).

Hier wird nochmals deutlich, dass die Sozialdienstmitarbeitenden zum Teil offen sind für neue, innovative Möglichkeiten der Verzahnung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, der eigene Handlungsspielraum jedoch durch die strukturellen Rahmen und die starke Versäulung der Rehabilitation begrenzt ist.

3.4 Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, welche Barrieren und Chancen für einen gelingenden Übergang zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation bestehen, welche strukturellen Ursachen vorhanden sind und wie ein erfolgreiches Abmildern der Herausforderungen aus Sicht der Sozialdienstmitarbeitenden gelingen könnte.

Die befragten Professionellen des Sozialen Dienstes bilden im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ein entscheidendes Scharnier zwischen den einzelnen Akteuren in den Reha-Kliniken, die die Leistungsberechtigten engmaschig betreuen und unterstützen. Dies wird insofern auch zunehmend notwendiger, weil die Problemlagen, mit denen die Rehabilitand*innen konfrontiert sind, komplexer werden – was bedeutet, dass häufig mehrere Diagnosen gleichzeitig vorliegen und auch soziale sowie familiäre Probleme den Rehabilitationsprozess beeinflussen. Das macht häufig eine engmaschige und lebensweltliche Unterstützung durch den Sozialdienst notwendig, die zusätzlich die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden erhöht und als pathogener Prädiktor für den Sozialdienst betrachtet werden muss. Eine solche Handlungslogik, die wir als lebensweltlichen Sozialaltruismus bezeichnen, erscheint gerade vor dem Hintergrund der komplexen Problemlagen der Rehabilitand*innen als notwendig. Zugleich wird diese Haltung jedoch aufgrund der Arbeitsintensivierung sowie der Fragmentierung und Isolierung der Prozessabschnitte der beruflichen Rehabilitation erschwert. Dies manifestierte sich in der zweiten rekonstruierten Handlungslogik: Die technokratische Sozialverwaltung. Diese resultiert aus der Taylorisierung der beruflichen Rehabilitation und der Intransparenz des weiteren Werdegangs der Leistungsberechtigten. Phänomene, die wir als *Nebelwand* des weiteren Verlaufs bezeichneten. Der Sozialdienst, dessen Aufgabe es auch ist, die berufliche Reintegration zu fördern, weiß in der Regel nicht, wie es nach der Entlassung aus der Reha-Klinik für die Leistungsberechtigten weitergeht, inwiefern seine Unterstützung und Hilfe zu diesem Ziel der beruflichen Reintegration beigetragen hat. Insofern verwundert es auch nicht, dass viele Sozialdienstmitarbeitende eher ein distanziertes – technokratisches – Verhältnis zu den Leistungsberechtigten haben. Diese Distanzierung verstehen wir auch als Entfremdungserfahrung von der eigentlich genuin *sozialen* Tätigkeit.

Damit verbunden ist auch ein weiteres Phänomen, das eine Folge dieses strukturellen Wandels darstellt und das wir Erwartungskränkungsdilemma nennen. Ein Teil der Sozialdienstmitarbeitenden berät fast überhaupt nicht zu weiteren Angeboten und Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und somit auch nicht zu den Berufsförderungswerken, weil sie auf Seiten der Leistungsberechtigten keine falschen Erwartungen wecken möchten, die dann enttäuscht werden, da letztlich der Kostenträger über die Bewilligung entscheidet. Mit dem Begriff des *Erwartungskränkungsdilemmas* bezeichnen wir Situationen, in denen Fachpersonen aus Angst vor möglichen Enttäuschungen und Kränkungen zukünftige Erwartungen gar nicht erst fördern – was paradoxerweise bestehende Teilhabechancen mindert.

Die übertragene Aufgabe, die Beratung zur beruflichen Rehabilitation, wird daher nur teilweise von den Sozialdienstmitarbeitenden umgesetzt – aufgrund der nach wie vor bestehenden Prozesssouveränität der Kostenträger. Denn diese entscheiden letztinstanzlich, wie der Prozess für die Rehabilitand*innen weitergeht. Dass dies auch tendenziell von den Sozialdienstmitarbeitenden abgelehnt wird, zeigt sich daran, dass sich ein Großteil wünscht, dass die Reha-Fachberatenden wieder aktiv in die Kliniken beraten, weil dies einerseits den Rehabilitand*innen als auch den Sozialdienstmitarbeitenden Sicherheit über den weiteren Prozessverlauf gibt und für letztere die arbeitsweltliche Selbstwirksamkeitserfahrung steigert.

Jedoch trifft das *Erwartungskränkungsdilemma* nicht auf alle Befragten zu. Manche Sozialdienstmitarbeitenden berichten, dass sie bereit sind, in den Beratungen auf die Berufsförderungswerke als arbeitsweltliche Bildungsinstitutionen zu verweisen. Ein Spannungsverhältnis besteht darin, dass die Sozialdienstmitarbeitenden dafür verantwortlich wären – so zumindest gemäß der normativen Aufgabenzuweisung des Kostenträgers –, jedoch nur wenig über die Berufsförderungswerke wissen. Zwar wünschen sich die Professionellen mehrheitlich eine stärkerer Präsenz der Angebote der Berufsförderungswerke in den Rehabilitationskliniken, doch verlagern sie die Verantwortung dafür auf diese selbst. Dies überrascht auch kaum, da die Arbeitsbelastung aufgrund der zunehmend komplexeren Problemlagen derzeit steigt.

Neben einer stärkeren Werbung und Transparenz der Angebote der Berufsförderungswerke und einer Rückkehr der Reha-Fachberatenden in ihrer beratenden Funktion in die Kliniken wünschen sich die Sozialdienstmitarbeitenden ein stärker verzahntes Schnittstellenmanagement, etwa durch Fallmanager*innen. Darüber hinaus zeigte unsere Analyse auch, dass innovative Modellpraxen wie eine Fast-Track-Reha oder ein vorgezogenes Assessment eine solche engere Zusammenarbeit bereits ermöglichen und auch bei den Sozialdienstmitarbeitenden sehr gut aufgenommen und für hilfreich erachtet werden.

Hinzu kommt auch, dass die Rolle der Arbeitgebenden als erste Instanz der Bereitstellung relevanter Informationen über die berufliche Rehabilitation stärker in die Verantwortung genommen werden sollte. Aus der Unwissenheit über die berufliche Rehabilitation resultiert teilweise eine Unsicherheit, aus Angst das bestehende Arbeitsverhältnis zu verlieren, weshalb sich mit möglichen Leistungen und Teilhabeansprüchen nicht weiter auseinandergesetzt wird. Diesem *Unsicherheitsdilemma* kann entsprechend abgemildert werden, wenn die Arbeitgebenden als erste Instanz erkrankte Mitarbeitende über die Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation informieren und dadurch Handlungssicherheit und -motivation vermitteln.

Die aktuell etablierte Arbeitsteilung, die nach unseren Interpretationen stark tayloristische Züge beinhaltet, wird sich vermutlich vor dem Hintergrund der fortlaufenden finanziellen Krisentendenzen der Rente nicht wieder aufheben lassen, auch wenn sich dies von einem Teil der Sozialdienstmitarbeitenden gewünscht wird. Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass die Übergänge der Prozessabschnitte unter der neuen Arbeitsteilung verschiedene neuralgische Punkte

vorweisen: Die geringe Information über weitere Möglichkeiten im Rahmen der beruflichen Rehabilitation inklusive der Berufsförderungswerke, die teilweise fehlende Begleitung bei der Antragstellung zwischen Reha-Kliniken und Beratung durch den Reha-Fachberatenden sowie die langen Wartezeiten in Kombination mit den komplexer werdenden Problemlagen bereiten den Boden dafür, dass potenzielle Leistungsberechtigte entsprechende Angebote der beruflichen Rehabilitation nicht wahrnehmen und dadurch eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit misslingt.

Anstatt eines Zurücks könnte jedoch eine andere Arbeitsteilung etabliert werden, die neue Akteure als Schnittstellenmanager*innen einführt (wie zum Beispiel Fallmanager*innen) und die eine transparente Kommunikation mit den Sozialdienstmitarbeitenden gewährleisten, damit auch sie im Sinne der Selbstwirksamkeit mehr über den Werdegang der ehemaligen Rehabilitand*innen wissen.

4. Arbeitspaket 4: Analyse der Leistungserbringenden

4.1 Ziel der Analyse und Forschungsstand

Ziel dieses Arbeitspakets ist es, die Rolle und Praxis der Berufsförderungswerke im Prozess der beruflichen Rehabilitation vertieft zu untersuchen. Hierzu wurden einerseits die Belegungszahlen im Zeitraum zwischen 2019 und 2024 analysiert, um Entwicklungstrends abbilden zu können und andererseits Expert*inneninterviews mit Reha- und Integrationsmanager*innen durchgeführt, um deren Erfahrungen mit der Verweisungspraxis der Reha-Berater*innen zu erfassen und zu analysieren, inwiefern die Zuweisungspfade und die Passung der zugewiesenen Personen den Rehabilitationsprozess beeinflussen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, welche Ergebnisse das Assessment der BFW erbringt. Diese Analyse soll aufzeigen, an welchen Stellen im Verfahren Optimierungspotenzial besteht und welche Faktoren den weiteren Verlauf der beruflichen Rehabilitation in den Berufsförderungswerken maßgeblich prägen.

Laut dem aktuellen Forschungsstand bieten die Berufsförderungswerke spezialisierte Dienstleistungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an und verbinden dabei einen sozialpädagogischen Rehabilitationsauftrag mit wirtschaftlicher Tragfähigkeit. In den vergangenen Jahren waren sie vermehrt mit einem deutlichen Rückgang der Zuweisungen durch Kostenträger sowie sinkenden Belegungszahlen konfrontiert. So verringerte sich beispielsweise die Anzahl der Hauptmaßnahmen im Berufsförderungswerk Dortmund nach einem Höchststand von 933 im Jahr 2017 und lag in den Jahren 2019 und 2021 jeweils unter 900 Teilnehmenden (Burzlaff 2022: 64f.). Im Jahr 2021 sank zudem die Internatsauslastung auf 87 Prozent, nachdem sie in den Vorjahren konstant über 90 Prozent gelegen hatte (ebd.: 75 f.). Seit 2018 kann ein genereller schrittweiser Rückgang bei LTA beobachtet werden: Anträge und Bewilligungen, aber auch abgeschlossene Leistungen reduzierten sich deutlicher als in den Jahren zuvor (DRV 2024: 74).

Gleichzeitig hat sich die Struktur der Zuweisungsdiagnosen geändert. Bis zum Jahr 2020 dominierten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, allerdings sank ihr Anteil 2021 auf 35 Prozent, während psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit 38 Prozent erstmals die häufigste Zuweisungsdiagnose darstellten (ebd.: 68f.). *„59 % der beruflichen Bildungsleistungen [allgemein] für Frauen und 65 % bei Männern gingen auf orthopädische und rheumatische Erkrankungen zurück. Ebenfalls von erheblicher Bedeutung waren die psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Frauen. Knapp ein Drittel (29 %) ihrer Bildungsleistungen erfolgte 2023 aufgrund psychischer Erkrankungen, bei Männern waren das mit 18 % deutlich weniger*“ (ebd.: 78). Zwischen den Geschlechtern gibt es auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben seit Jahren einen deutlichen Unterschied: *„Nur ein Drittel der Leistungen (33 %) wurde in 2023 von Frauen genutzt*“ (ebd.: 75).

Zu den Ursachen für den Rückgang in der Belegung der Berufsförderungswerke zählen ein insgesamt sinkender Bedarf an beruflicher Rehabilitation, ein besser auf Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen abgestimmter Arbeitsmarkt, technische Hilfsmittel, die eine Erwerbstätigkeit trotz Krankheit erleichtern, sowie veränderte schulische Inklusionsstrukturen. Diese Faktoren können dazu führen, dass potenzielle Rehabilitand*innen nicht mehr als förderbedürftig wahrgenommen werden oder entsprechende Leistungen nicht in Anspruch nehmen. Während der Großteil der Leistungserbringenden von rückläufigen Zuweisungen und sinkenden Belegungszahlen betroffen ist, berichteten in der von Reims et al. (2020) untersuchten Stichprobe lediglich zwei BFW von konstanten oder steigenden Teilnehmendenzahlen, was sie auf Standortvorteile, ein breites oder spezialisiertes Leistungsangebot sowie besondere Alleinstellungsmerkmale zurückführten. Expert*innenschätzungen identifizieren drei wesentliche Herausforderungen: **Erstens** wettbewerbliche Rahmenbedingungen und abnehmende Teilnehmendenzahlen, die sich auch in einem zunehmenden Kostendruck und Preiswettbewerb widerspiegeln. **Zweitens** eine Teilnehmendenstruktur, die sich verändert hat und bei der die Bildungsvoraussetzungen geringer geworden sind, Verhaltensauffälligkeiten häufiger auftreten und der Anteil psychischer Erkrankungen sowie Mehrfachbehinderungen höher ist und **drittens** die sich wandelnden Anforderungen des Arbeitsmarktes, wie der zunehmenden Relevanz digitaler Fähigkeiten und dem Rückgang von Tätigkeiten niedriger Qualifikation (Reims et al. 2023: 209f.).

4.2 Methoden: Mixed-Methods-Design

Im Rahmen dieses Arbeitspaketes wurden einerseits Expert*inneninterviews mit Reha- und Integrationsmanager*innen in Berufsförderungswerken durchgeführt und andererseits die Belegungszahlen der beteiligten Berufsförderungswerke (N = 19) analysiert. Ziel der Experteninterviews war es, Einblicke in die praktische Umsetzung und Wirkung der Maßnahmen zu gewinnen. Dabei stehen insbesondere zwei Themenfelder im Fokus: Erstens die Erfahrungen

mit der Verweisungspraxis der Reha-Berater*innen: Die Interviews sollen klären, wie die Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke die Zuweisung von Leistungsberechtigten durch die Reha-Fachberatenden in der Praxis erleben, welche Kriterien hierbei nach ihrer Ansicht eine Rolle spielen und ob Verbesserungspotenziale bestehen. Zweitens die Ergebnisse des hauseigenen Assessments als Entscheidungspunkt im Rehabilitationsprozess: Es wurde untersucht, inwieweit das interne Assessment der Berufsförderungswerke als eine Art Weggabelung fungiert.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Quantitative Analyse

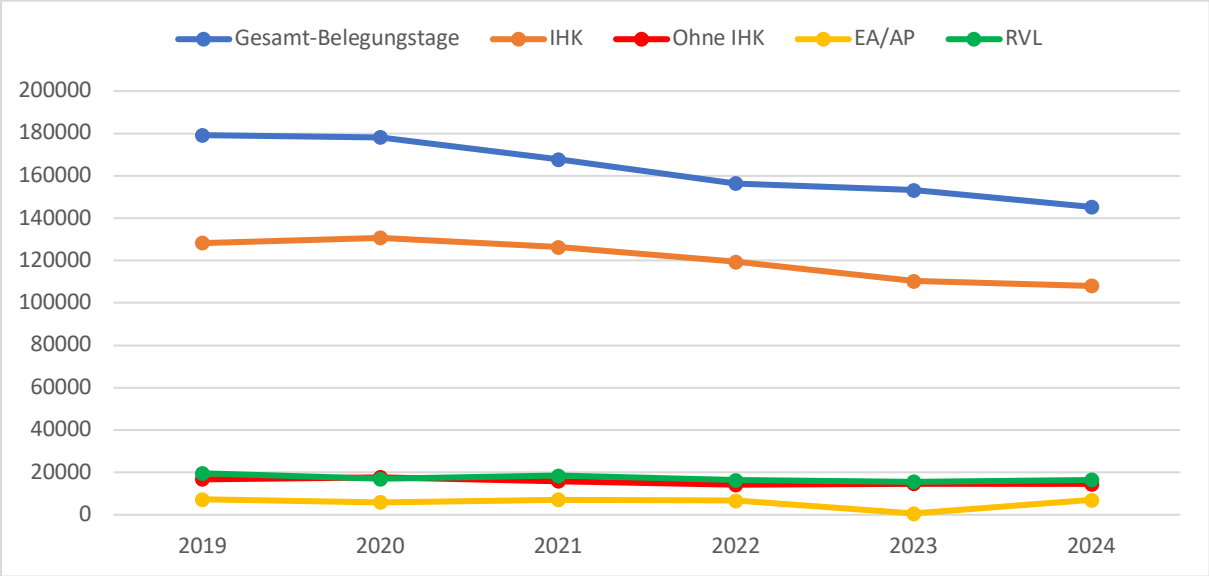
Belegungstage und Teilnehmende zwischen 2019 und 2024

In Abbildung 11 sind die durchschnittlichen Belegungstage der beteiligten Berufsförderungswerke im Zeitraum von 2019 bis 2024 dargestellt. Es zeigt sich ein kontinuierlicher Abwärtstrend. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den durchschnittlichen Belegungstagen von Rehabilitand*innen, die an einer Qualifizierung mit IHK-Abschluss teilgenommen haben, auch wenn hier zwischen 2019 und 2020 ein leichter Anstieg zu verzeichnen war.

In den Bereichen Assessment (EA/AP) und Reha-Vorbereitungslehrgang (RVL) wird deutlich, dass die durchschnittlichen Belegungstage im betrachteten Zeitraum keine auffälligen Schwankungen aufweisen. Auffällig ist jedoch ein kurzfristiger Rückgang im Assessment im Jahr 2023. Wir führen dies darauf zurück, dass 2023 das erste Jahr mit weniger restriktiven Corona-Maßnahmen war und der Arbeitsmarkt wieder eine stärkere Sogwirkung entfaltete, sodass weniger Teilnehmende überhaupt in einem Assessment aufgenommen wurden.

Insgesamt zeigt sich daran, dass die Belegungstage in den Berufsförderungswerken tendenziell zurückgehen, was hauptsächlich mit der Abnahme der geringeren Auslastung der Qualifikationen mit IHK liegt. Gleichzeitig verfügen die Berufsförderungswerke auch über relativ stabile Werte in spezifischen Maßnahmenarten. 2023 markiert einen Corona-bedingten Wendepunkt, an dem der Arbeitsmarkt wieder spürbar Einfluss auf die Teilnehmendenströme nahm, weshalb die IHK-Abschlüsse stärker ab- und andere Maßnahmen wie Vorbereitungsmaßnahmen und Qualifizierung ohne IHK-Abschluss leicht zunahmen.

Abbildung 11: Durchschnittlichen Belegungstage pro Jahr im Längsschnitt 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)



N = 18-19; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Die durchschnittliche Zahl der Teilnehmenden pro Jahr, insgesamt und nach Maßnahmen aufgegliedert, ist in Abbildung 12 dargestellt. Wie bereits bei den Belegungstagen ist auch hier seit 2019 ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, mit einer kurzen Zunahme im Jahr 2021. Diese Zunahme führen wir ebenfalls auf die Corona-Krise zurück, in deren Folge die fachkräftebedingte Sogwirkung des Arbeitsmarkts durch die Maßnahmen vorübergehend außer Kraft gesetzt wurde. Dadurch nutzten Versicherte verstärkt die Gelegenheit, eine Leistung im Berufsförderungswerk in Anspruch zu nehmen. Dies zeigt sich auch daran, dass im Jahr 2021 wieder häufiger Assessments bei Teilnehmenden durchgeführt wurden.

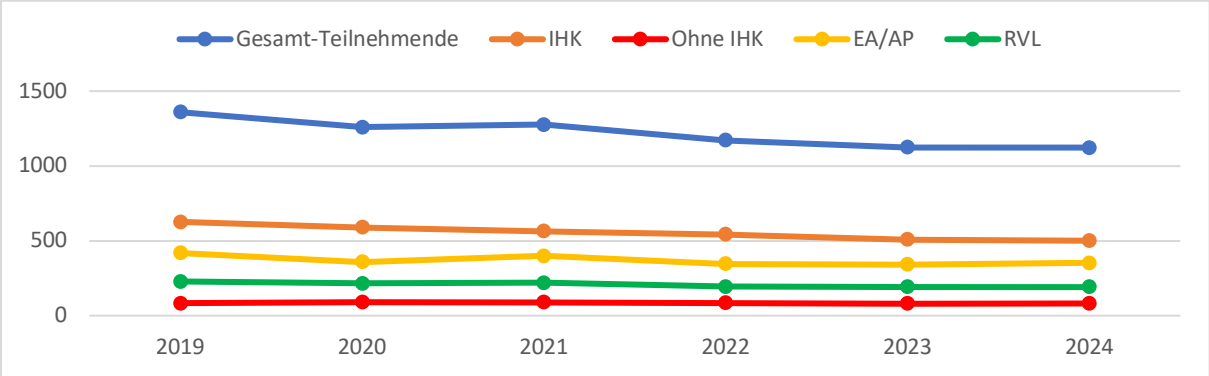
Betrachtet man die durchschnittliche Zahl der Teilnehmenden aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Maßnahmen, zeigt sich auch hier im Untersuchungszeitraum ein ähnlicher abnehmender Trend. Sowohl die durchschnittliche Zahl der Teilnehmenden, die einen IHK-Abschluss absolvierten, als auch jene, bei denen ein Assessment oder eine Reha-Vorbereitung durchgeführt wurde, ging im Zeitverlauf zurück, auch wenn beim Assessment von 2023 bis 2024 ein leichter Anstieg im Durchschnitt zu verzeichnen ist. Sonst blieb lediglich die durchschnittliche Zahl der Teilnehmenden in Qualifizierungen ohne IHK-Abschluss über den gesamten Zeitraum hinweg relativ stabil.

Von den Teilnehmenden, die im dargestellten Zeitraum an einer Qualifizierung mit IHK-Abschluss teilgenommen haben, waren 2019 durchschnittlich 215 im Internat untergebracht. Die Zahl sank bis 2024 auf durchschnittlich 177 Teilnehmende.[9] Der durchschnittliche Anteil der Teilnehmenden, die im selbigen Zeitraum an einer Qualifizierung ohne IHK-Abschluss in den

[9] Anzumerken ist hierbei, dass der Anteil der Internatsuntergebrachten in einer Qualifizierungsmaßnahme mit IHK-Abschluss nicht kontinuierlich sank. Zwischen 2021 (180 Teilnehmende) und 2022 (186 Teilnehmende) stieg die Zahl an, sank jedoch anschließend wieder ab.

untersuchten Berufsförderungswerken teilgenommen haben, stieg wiederum von 2019 mit durchschnittlich 83 Teilnehmenden pro Jahr bis 2021 auf durchschnittlich 89 Teilnehmende, um anschließend bis 2024 wieder auf durchschnittlich 81 Teilnehmende im Jahr zu sinken.

Abbildung 12: Durchschnittlichen Teilnehmenden pro Jahr insgesamt und nach Maßnahmen im Längsschnitt 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)

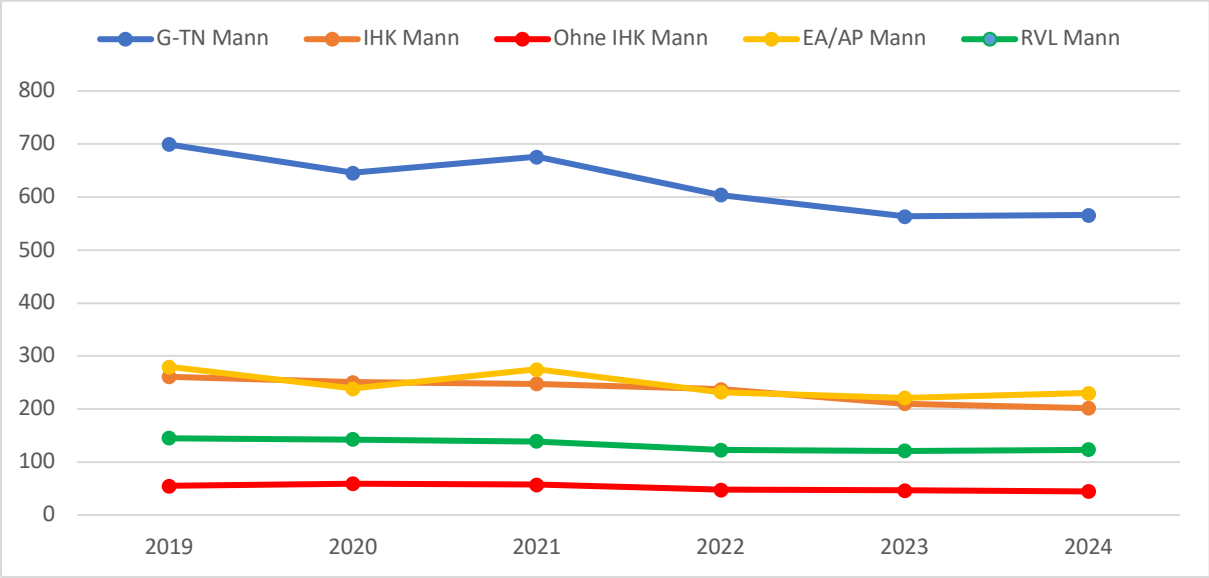


N = 18-19; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

In den Abbildungen 13 und 14 sind die Teilnehmenden zusätzlich nach Geschlecht und Maßnahmeart differenziert dargestellt. Zunächst ist festzuhalten, dass im untersuchten Zeitraum durchschnittlich weniger Frauen als Männer an Maßnahmen der Berufsförderungswerke teilnahmen. Bei der Gruppe der Männer ist auffällig, dass es zu einem minimalen durchschnittlichen Anstieg zwischen 2023 und 2024 gekommen ist, der jedoch eher als Stabilisierung der männlichen Teilnehmenden auf einem Niveau zu interpretieren ist. Auch bei den weiblichen Teilnehmenden zeigt bis zum Jahr 2023 derselbe abnehmende Trend. Von 2023 bis 2024 kam es jedoch zu einem Anstieg der weiblichen Teilnehmenden im Durchschnitt sogar über das Niveau von 2022. Auch wenn 2024 immer noch mehr Männer als Frauen im Durchschnitt Teilnehmende einer Leistung in einem Berufsförderungswerk waren, so stieg der relative Frauenanteil durchschnitt im Jahr 2024 an.

Vergleichen wir die einzelnen Maßnahmen nach Geschlecht, die die Teilnehmenden im jeweiligen Jahr besucht haben, so ergibt sich das folgende Bild: Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen nimmt die Teilnahme an einer Qualifizierung mit IHK-Abschluss ab. Ebenso sieht es bei den Qualifizierungen ohne IHK-Abschluss bei den Männern aus, auch wenn die durchschnittlichen Teilnehmenden hierbei eher auf demselben Niveau stagnieren.

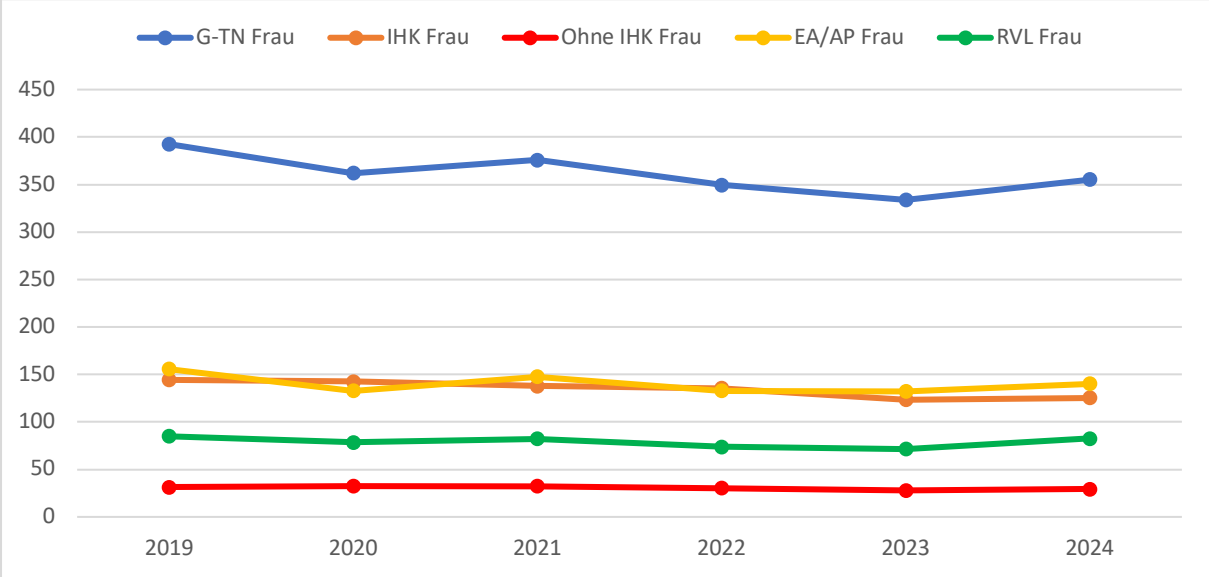
Abbildung 13: Durchschnittlichen männlichen Teilnehmenden nach Maßnahmen (absolute Zahlen)



N = 17; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Die durchschnittliche Teilnehmendenanzahl vom Assessment nahm von 2019 zu 2020 unabhängig vom Geschlecht leicht ab, stieg dann – vermutlich ebenfalls durch die Corona-Krise induziert – wieder an auf das Niveau von 2019, um dann wieder bis 2023 zu fallen. Diese Tendenz ist bei den Frauen jedoch geringer als bei den Männern. Anschließend stiegen die durchschnittlichen männlichen wie weiblichen Teilnehmenden bis 2024 wieder leicht an.

Abbildung 14: Durchschnittlichen weiblichen Teilnehmenden nach Maßnahmen (absolute Zahlen)



N = 17; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

In Abbildung 15 sind die durchschnittlichen Übergangsquoten im Längsschnitt von 2019 bis 2024 dargestellt. Die Übergangsquote vom Assessment zu einem Reha-Vorbereitungslehrgang

verläuft in einer leichten umgekehrten U-Form: Zwischen 2019 und 2022 stieg der Anteil der Übergänge zunächst an, sank anschließend jedoch wieder auf das Niveau von 2020. Zwar liegt die durchschnittliche Übergangsquote in diesem Bereich weiterhin über 50 Prozent, der aktuelle Trend deutet jedoch auf eine rückläufige Entwicklung hin.

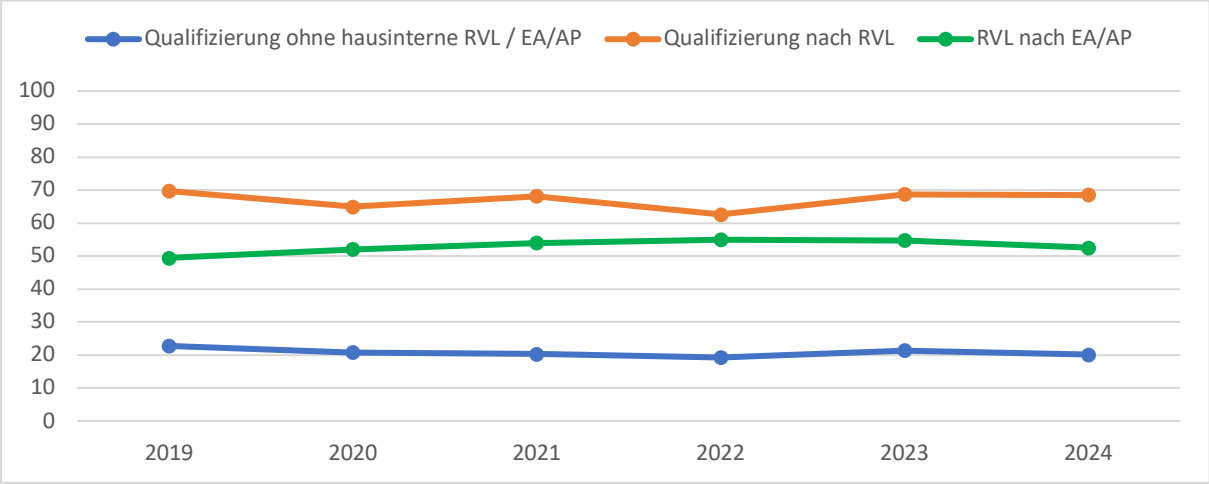
Die Übergangsquoten vom Reha-Vorbereitungslehrgang zu einer Qualifizierung zeigen im Untersuchungszeitraum ein Zick-Zack-Muster. Von 2019 auf 2020 sank der Anteil von rund 70 auf etwa 65 Prozent, bevor er 2021 wieder auf knapp 70 Prozent anstieg. 2022 fiel die Quote erneut auf etwa 63 Prozent, stieg jedoch 2023 wieder auf nahezu 70 Prozent und blieb bis 2024 auf diesem Niveau.

Der Anteil der Teilnehmenden, die ohne hausinterne EA/AP oder RVL in ihrem Berufsförderungswerk eine Qualifizierung (Umschulung oder modulare Maßnahme) aufgenommen haben, bewegte sich im gesamten Zeitraum nur geringfügig zwischen 19 und 23 Prozent.

Insgesamt zeigen die Übergangsquoten ein stabiles bis leicht schwankendes Bild, ohne klare langfristige Aufwärts- oder Abwärtstrends – mit Ausnahme der leichten Rückläufigkeit beim Übergang vom Assessment zum Reha-Vorbereitungslehrgang. Das konstante Niveau beim Übergang ohne vorgelagerte interne Maßnahmen (EA/AP oder RVL) deutet darauf hin, dass dieser Einstiegspfad nur von einer relativ kleinen, aber konstanten Teilnehmergruppe genutzt wird. Die schwankenden Werte zwischen Reha-Vorbereitungslehrgang und Qualifizierung könnten sowohl auf Unterschiede in den Teilnehmerkohorten als auch auf veränderte Rahmenbedingungen der Maßnahmengestaltung zurückzuführen sein.

Die durchschnittlichen Abbruch- und Integrationsquoten im selben Zeitraum sind in Abbildung 17 dargestellt. Zwischen 2019 und 2024 zeigen die Abbruch- und Integrationsquoten in Berufsförderungswerken im Längsschnitt nur moderate Schwankungen. Die Abbruchquote bei IHK-Qualifizierungen lag über den gesamten Zeitraum vergleichsweise niedrig zwischen 22 und 25 Prozent. Nach einem leichten Rückgang von 2019 auf 2020 stieg sie 2021 wieder leicht an und blieb bis 2024 relativ stabil.

Abbildung 15: Durchschnittlichen Übergangsquoten im Längsschnitt 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent)

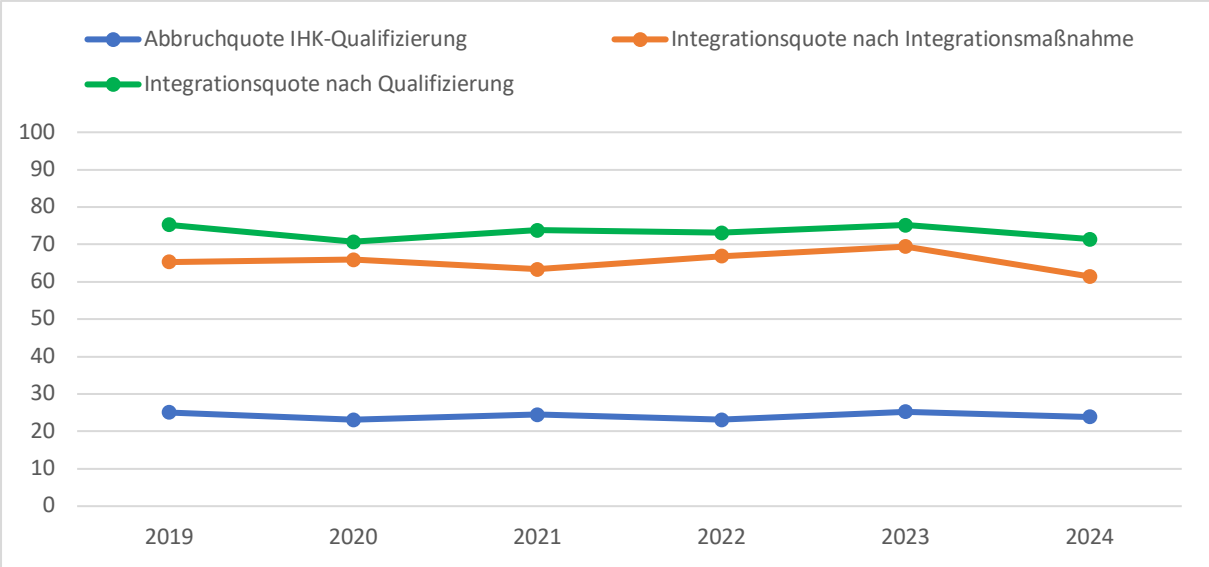


N = 11-16; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Die Integrationsquote nach Qualifizierungen war im Vergleich zu den Integrationsmaßnahmen insgesamt höher und bewegte sich im Zeitraum zwischen 70 und 75 Prozent. Nach einem Rückgang von 2019 auf 2020 stieg sie 2021 wieder leicht an, erreichte 2023 einen kleinen Höchstwert und sank 2024 auf rund 70 Prozent.

Die Integrationsquote nach Integrationsmaßnahmen lag durchgehend unter derjenigen nach Qualifizierungen, blieb aber in einem engeren Bereich zwischen 61 und 67 Prozent. Sie stieg von 2020 bis 2023 leicht an, bevor sie 2024 deutlicher auf rund 61 Prozent zurückging.

Abbildung 16: Durchschnittlichen Abbruch- und Integrationsquoten im Längsschnitt 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent)



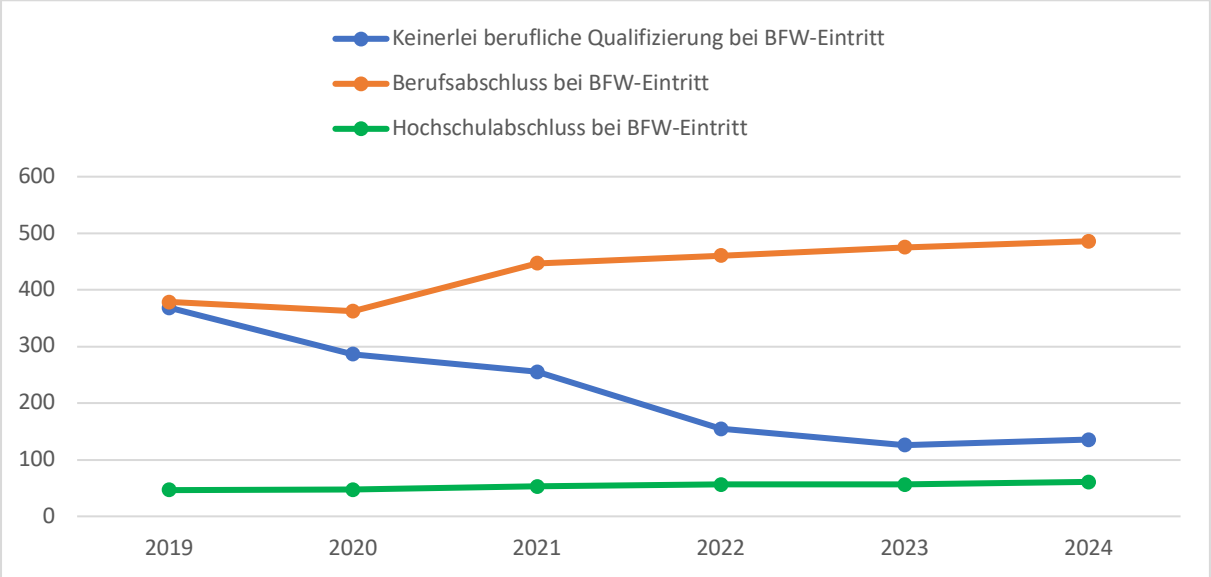
N = 15-17; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Insgesamt bleiben sowohl die Abbruchquoten als auch die Integrationsquoten über die Jahre relativ konstant, wobei Qualifizierungen mit IHK-Abschluss durchgehend bessere

Integrationsergebnisse erzielen als Integrationsmaßnahmen. Der deutliche Rückgang der Integrationsquote nach Integrationsmaßnahmen im Jahr 2024 könnte auf veränderte Rahmenbedingungen am Arbeitsmarkt oder auf Besonderheiten in der Teilnehmerstruktur zurückzuführen sein. Die niedrige und stabile Abbruchquote bei IHK-Qualifizierungen spricht für eine hohe Bindung der Teilnehmenden an diese Maßnahmen.

In Abbildung 17 sind die durchschnittlichen Teilnehmenden im Zeitraum 2019 bis 2024 nach beruflicher und akademischer Qualifizierung aufgeschlüsselt. Es wird deutlich, dass die Teilnehmenden, die über keinerlei berufliche Qualifizierung beim Eintritt in ein Berufsförderungswerk verfügten seit 2019 kontinuierlich bis 2023 abgenommen haben und sich ein marginaler Anstieg ab dem Jahr 2024 abzeichnet. Dementsprechend entgegengesetzt verhält sich die Kurve der Teilnehmenden die bereits über einen Berufsabschluss bei Eintritt in ein Berufsförderungswerk verfügten. Wir sehen bei diesem Längsschnitt, dass es hier von 2019 zu 2020 zu einem geringen durchschnittlichen Abfallen dieser Teilnehmenden kam, dann jedoch von 2020 bis 2024 zu einem fortlaufenden Anstieg, der deutlich über das Ausgangsniveau von 2019 reicht. Auch bei den Hochschulabsolvent*innen, die an einer Maßnahme in einem Berufsförderungswerk teilnahmen, lässt sich ein kleiner aber doch zu erkennender Anstieg seit 2019 erkennen.

Abbildung 17: Durchschnittlichen Teilnehmenden mit und ohne berufliche Qualifizierung und Hochschulabschluss im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)

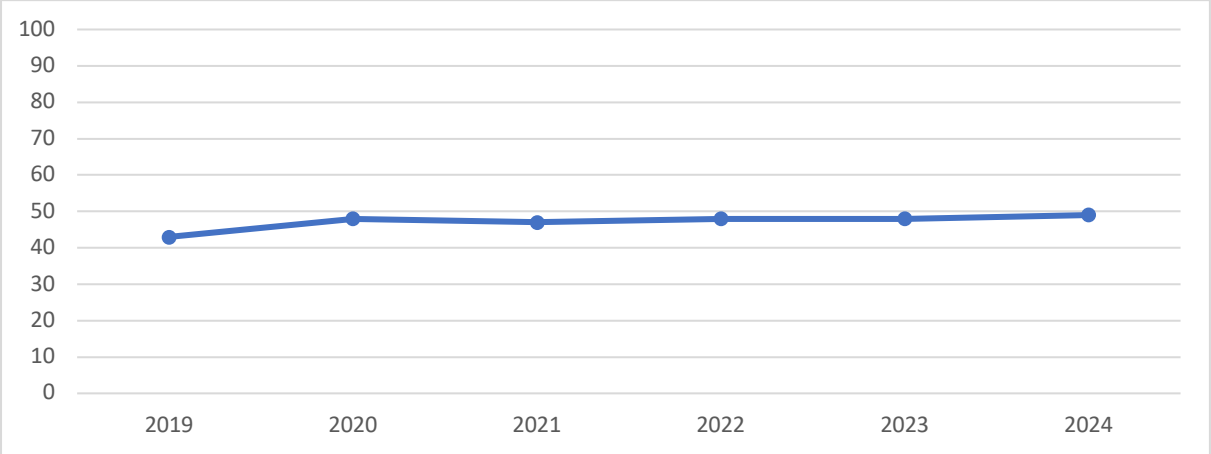


N = 7-9; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Daher lässt sich festhalten: Während im Trend die Teilnehmenden mit keinerlei beruflichen Vorqualifikation tendenziell abnehmen, nahmen Teilnehmenden mit beruflicher oder akademischer Qualifikation seit 2019 zu. Hierbei muss jedoch selbstkritisch angemerkt werden, dass nur zwischen 7 und 9 der an der Studie beteiligten Berufsförderungswerke uns ihre Daten zur beruflichen Qualifizierung zur Verfügung gestellt haben.

In Abbildung 18 ist der prozentuale Anteil der Teilnehmenden mit einer F-Diagnose als Primärdiagnose bezogen auf Teilnehmende mit einer somatischen Diagnose als Primärdiagnose dargestellt.[10] Es wird ein relativer Anstieg von 2019 zu 2020 ersichtlich, der sich dann bis 2023 auf einem Niveau ungefähr einpendelt und dann nochmal leicht bis 2024 ansteigt. Es lässt sich daher festhalten, dass die F-Diagnosen als Primärdiagnosen im Vergleich zu 2019 durchschnittlich um ca. 8 Prozent zugenommen haben, ab 2020 jedoch das Niveau bis auf einen kleinen Anstieg von 2023 zu 2024 ungefähr gleichgeblieben ist.

Abbildung 18: Prozentualer Anteil der Teilnehmenden mit einer F-Diagnose als Primärdiagnose bezogen auf Teilnehmende mit einer somatischen Diagnose als Primärdiagnose im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (Angaben in Prozent)



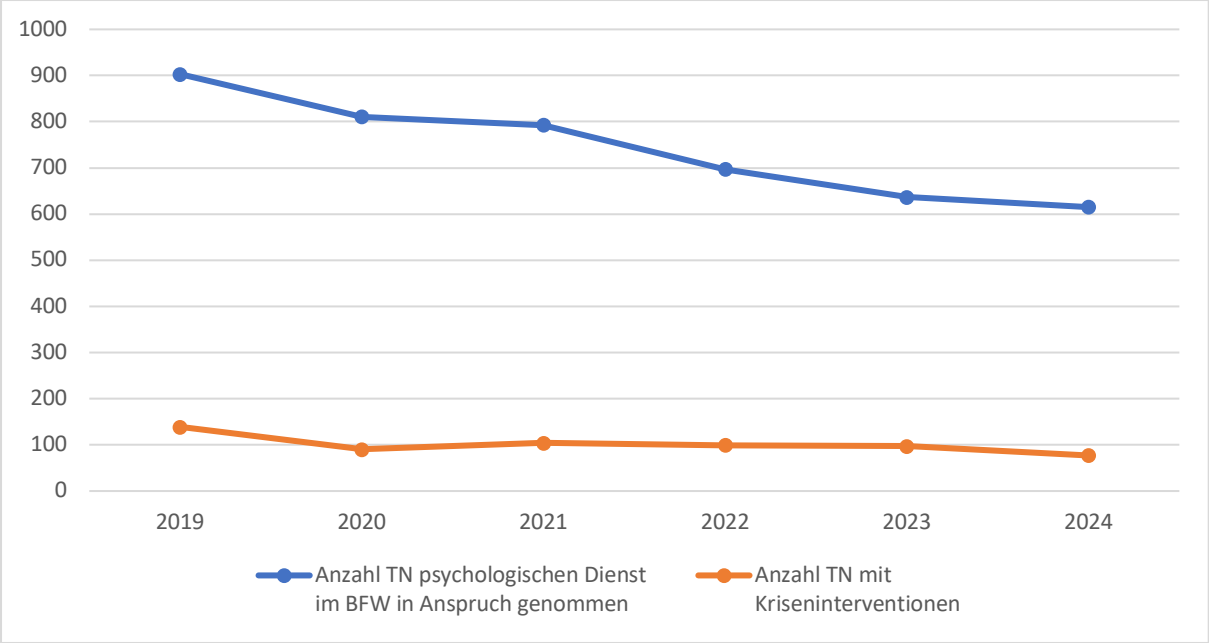
N = 10-12; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

In Abbildung 19 ist die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden mit Kriseninterventionen und die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden, die einen psychologischen Dienst in einem Berufsförderungswerk in Anspruch genommen haben, im Zeitraum von 2019 bis 2024 dargestellt. Auch wenn nur wenige der an der Studie teilnehmenden Berufsförderungswerke diese Daten geliefert haben, wird ersichtlich, dass die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden, die einen psychologischen Dienst in Anspruch genommen haben, von 2019 bis 2024 gesunken ist. Dies ist ein interessanter Befund, denn bei den subjektiven Tendenzfragen im nächsten Abschnitt gaben 17 von den 19 Berufsförderungswerken nach ihrer subjektiven Einschätzung an, dass der gegenwärtige Anteil im Vergleich zu 2019 gestiegen ist. Wir gehen auf diese Diskrepanz dezidiert im nachfolgenden Abschnitt ein.

Die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden mit einer Krisenintervention nahm von 2019 zu 2020 ab, um dann im ersten Corona-Jahr bis 2021 wieder ein wenig anzusteigen und dann wieder bis 2024 unter das Niveau von 2020 herabzufallen.

[10] Bei der dargestellten Verteilung wurden nur psychische Erstdiagnosen erfasst; psychische Zweit- oder Mehrfachdiagnosen blieben unberücksichtigt. Unsere qualitativen Befragungen weisen darauf hin, dass unter Einbeziehung von F-Diagnosen als Sekundär- und Mehrfachdiagnosen ein noch höherer Anstieg sichtbar werden würde.

Abbildung 19: Durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden mit Kriseninterventionen und die den psychologischen Dienst in einem Berufsförderungswerk in Anspruch genommen haben im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)



N = 7-8; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

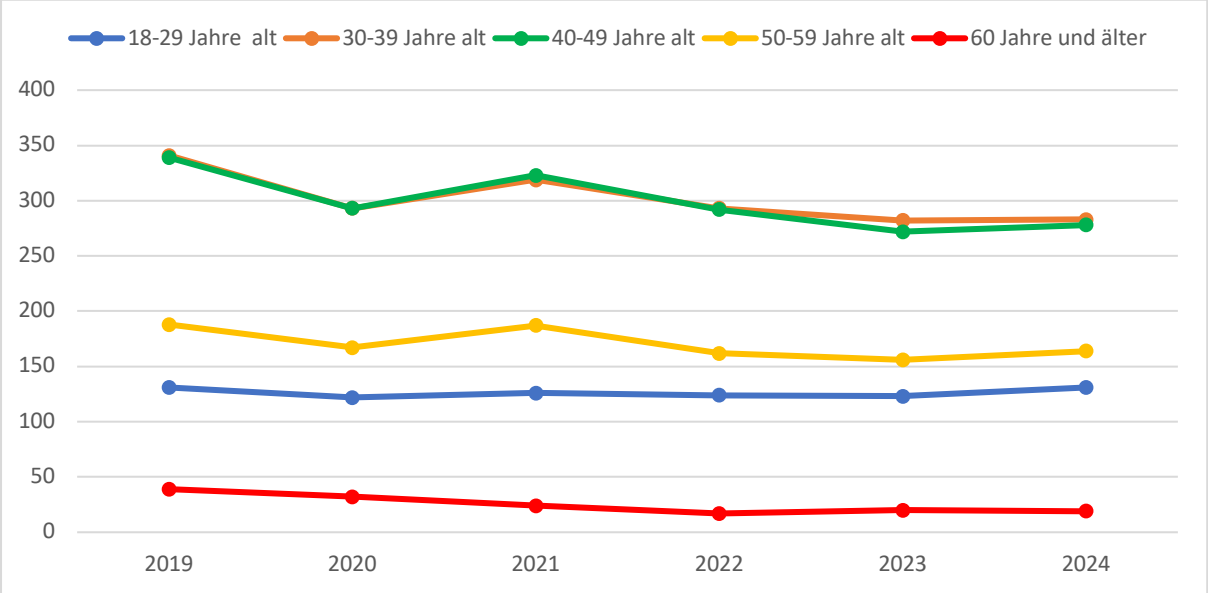
Die in Abbildung 20 dargestellten Daten zur Altersverteilung der Teilnehmenden in Berufsförderungswerken von 2019 bis 2024 liefern wertvolle Einblicke in die demografische Struktur der Leistungsberechtigten. Die Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen bleibt im gesamten Zeitraum die dominanteste Gruppe, was darauf hinweist, dass diese Alterskohorte am häufigsten von Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation Gebrauch macht. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Personen in diesem Alter sich häufig in entscheidenden Berufsjahren befinden und möglicherweise stärker von Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt profitieren können oder darauf angewiesen sind.

Die jüngsten (18 bis 29 Jahre) und ältesten Teilnehmenden (über 60 Jahre) machen hingegen die geringsten Gruppen aus, was unterschiedliche Ursachen haben kann. Jüngere Erwachsene könnten beispielsweise noch in der Erstausbildung oder in frühen Karriereschritten tätig sein und daher seltener auf Rehabilitationsangebote angewiesen sein. Andererseits könnte es sein, dass ältere Erwachsene entweder bereits in den Ruhestand übergegangen sind oder weniger motiviert oder in der Lage sind, Rehabilitationsmaßnahmen zu nutzen, wodurch eine gewisse Abnahmetendenz in der Gruppe der über 60-Jährigen sichtbar wird.

Interessant ist der Anstieg in den Altersgruppen zwischen 18 bis 29 Jahren, 40 bis 49 Jahren und 50 bis 59 Jahren. Der Anstieg bei den 18- bis 29-Jährigen könnte auf eine größere Offenheit gegenüber Unterstützungsangeboten oder einen erhöhten Bedarf durch wirtschaftliche oder soziale Faktoren hindeuten. Der Zuwachs in den Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen und der 50- bis 59-Jährigen könnte darauf hindeuten, dass sich in diesen Lebensphasen

spezifische Herausforderungen oder Barrieren im Berufsleben häufen, die eine Unterstützung durch Berufsförderungswerke erforderlich machen, wie etwa gesundheitliche Einschränkungen oder der Wunsch nach beruflicher Neuorientierung im Kontext eines sich verändernden Arbeitsmarktes. Diese Trends verdeutlichen die Notwendigkeit einer flexiblen und bedarfsorientierten Gestaltung der Angebote in Berufsförderungswerken, die den unterschiedlichen Bedürfnissen und Situationen der verschiedenen Altersgruppen Rechnung tragen.

Abbildung 20: Durchschnittlichen Teilnehmenden pro Altersgruppe im Längsschnitt von 2019 bis 2024 (absolute Zahlen)



N = 15-17; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

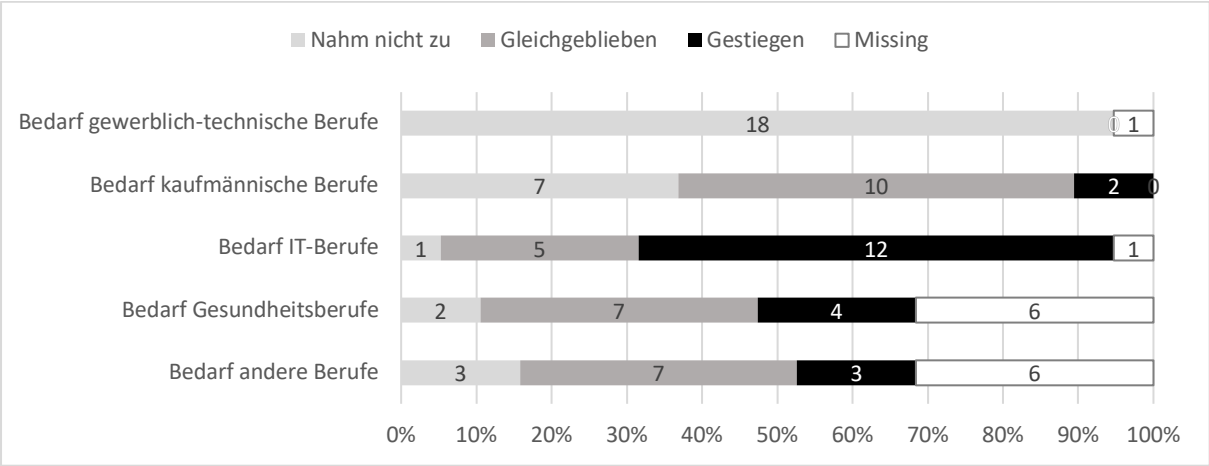
Subjektive Tendenzfragen

Die subjektiven Tendenzfragen, die wir ebenfalls im Rahmen unseres Belegungsdaten-Surveys erhoben haben, gaben uns einen ersten Eindruck darüber, wie die Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken die aktuellen Trends der institutionellen Entwicklung einschätzen und wie sich bestimmte Bedarfe und Angebote in den Berufsförderungswerken im Vergleich zu 2019 entwickelt haben. Sie bildeten für uns erste relevante Erkenntnisse, die wir in den qualitativen Interviews mit den Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke vertiefen konnten.

Die Abbildung 21 zeigt, wie der aktuelle Bedarf an verschiedenen Berufsgruppen seitens der Berufsförderungswerke im Vergleich zu 2019 eingeschätzt wird. Zwölf der 19 beteiligten Berufsförderungswerke – also 63 Prozent – gaben an, dass in ihrem Haus der Bedarf an Qualifizierungen im Bereich der IT-Berufe zugenommen hat. Den größten Gegensatz dazu bildet der Bedarf an Qualifizierungen im gewerblich-technischen Bereich: Alle bis auf ein befragtes Berufsförderungswerk (95 Prozent) gaben hier an, dass in diesem Tätigkeitsfeld im Vergleich zu 2019 kein zusätzlicher Bedarf entstanden sei. In den übrigen Tätigkeitsfeldern überwog die Einschätzung, dass der Bedarf für die Mehrheit der Befragten gleichgeblieben ist. Anzumerken ist jedoch, dass etwas mehr als ein Fünftel der Befragten einen gestiegenen Bedarf an

Qualifizierungen in Gesundheitsberufen verzeichnete (21 Prozent) und fast ein Sechstel einen erhöhten Bedarf in anderen Berufen konstatierte (16 Prozent). Der Bedarf an Qualifizierungen verschiebt sich also klar in Richtung IT, während andere große Berufsfelder (v. a. gewerblich-technische) stagnieren oder keinen Zuwachs verzeichnen. Gesundheits- und sonstige Berufe gewinnen leicht, bleiben aber im Vergleich weniger bedeutsam.

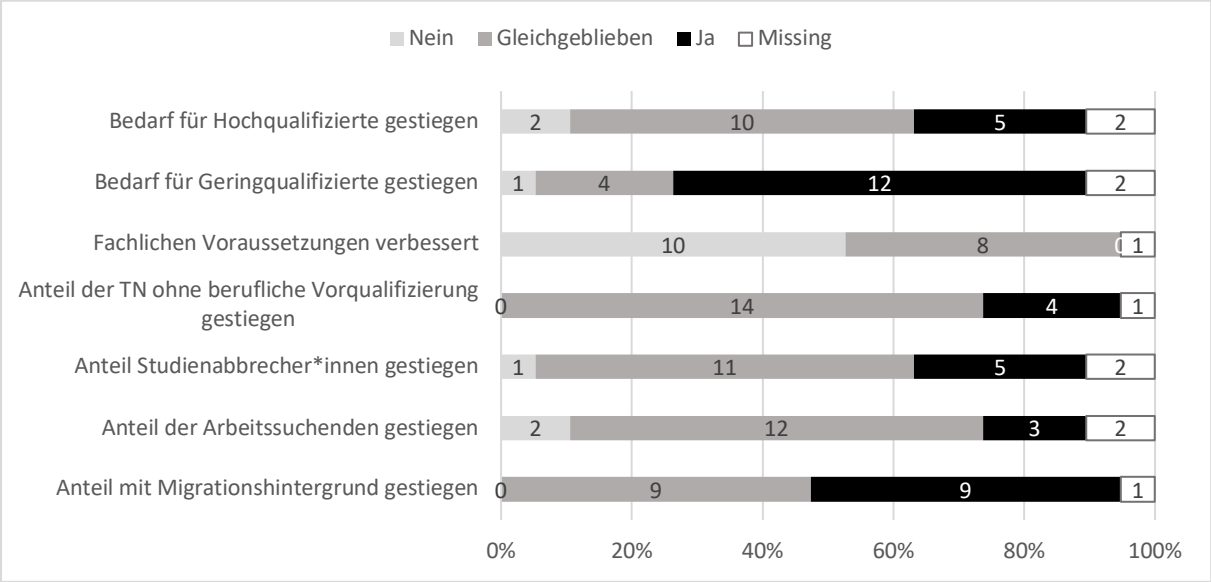
Abbildung 21: Aktuelle Einschätzungen von Berufsbedarfen nach Qualifizierungen im Vergleich zu 2019 (Angaben in Prozent)



N = 18-19; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

In Abbildung 22 sind die subjektiven Einschätzungen zum aktuellen Bedarf für verschiedene Zielgruppen im Vergleich zu 2019 dargestellt. Einen gestiegenen Bedarf sehen die Berufsförderungswerke vor allem bei Geringqualifizierten (63 Prozent) sowie bei Menschen mit Migrationshintergrund (49 Prozent). Überwiegend gleichgeblieben ist hingegen der Bedarf für Hochqualifizierte (53 Prozent), Teilnehmende ohne berufliche Vorqualifizierung (74 Prozent), Studienabbrecher*innen (58 Prozent) und Arbeitssuchende (63 Prozent). Mehr als die Hälfte der Befragten gab zudem an, dass sich die fachlichen Voraussetzungen der Teilnehmenden im Vergleich zu 2019 nicht verbessert haben (53 Prozent).

Abbildung 22: Aktuellen Bedarfe verschiedener Zielgruppen im Vergleich zu 2019



N = 18-19; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Es lässt sich festhalten: Der größte Handlungsdruck besteht laut den subjektiven Tendenzabfragen aktuell bei Geringqualifizierten und Menschen mit Migrationshintergrund. Bei den übrigen Zielgruppen bleibt der Bedarf stabil, doch die fehlende Verbesserung der fachlichen Eingangsvoraussetzungen weist darauf hin, dass strukturelle Probleme bei der Qualifikationsbasis bestehen. Die ist ein interessanter Befund: Während eine überwiegende Zahl der Befragten angab, dass die Bedarfe von Geringqualifizierten zunahmen, so wurde in der Belegungsdatenabfrage deutlich, dass diese seit 2019 abnehmen (siehe Abb. 17). Dies kann entweder bedeuten, dass die Bedarfe trotz, der objektiven Abnahme dennoch zunehmen, also trotz einer geringeren Anzahl, der Betreuungsaufwand dieser Zielgruppe dennoch zunimmt. Oder dass hier eine bemerkenswerte Differenz zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiven Zahlen vorliegt. Letzteres könnte insofern erklärt werden, dass durch die Zunahme der komplexeren und bedarfsintensiven Fälle, auf Seiten der Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken der Eindruck entsteht, dass hier die Bedarfe bedeutend zugenommen haben.

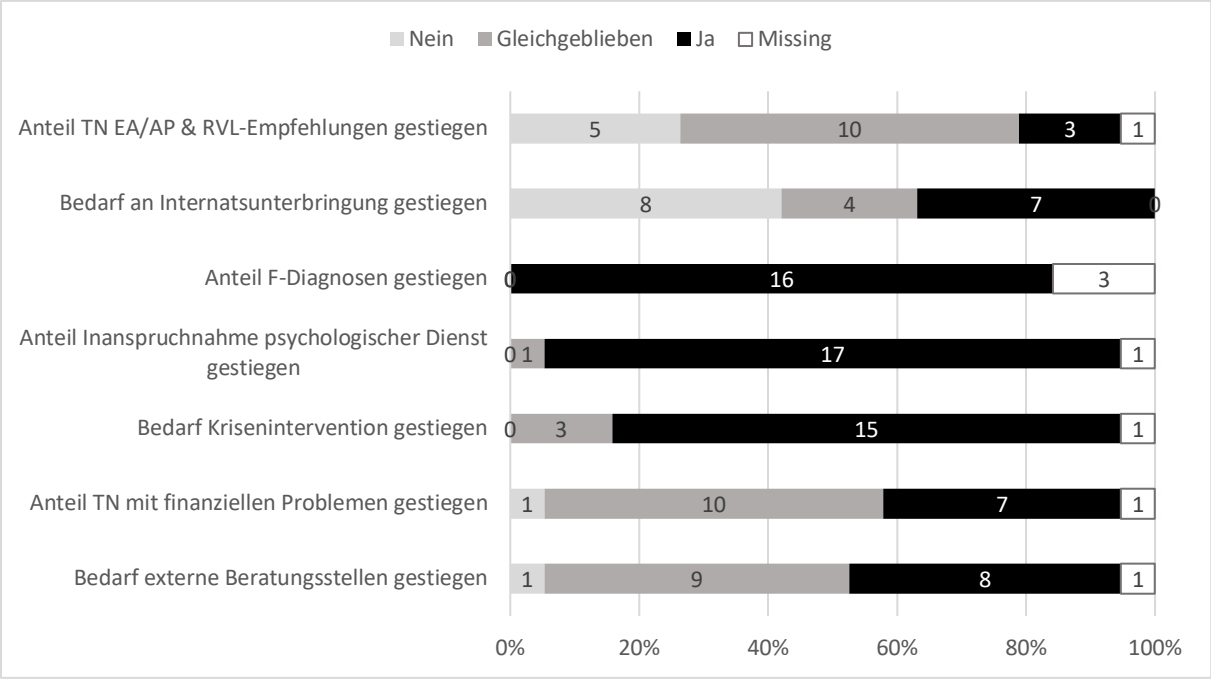
In Abbildung 23 sind die Einschätzungen zur Nachfrage nach Leistungen der Berufsförderungswerke erneut in Bezug auf 2019 dargestellt. Alle Befragten, die diese Frage beantwortet haben, gaben an, dass der Anteil der F-Diagnosen im Vergleich zu 2019 gestiegen ist (84 Prozent). Ebenso eindeutig fällt die Einschätzung zum Anteil der Teilnehmenden aus, die eine Leistung des psychologischen Dienstes in Anspruch genommen haben: 89 Prozent der beteiligten Berufsförderungswerke berichteten hier einen Anstieg. Eine ähnlich hohe Zustimmung gab es bei der Frage, ob der Bedarf an Kriseninterventionen seit 2019 zugenommen hat (79 Prozent).

Zu den Anteilen und Bedarfen, die laut Einschätzung der Befragten überwiegend gleichgeblieben sind, zählen: der Anteil der Teilnehmenden einer EA/AP, denen anschließend ein RVL im BFW empfohlen wurde (53 Prozent), der Anteil an Teilnehmenden mit finanziellen Problemlagen (ebenfalls 53 Prozent) sowie der Bedarf nach externen Beratungsstellen (47 Prozent). Gleichzeitig gab jedoch ein nicht zu vernachlässigender Teil der Befragten an, dass der Anteil an Teilnehmenden mit finanziellen Problemlagen gestiegen sei (37 Prozent) und auch der Bedarf an externen Beratungsstellen zugenommen habe (42 Prozent).

Die größte Varianz zeigt sich bei der Einschätzung, ob der Bedarf an Internatsunterbringungen seit 2019 gestiegen ist: 21 Prozent sehen ihn als gleichgeblieben, 37 Prozent als gestiegen und 42 Prozent als gesunken an, was ungefähr den erhobenen Belegungszahlen entspricht.

Die Daten deuten auf einen klar steigenden Unterstützungsbedarf im psychologischen Bereich und bei Kriseninterventionen hin, während sich soziale Problemlagen für einen Teil der Teilnehmenden verschärfen. Der uneinheitliche Trend bei Internatsunterbringungen weist darauf hin, dass hier keine generelle Entwicklung vorliegt, sondern kontextspezifische Faktoren ausschlaggebend sind.

Abbildung 23: Einschätzungen der Nachfrage von Leistungen der Berufsförderungswerke im Vergleich zu 2019 (Angaben in Prozent)



N = 18-19; eigene Berechnung; Datensatz: eigener Belegungsdaten-Survey

Bei der Frage zum Abbruchgeschehen in den Berufsförderungswerk ergibt sich ein relativ eindeutiges Bild: Sowohl der Anteil der Teilnehmenden, die eine Maßnahme im Berufsförderungswerk aufgrund einer Arbeitsaufnahme vorzeitig beendet haben, als auch die Abbrüche in Integrationsmaßnahmen oder ähnlichen Angeboten im Vergleich zu Qualifizierungen mit IHK-Abschluss sind nach Einschätzung der Mehrheit der Befragten weitgehend

gleichgeblieben (68 Prozent). Lediglich vier von 19 Befragten berichteten, dass die Abbrüche aufgrund von Arbeitsaufnahmen im Vergleichszeitraum zugenommen haben, und nur drei von 19 gaben an, dass die Abbrüche in Integrationsmaßnahmen im Vergleich zu Qualifizierungen mit IHK-Abschluss gestiegen sind.

4.3.2 Qualitative Analyse

*Der Arbeitsalltag und die Handlungslogiken der Reha- und Integrationsmanager*innen*

Der Arbeitsalltag wird von den Reha- und Integrationsmanager*innen als *„umfangreich, flexibel und als ein sehr weites Spektrum“* (Teamleiterin: 11f.), ein *„ganz buntes Sammelsurium an Tätigkeiten“* (RIM-Frau S2.: 40) beschrieben. Das erfordert wiederum ein vielseitiges Wissen über die verschiedenen hausinternen und -externen Prozesse, um adäquat auf die durchaus komplexen Anforderungen und Problemlagen reagieren zu können.

Im Kern lassen sich zwei Selbstverständnisse von Reha- und Integrationsmanager*innen aus dem Datenkorpus herausarbeiten. Entweder sie betrachten sich als Steuermänner und -frauen der beruflichen Rehabilitation oder als prozessbegleitende *„Partnerinnen für die Rehabilitation“* (Teamleiterin-Frau H.: 4) – als *„erste Anlaufstelle“* (RIM-Frau H.: 18) – der beruflichen Rehabilitation. Erstere fordern sich stärker die Selbstverantwortung der Leistungsberechtigten ein und betrachten sich eher als verwaltungstechnisch als organisierende Problemlöser*innen. Zweitere verstehen sich stärker lebensweltlich unterstützend und dementsprechend eher als Sozialarbeitende und nicht als Verwalter*innen. Diese Haltung wird bspw. in der folgenden Textpassage deutlich:

> *„Und da sind wir eben immer diejenigen, die das so im Blick haben und steuern und auch den Teilnehmern auch ein bisschen die Sorge nehmen, dass wir sie dann auch wieder, wenn sie gesund sind, sag ich mal, oder stabil sind, das wir sie dann auch wieder hier in die Qualifikation reinholen oder eben andere Maßnahmen anfangs erarbeiten, wenn es Anstieg gibt. Manchmal ist es ja auch so, dass man die Teilnehmenden doch irgendwie gerade bei psychischen Krankheiten (..) und sich das nicht zutrauen und dass man dann einfach was anderes findet, was vielleicht ein anderes Anspruchslevel hat, so eine Kurzqualifikation zum Beispiel. (..) Das würde man dann immer abstimmen, sowohl mit den Teilnehmenden als auch mit dem Träger“* (ebd.: 38-46).

In dieser Textpassage manifestiert sich eine gewisse Bedarfsorientierung bei den Versicherten, die jedoch zugleich auch die Kapazitäten in dem Berufsförderungswerk im Blick hat. Es geht insofern um die Verwaltung der Ressourcen der Leistungsberechtigten sowie um die des Hauses. Deshalb wird von vielen Befragten auch der persönliche Kontakt zu den Leistungsberechtigten favorisiert und rein digitale Angebote abgelehnt.

Die erfolgreiche Unterstützung oder Begleitung erfordert auch eine engmaschige Kooperation mit verschiedenen Akteuren im Haus und auch darüber hinaus:

> *„Wir sind viel in Teamsitzungen eingebunden, um halt die ganzen Prozesse auch wirklich steuern zu können, um uns dann einen Überblick für jeden einzelnen Teilnehmer zu verschaffen […]. Ansonsten haben die Teilnehmer hier jederzeit die Möglichkeit, an die Türe zu klopfen und bei jedem Anliegen oder Problem sind wir dann jederzeit auch greifbar, da dann schnell zu klären“* (Teamleiterin: 38-43).

So wird beispielsweise auch von Seiten der Reha- und Integrationsmanager*innen der externe Kontakt zu Reha-Fachberatenden gesucht, *„um den aktuellen Stand zu erfragen oder nehmen Kontakt dazu auf, wenn es um schwierige Fälle geht oder gegebenenfalls um Abbrüche“* (ebd.: 45f.). Die Vielseitigkeit der Tätigkeit wird als salutogener Aspekt der Tätigkeit beschrieben:

> *„Ich habe noch nie solange einen Job gehabt. Aber das macht echt Spaß und ist natürlich auch abwechslungsreich. Weil das halt, da ist jeder Fall anders und es gibt immer wieder neue Probleme. Und dann macht es einfach Spaß, Leuten zu helfen“* (RIM-Frau H.: 29-32).

Die Vielseitigkeit ist jedoch ein zweischneidiges Schwert, da sie auch zu einer Arbeitsintensivierung führen kann, wenn mehr Leistungsberechtigte auf einem oder einer Reha- und Integrationsmanager*in kommen. So berichtete beispielsweise eine Befragte, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit vor zweieinhalb Jahren lediglich 25 Leistungsberechtigte betreute, während es aktuell 50 seien, also eine Zunahme von 100 Prozent. Sowohl die zunehmende Komplexität der Fälle aufgrund psychischer Belastungen als auch die steigende Zahl der Leistungsberechtigten beeinflussen maßgeblich ihre Arbeitsintensität und damit ihre Arbeitsbelastung.

> *„Das ist ja jetzt so explosionsartig gewachsen, und die Tendenz und die Entwicklung, sowohl von Reha-Seite – Träger – aus, als auch von unserer Seite geht es, dass die psychischen Erkrankungen zunehmen, und unsere Zahlen und der Wartelisten zeigen das, und dass jetzt tatsächlich gesehen wird, ah, okay, da müssen wir mehr Personal hinschicken, und das ist zum Beispiel etwas, wo wir gerade dran sind, eben genau diese individuelle Arbeit weiterhin leisten zu können, weil ansonsten gehen wir irgendwann kaputt und wir sind vielleicht auch irgendwann Teilnehmer“* (RIM-Frau S1.: 142-149).

Durch das zunehmende Klientel mit komplexen Problemlagen hat sich auch der Betreuungsaufwand pro Rehabilitand*in im Berufsförderungswerk erhöht, was mit einer Zunahme von Tätigkeiten wie dem vermehrten Führen von Verlaufsgesprächen einhergeht. Die Tätigkeit der Reha- und Integrationsmanager*innen wurde durch solche Fälle zudem zunehmend sozialpädagogisch geprägt, im Sinne einer stärkeren lebensweltlichen Unterstützung der Teilnehmenden. Zum Beispiel unterstützen diese auch beim Erstellen von Bewerbungsunterlagen (RIM-Frau B.: 77-91) und beschreiben, dass sie für *„alles zuständig“* (RIM-Frau P2.: 51) sind. So konstatierte eine Reha- und Integrationsmanagerin, die seit 25 Jahren im Berufsförderungswerk arbeitet, das Folgende in Bezug auf die zunehmende Integrationsunterstützung der Teilnehmenden:

> *„Ja, nach meinem Dafürhalten waren wir auch nie wirklich Expertinnen auf diesem Gebiet* [Integrationsunterstützung]. *Es war einfach was, was die Kostenträger gefordert haben, und man hat das Thema Integration ein bisschen, finde ich, wie so eine heiße Kartoffel im Haus hin*

> *und her geschoben auf der Suche danach, wer kann das denn kompetent machen und wer hat überhaupt die Ressourcen, das zu machen? Und es waren dann zwischenzeitlich Strukturen im Haus, sagen wir mal in Form von einer Art eigenem Büro und Abteilungen mit Mitarbeitenden, die das dann mehr gemacht haben. Und dann wird es aber sozusagen irgendwann auf alle aufgeteilt, mit verschiedenen Rollen, und ich würde sagen, dass es einen Bereich, da sind wir auch ein bisschen am Schwimmen. Nach wie vor, weil das nicht so aus einer Hand läuft*" (RIM-Frau B.: 84-91).

Früher sei sie stärker vom Ausbildungsalltag distanziert gewesen, während sie diesen heute aktiv unterstützen müsse.

> *„Also die Abgrenzung, was ist eigentlich mein Job und was ist er nicht, die ist finde ich schwieriger geworden und die hat sich verschoben"* (ebd.: 108f.).

Die Reha- und Integrationsmanager*innen werden von den komplexeren Fällen auch häufig als Vertrauenspersonen betrachtet, sodass andere Professionen wie die expliziten Sozialpädagog*innen im Haus überhaupt nicht hinzugezogen werden. Durch diesen persönlichen Kontakt, *„ist die Arbeitsbelastung schon größer geworden"* (RIM-Frau H.: 359f.). Neben der Zunahme der Leistungsberechtigten berichten andere davon, dass sich die Dokumentation intensiviert hat, wodurch ein Mehr an Arbeitsaufwand entstanden sei.

> *„Die Arbeit ist einfach dichter geworden. Wir haben nicht weniger Teilnehmer deswegen zugeordnet gekriegt. Also eine Vollzeitstelle hat bei uns 82 Teilnehmer"* (ebd.: 63ff.).

Fehlendes Personal in den Berufsförderungswerken steigert somit die Arbeitsbelastung der anderen Mitarbeitenden im Berufsförderungswerk. So berichtete ein Teamleiter, dass sie bis zu einem halben Jahr Zeit benötigen, bis sie einen neuen, passenden Mitarbeiter gefunden und eingestellt haben. Insofern werden nicht nur die Leistungsberechtigten belasteter, sondern auch die Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken. Beides führt er auf die aktuelle Arbeitsmarkt- und Fachkräftesituation zurück:

> *„Also ich glaube, das ist der hauptsächliche Punkt, das einfach der Arbeitsmarkt so gut, also dass die Konkurrenz hoch ist. Gerade Berufsschulen sind wirklich eine ernstzunehmende Konkurrenz, also was nicht von vom Teilnehmerkreis oder vom Leistungsspektrum, sondern einfach von Mitarbeiter Konkurrenz, also von Mitbewerber, Anbieter. Berufsschulen zahlen einfach nochmal ein Stück weit deutlich besser als Berufsförderungswerke, auch wenn wir trotzdem Tarif, also TVL zum Beispiel haben*" (Teamleiter: 93-98).

Damit sind nicht nur die Klientel von der durch Fachkräftemangel bedingten Sogwirkung des Arbeitsmarktes betroffen, sondern auch potenzielle Mitarbeitende in den Berufsförderungswerken. Zwar sind derzeit nur die Berufsschulen ernstzunehmende Arbeitgeberkonkurrenten der Berufsförderungswerke, während andere Bildungsträger aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen weniger relevant sind, doch auch in Zukunft wird es für die Berufsförderungswerke entscheidend sein, durch gute Arbeitsbedingungen Personal langfristig zu binden und entstandene Leerstellen schnell nachzubesetzen.

*Erreichen potenzieller Rehabilitand*innen*

Das Erreichen potenzieller Rehabilitand*innen mit Informationen über die Angebote der Berufsförderungswerke ist ein wichtiger Schritt, um potenzielle Leistungsberechtigte in den Prozess der beruflichen Rehabilitation einzubinden. Mit diesem Prozessabschnitt haben die Reha- und Integrationsmanager*innen jedoch meist nicht direkt etwas zu tun, da sie erst dann zuständig sind, wenn die Leistungsberechtigten an einer Maßnahme im Berufsförderungswerk teilnehmen.

Eine Reha- und Integrationsmanagerin aus einem Berufsförderungswerk mit Schwerpunkt auf Augenerkrankte berichtet kontrastiv, dass sie in ihrem Haus zunächst klassisch bei Augenärzt*innen anfragte, ob diese das Poster des Berufsförderungswerks haben wollten. Sie stieß jedoch auf Schwierigkeiten, Personen mit Entscheidungsbefugnissen zu erreichen, sodass es schwierig war, die Poster aufzuhängen. Daraufhin begann sie, die Arztpraxen persönlich aufzusuchen. Dort wurde ihr jedoch gesagt, man wolle keine Krisen im Wartezimmer haben, da das Poster des Berufsförderungswerks alle Augenkrankheiten auflistete. Darüber hinaus nahm sie an einem regionalen Augenärzte-Kongress teil, wo sich ebenfalls niemand für das Berufsförderungswerk interessierte. Die sinnvollsten Stellen für die Informationsverbreitung seien daher beispielsweise die Kostenträger, wo die Flyer ausgelegt werden, aber auch Verbände und Vereine. Diese engagierte Reha- und Integrationsmanagerin stellt jedoch einen Einzelfall in unserem Sample dar, da in vielen Häusern der Kunden- oder Außendienst genau für diese Aufgabe zuständig ist.

Ein neuralgischer Punkt, der von mehreren Interviewpartner*innen hervorgehoben wurde, war, dass die Berufsförderungswerke als Institutionen der beruflichen Rehabilitation nicht weitläufig bekannt sind. Dabei ist gerade die Informiertheit potenzieller Leistungsberechtigter der erste relevante Schritt des Prozesses der beruflichen Rehabilitation:

> Es *„ergibt sich dann ganz vieles mit den Informationen, dass dann die Teilnehmer natürlich merken, sie haben eine Perspektive, es ist eine. Ich denke, eine Finanzierung dahinter, man hat Möglichkeiten, dann auf dem Umschulungsweg wieder beruflich Fuß zu fassen, ich glaube, da greift das Beratungssystem"* (RIM-Frau S2: 103-106).

Hier zeigt sich erneut die enge Zusammenarbeit zwischen Reha-Kliniken und Berufsförderungswerken, die Voraussetzung dafür ist, dass ausreichend Versicherte in Letztere übergeleitet werden. Bemerkenswert ist, dass eine Befragte ausdrücklich hervorhebt, dass Informationsdefizite insbesondere bei Personen bestehen, die aus Reha-Kliniken kommen oder in Betrieben ohne Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) tätig sind. In Institutionen hingegen, in denen über Angebote der beruflichen Rehabilitation informiert wird, verfügen die Versicherten in der Regel über ein deutlich besseres Wissen zu diesen Einrichtungen.

Im Grunde genommen können vier verschiedene Informationskanäle anhand unserer Daten unterschieden werden, die mehr oder weniger intensiv von den Häusern direkt oder indirekt

bespielt werden. Die **erste** Möglichkeit ist der direkte Weg über die Reha-Fachberater der Kostenträger.

> *„Dann kriegen die irgendwie einen Flyer mit und dann stellen sie sich bei uns vor und sind aber von Herr X geschickt worden“* (Teamleiter: 147-149).

Die Kostenträger werden von allen Befragten für die Information in die Verantwortung genommen. Auch die Reha-Kliniken sind wichtige Institutionen des Zu- und Übergangs zu den Berufsförderungswerken, die viele Befragte betonen: So berichtete eine davon, *„dass in der Reha-Klinik einfach diese Informationen zu den Leistungen zur Teilhabe erfolgen. Also der Hinweis mit der Antragsstellung, dass es Umschulung usw. gibt“* (RIM-Frau S2: 86-88). Hieraus ergibt sich eine gewisse Abhängigkeit von externen Akteuren und inwieweit diese die Berufsförderungswerke als zentrale Akteure der beruflichen Rehabilitation bewerben.

> *„Kostenträger hat ja letztlich den Hut auf zu entscheiden, bewilligt er so eine Umschulung? Das ist immer so der Punkt, dass es eben auch sinnhaft ist und dass die ärztlichen Dienste der jeweiligen Kostenträger sich da auch mit für aussprechen”* (RIM-Frau W.: 121-123).

Weitere Wege sind folgende: Zum Beispiel wurde **zweitens** davon berichtet, dass manche Leitungsberechtigte auf das Berufsförderungswerk mittels eines Bildungsgutscheins aufmerksam geworden sind. Auch eine gut gepflegte Website unterstützt beim Erreichen von potenziellen Rehabilitand*innen. Zu ergänzen ist, dass auch die Mund-zu-Mund-Propaganda hier ein entscheidender Aspekt zum Beispiel im sozialen Nahumfeld darstellen kann (vgl. RIM-Frau P2). Auch die spezifischen Berufsbilder wurden in diesem Zusammenhang als Möglichkeit der regionalen Bekanntheit beschrieben. So berichtete ein Reha- und Integrationsmanager davon, dass vor allem jüngere Leistungsberechtigte auf die IT-Berufe aufmerksam werden (vgl. RIM-Frau H1).

Ein weiterer Informationsweg ist **drittens** ein implementierter Informationstag, den manche Berufsförderungswerke wöchentlich anbieten.

> *„Und am Nachmittag, wenn sie dann diesen ganzen Tag hier hatten und sich das ganze BFW anschauen könnten, gibt es ja noch das Angebot von den Reha- und Integrationsmanagern für individuelle Beratungsgespräche, wo dann häufig nochmal ganz individuelle Geschichten zum Tragen kommen und wo man einfach schaut, wie kann man denjenigen jetzt noch unterstützen, um in die berufliche Reha einzumünden, was ist notwendig, welche Anträge müssen sie eventuell noch stellen“* (Z. 27-33).

Eine andere Befragte beschrieb das Angebot ähnlich:

> *„Da gibt es eine umfassende Präsentation und Möglichkeit des Austauschs darüber was bietet das BFW an wie läuft so eine berufliche Reha ab was gibt es auch jenseits der beruflichen Reha für Angebote für Rehabilitanden der Vermittlung in eine leidensgerechte Tätigkeit*” (RIM-Frau W: 82-85).

Im Anschluss finden stets Einzelberatungsgespräche für Besucher*innen mit weiterem Informationsbedarf statt, wie dieselbe Befragte berichtete. Neben diesen teilnehmerspezifischen

Informationstagen haben manche Berufsförderungswerke auch *„einrichtungsspezifische Veranstaltungen“* (Teamleiter: 173), zu denen sie externe Akteure wie bspw. die Kostenträger einladen. Eine Befragte erzählte bspw. davon, dass sie eine Informationsveranstaltung für Ärzt*innen organisiert hatten: *„Da hatten wir mal 50 Ärzte da. Dann haben wir denen erklärt, wie das funktioniert. (..) Die hatten viele Fragen. Sonst hatte ich noch nichts damit zu tun“* (RIM-Frau H2: 407-409). Manche Berufsförderungswerke bieten auch Online-Infotage an, die jedoch eine Herausforderung darstellen, weil diese unter Umständen als zu unpersönlich empfunden werden. Für Teilnehmende mit einer Sozialphobie beispielsweise sei dieser Zugang jedoch eine echte Chance (vgl. RIM Frau-S.).

Ein **vierter** Informationsweg besteht in der öffentlichen Bewerbung der Berufsförderungswerke. So berichtete eine Befragte, dass ihr Berufsförderungswerk im regionalen ÖPNV werben könne und einige potenzielle Leistungsberechtigte genau über diese Werbung auf das Angebot aufmerksam wurden und den Weg in die Einrichtung fanden. Zugleich wurde auch davon berichtet, dass die Möglichkeit der öffentlichen Bewerbung lange Zeit auch untersagt wurde.

> *„Es gab lange Jahre immer wieder die Kommunikation, wir dürfen keine Werbung als Berufsförderungswerk machen“* (RIM-Frau S.: 212-214).

Zusammenarbeit mit anderen Akteuren

Es besteht teilweise eine direkte Zusammenarbeit mit drei zentralen Akteursgruppen der beruflichen Rehabilitation: den Kostenträgern, den Arbeitgebenden – die sowohl Rehabilitand*innen betreuen als auch für das Portfolio der Angebote des Berufsförderungswerks werben – sowie den Reha-Kliniken. Diese Kooperation ermöglicht eine breit aufgestellte und praxisnahe Betreuung der Teilnehmenden. Eine Schwachstelle liegt in der geringen Präsenz der Berufsförderungswerke im Sozialraum. Im Vergleich zu anderen Bildungseinrichtungen ist das Angebot bislang kaum sichtbar oder mit den lokalen sozialen Strukturen und Einrichtungen vernetzt (vgl. Teamleiter).

Die Kostenträger

Die Befragten berichten von einem engen Kontakt und einer engmaschigen Kooperation auf Augenhöhe zwischen Berufsförderungswerk und den Kostenträgern, mit der ein Großteil sehr zufrieden ist. Diese Kooperation basiert auf der gemeinsamen Zielperspektive, trotz durchaus unterschiedlicher Handlungsorientierungen und Institutionslogiken.

> *„Wir suchen halt individuelle Lösungen für Teilnehmer“* (RIM-Frau P2: 87), berichtete beispielsweise eine Befragte.

Eine bedeutende Rolle nehmen beim Thema Kooperation mit den Kostenträgern sowohl die Reha-Fachberatenden als auch das Fallmanagement ein. Beide fungieren als Schlüssel- oder Scharnierpersonen zu den Kostenträgern. Eine gute telefonische Erreichbarkeit ist entscheidend, um in Einzelfällen schnell, flexibel und bedarfsgerecht reagieren zu können. Sie

erleichtert die Abstimmung zwischen den Beteiligten und ermöglicht ein unmittelbares Handeln im Sinne der Bedarfe der Teilnehmenden. Bedeutend ist dafür, eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen beiden Institutionen auf personeller Ebene zu schaffen.

> *„Ich glaube, dass Berufsförderungswerk hat schon seit Jahren einen guten Ruf und die* [Kostenträger] *wissen, dass sie sich hier auf die Mitarbeiten verlassen können"* (RIM-Frau P2: 311f.).

Diese persönliche Komponente ist bei der Kontaktpflege ebenfalls nicht zu unterschätzen.

> *„Und je mehr man nicht nur über Schriftform, sondern auch mal so zwischendurch mal zum Hörer greift und sich mal abstimmen oder vielleicht auch mal die Überlegung teilt, Mensch, ich bin mir jetzt nicht ganz sicher, wie es über den richtigen Weg, was meinen sie also die Leute eher so ein bisschen damit auch einbindet, desto besser ist es eigentlich"* (RIM-Frau B.: 533-536).

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass einige Ansprechpartner*innen bei den Kostenträgern telefonisch nur schwer zu erreichen sind, was die Fallarbeit teilweise verzögert und erschwert. Zudem wurde deutlich, dass insbesondere bei einigen Trägern die Erreichbarkeit seit Beginn der COVID-19-Pandemie deutlich nachgelassen hat. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die stärkere Verlagerung ins mobile Arbeiten, wodurch feste Erreichbarkeiten und persönliche Ansprechpartner*innen seltener verfügbar sind. Die erschwerte Erreichbarkeit kann dazu führen, dass die bislang als zufriedenstellend empfundene Kooperation auf Augenhöhe von den Mitarbeitenden des Berufsförderungswerks nicht mehr in gleicher Weise wahrgenommen wird.

Die Reha- und Integrationsmanager*innen berichteten auch davon, dass sie die Erfahrung machen, dass die Kostenträger grundsätzlich gut über die Angebote im Berufsförderungswerke informiert sind, es jedoch in der letzten Zeit zu häufigen personellen Wechseln und Fluktuationen auf Seiten der Kostenträger kam, was sich auch mit den Berichten der Expert*innen der Reha-Fachberatenden deckt (Fachkräftemangel und Arbeitsbelastung). In diesem Zusammenhang konstatiert eine Befragte:

> *„Ich finde, es ist ein bisschen schwierig mit den vielen Wechsel. Wir erleben häufig, das Ansprechpartner wechseln, dass Leute, die vielleicht nicht so im Reha-Bereich sind, sich nicht gut auskennen"* (RIM-Frau H.: 359f.).

Hier liegt ein neuralgischer Punkt: Während eingespielte und auf beiden Seiten erfahrene Kooperationen eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung schaffen, müssen diese bei neuen Mitarbeitenden erst einmal hergestellt werden. Manche Reha-Fachberater*innen sind noch wenig erfahren, weshalb es wichtig wäre, dass gerade sie die Berufsförderungswerke kennenlernen, um sich zu informieren und abzustimmen. So haben einige Berufsförderungswerke bspw. einen *„Berufsinformationstag"* (RIM-Frau H.: 127), zu dem sie auch die Kostenträger einladen und informieren, *„was es an neuen Maßnahmen gibt. Oder was sich verändert hat. Oder das alles funktioniert, wenn das neue Berater sind. Das ist für die spannend"* (RIM-Frau H. 128f.).

Diese Infotage werden von den Reha- und Integrationsmanager*innen als sinnvolle Gelegenheiten beschrieben, um solide Arbeitsbeziehungen zu etablieren. Dies ist auch aus der Perspektive der Leistungsberechtigten bedeutend. Denn, umso besser die Reha-Fachberatenden beraten, je besser informiert kommen die Leistungsberechtigten ins Berufsförderungswerk, konstatieren die Befragten kausalgenetisch.

Eine weitere Herausforderung in der Zusammenarbeit, von der mehrere Reha- und Integrationsmanager*innen berichten, ist die Bürokratie, wie zum Beispiel die Regelungen zum Datenschutz. Diese können auch die Zusammenarbeit und Kommunikation erschweren, was Unmut auf Seiten der Reha- und Integrationsmanager*innen hervorruft.

> *„Wir haben jetzt gerade die Situation, die Deutsche Rentenversicherung Bund sagt immer, nicht der Berater vor Ort ist zuständig, sondern der Verbund hier in der Region. Jetzt hat der Teilnehmer aber nur die Kontaktdaten eines Reha-Beraters vor Ort. Er fragt nach den Kontaktdaten der Berater hier vor Ort. Wir dürfen die aber nicht rausgeben. (.) Das heißt, wir müssen ihn auf eine zentrale Nummer verweisen und bitten dort anzurufen, um sein Problem zu klären“* (RIM-Frau S.: 96-101).

In dieser Textpassage berichtet eine Reha- und Integrationsmanagerin, wie eine bürokratisch erschwerte direkte Kommunikation die bedarfsgerechte Zusammenarbeit mit den Kostenträgern behindert. Dass dies sowohl auf Seiten der Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken als auch auf Seiten der Leistungsberechtigten zu Frustration führen kann, ist naheliegend und dem Gelingen des Prozesses der beruflichen Rehabilitation nicht förderlich.

Arbeitgebende

Zu den Arbeitgebenden besteht seitens der Reha- und Integrationsmanager*innen in der Regel kein direkter Kontakt; dieser liegt meist bei den Ausbilder*innen der Berufsförderungswerke. Die Arbeitgebenden werden von allen als wichtige Akteure im Prozess der beruflichen Rehabilitation verstanden, zumal diese Akteure gerade im Rahmen von der Vergabe von Praktikumsplätzen eine entscheidende Rolle spielen. Der Übergang von einer Umschulung bzw. Maßnahme im Berufsförderungswerk zum Arbeitsplatz bei einem Arbeitgeber wird maßgeblich durch die Berufsförderungswerke gestaltet – insbesondere durch deren Kontakte zu den Unternehmen. Je besser und vielseitiger diese Kontakte sind, desto erfolgreicher gelingt die Vermittlung der Versicherten im Rahmen der Pflichtpraktika. Hinzu kommt, dass Ausbilder*innen der Berufsförderungswerke auch in die Unternehmen fahren, um vor Ort zu überprüfen, wie gut die Einarbeitung und das Praktikum aus Sicht der Rehabilitand*innen verlaufen.

Die Kooperation mit der Akteursgruppe der Arbeitgebenden ist keine einseitige Einbahnstraße, sondern auch die Arbeitgebenden können daraus einen Nutzen ziehen, berichteten die Befragten.

> *„Die Arbeitgeber profitieren ja auch sehr davon, wenn sie jetzt einen verlässlichen Mitarbeiter im Praktikum haben. Wenn denn klar ist, ok, nach einem halben Jahr hat derjenige seine*

> *Ausbildung beendet und kennt sich schon, das hat gut funktioniert, dass er den übernehmen kann"* (RIM-Frau S2.: 366-368).

Interessant ist, dass genau diese Perspektive nicht zwangsläufig von den Arbeitgebenden zumindest nach den von uns erhobenen Daten geteilt wird. Diese berichteten eher davon, dass es eher selten zu Mitarbeitendenübernahmen kommt.

Zu Kontakten mit Arbeitgebenden kommt es in der Regel erst, wenn sich die Teilnehmenden bereits im Praktikum befinden und erkennbar wird, ob dieses gut verläuft oder Schwierigkeiten auftreten. In solchen Fällen besuchen Mitarbeiter*innen des Berufsförderungswerks auch die Betriebe, um sich vor Ort ein Bild vom Verlauf des Praktikums zu machen. Je besser die Kommunikation zwischen den Arbeitgebenden und dem Berufsförderungswerk ist, desto eher können Herausforderungen auf Seiten der Versicherten erkannt und entsprechend begleitet werden – was letztlich den Reha-Prozess positiv beeinflusst.

Einige Reha- und Integrationsmanager*innen haben selbst Kontakt zu den Arbeitgebenden. Auch hier sei ein sozialer, nahbarer Draht zu diesem Prozessakteur wichtig. Bei den Arbeitgebenden komme es vor allem darauf an, ob ein informelle Kontakt schon besteht: *„Dass ich mal Leute wieder anschreibe und sage, wie sieht es aus, könnten sie vielleicht mal wieder jemand geben oder so*" (RIM-FRAU B.: 564-566). Gerade diese informellen Beziehungen sind jedoch laut den Befragten zum Teil während der Corona-Pandemie zurückgegangen.

> *„Wir kriegen ganz selten absagen, wenn wir oder die Ausbilder bei den Firmen, Bibliotheken oder wo auch immer Anfragen, ob sie Platz haben für Praktikanten. Oft ergibt sich auch dann ein Arbeitsplatz aus dem Praktika"* (ebd.: 327-329).

Reha-Kliniken (Sozialdienst)

Direkter Kontakt zu den Reha-Kliniken besteht laut den befragten Personen kaum oder überhaupt nicht und wenn, dann nur aufgrund von bspw. Rückfällen von Suchtkranken, die dann wieder in eine Klinik müssen. In den meisten Berufsförderungswerken ist der Vertrieb für den Kontakt und das Aufsuchen der Reha-Kliniken zuständig.

> *„Wir bekommen die Teilnehmer sozusagen, wenn ich das so sagen darf, als Fertigprodukt"* (RIM Frau P2: 332f.).

Einige Befragte berichteten jedoch von einer engen Kooperation mit den Reha-Kliniken. So schilderte ein Berufsförderungswerk, dass zu den regelmäßig stattfindenden Informationstagen ein Shuttlebus aus einer Reha-Klinik Interessierte bringe, die sich vor Ort über die berufliche Rehabilitation und die angebotenen Maßnahmen informieren können. Das persönliche Kennenlernen des Berufsförderungswerks sei dabei zentral, denn *„das kann man nicht online ersetzen*" (RIM-Frau S.: 140). Auch eine Teilnahme an einer MBOR-Maßnahme kann einen möglichen Zugangsweg in das Berufsförderungswerk darstellen.

Faktoren des Prozessgelingens

Im Rahmen der Befragung wurden verschiedene Faktoren beschrieben, die maßgeblich das Gelingen der beruflichen Rehabilitation im Berufsförderungswerk beeinflussen. Grundsätzlich lassen sich diese Faktoren den spezifischen Akteursgruppen zuordnen. Da in diesem Kapitel Überschneidungen zu anderen Themenbereichen bestehen, werden die hier dargestellten Ergebnisse auf die Akteursgruppen der Teilnehmenden, der Reha- und Integrationsmanager*innen sowie der Arbeitgebenden bezogen. Auch die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern ist essenziell für das Gelingen der beruflichen Rehabilitation, wurde jedoch bereits im Kapitel zur Kooperation mit anderen Akteuren behandelt.

Teilnehmende

Auf der Seite der Teilnehmenden sind zentrale Faktoren für das Gelingen des Prozesses feststellbar: **Erstens** ist die Anfangszeit im Berufsförderungswerk entscheidend, um in dieser Struktur anzukommen und sich einzufinden. Dazu gehört auch, eine neue Tagesstruktur zu etablieren und sich anzueignen. Bereits während dieses Ankommens – oder sogar davor – wird die EA/AP bzw. der RVL als bedeutender Faktor genannt, da sie die geeigneten Maßnahmen und Unterstützungsleistungen festlegen und die Leistungsberechtigten auf die neue Lernumgebung vorbereiten.

> Das [RVL] ist wie *„Nadelöhr, um zu sondieren, um rauszufinden, ob die Person reif ist und auch geeignet ist für eine berufliche Reha und ob das bei uns da passend ist“* (RIM-Frau B.: 490f.).

Ein weiterer Faktor ist **zweitens** eine *„hinreichende Krankheitsverarbeitung“* (RIM-Frau S.: 172). Dies wird sogar zum Teil als Hauptgrund für potenzielle Abbrüche bewertet.

> *„Aber sozusagen die Ausgangslage, wie stabil kommt jemand her und wie gut ist das medizinische tatsächlich, sozusagen Schnee von gestern, das ist, glaube ich, spielt eine große Rolle“* (RIM-Frau B.: 243-245).

Neben diesen gesundheitsbezogenen Aspekten spielen **drittens** weitere soziale Voraussetzungen bei den Leistungsberechtigten eine wichtige Rolle, damit der Prozess der beruflichen Rehabilitation gelingt. Genannt wurden hier bspw. die *„Motivation“* (ebd.: 175; RIM-Frau H.: 211), die Verantwortungsübernahme und Eigeninitiative, geringe Selbstzweifel, ein unterstützendes soziales Umfeld, was die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation inklusive bspw. einer Internatsunterbringung unterstützt. Hierzu zählen auch sozialintegrative Kompetenzen, wie das Einordnen in eine Gruppe und eine generelle Offenheit für Veränderungen.

> *„Also diese Offenheit zu sagen, ich möchte was verändern in meinem Leben, damit ich vorankomme, das ist auch ein ganz, ganz wichtiges Thema, was auf jeden Fall für uns eine große Rolle spielt. Weil wenn diese Offenheit nicht gegeben ist, dann können wir ansetzen und unterstützen wie wir wollen, dann wird sich trotzdem nicht verändern, wenn der Teilnehmer zu macht“* (ebd.: 182-186).

Neben diesen *weichen* (subjektiven) Faktoren wurden auch **viertens** *harte* (objektive) Faktoren genannt. Hierzu zählen die finanzielle Absicherung, die eigene Mobilität. Der erfolgreiche

Abschluss der Maßnahme im Berufsförderungswerk, endet häufig mit einer Arbeitsmarktintegration.

> *„Die, die es geschafft haben, bis zum Ende zu kommen, die kommen dann auch in Arbeit"* (Teamleiter: 405f.).

Entscheidend ist jedoch in diesem Zusammenhang, wie gut der Abschluss ist (vgl. Teamleiterin). Das korreliert wiederum laut den Aussagen der Befragten mit den Fehlzeiten, die ebenfalls zu den objektiven Faktoren zählen.

> *„Je weniger die Fehlzeiten, desto mehr ist es erfolgreich"* (RIM-Frau H.: 238).

Fehlzeiten treten demnach häufiger bei Personen auf, die pendeln. **Fünftens** spielt auch die Wahl des Ausbildungsberufs eine entscheidende Rolle: Je nach Arbeitsmarktlage und Berufsfeld ist es unterschiedlich wahrscheinlich, dass bestimmte Ausbildungsberufe höhere Integrationsquoten erzielen als andere.

Auch das Thema Nachsorge wurde **sechstens** von den befragten Reha-Fachberatenden als bedeutender Faktoren thematisiert. Für die Befragten war die Nachsorge im Kontext der komplexer werdenden Fälle eine entscheidende Schnittstelle, die das Gelingen der beruflichen Rehabilitation positiv beeinflussen kann. Einige berichteten davon, dass sie ein telefonisches Coaching im Berufsförderungswerk etabliert haben, dass den Absolvent*innen eine weitere Handlungsorientierung geben soll, da viele mit dem Wegbrechen der Tagesstruktur im Berufsförderungswerk erst einmal überfordert sind, was bei komplexen Problemlagen auch wenig überraschend ist. Andere Befragte berichteten davon, dass sie im Berufsförderungswerk eine Personalstelle für eine adäquate Nachsorge extra etabliert haben.

> *„Wir haben einen externen Psychologen. Mittlerweile ist sie bei uns angestellt. Sie begleitet die Teilnehmer bis 6 Monate nach der Maßnahme noch in Bewerbungscoaching, sie berät, sie ermutigt, stellt Deadlines, sie berät, bevor jemand zu Vorstellungsgesprächen geht, sie ist extra dafür da. Und das ist ihre Hauptarbeit, sich um die Nachbetreuung zu kümmern"* (RIM-Frau P2.: 281-285).

Praxis der Reha- und Integrationsmanager*innen

Für ein Gelingen des Prozesses müssen die Reha- und Integrationsmanager*innen individuell und bedarfsorientiert am jeweiligen Fall arbeiten (individualisierte Teilhabeplanungen) und aufgrund der Zunahme komplexer Problemlagen auch die Lebenswelt der Rehabilitand*innen stärker miteinbeziehen. Hierbei bilden auch die Netzwerke der Reha- und Integrationsmanager*innen zu anderen Akteuren wie Arbeitgebenden, Ärzt*innen oder Reha-Fachberatenden eine wichtige Ressource.

Eine bedeutende Voraussetzung dafür ist, dass die Reha- und Integrationsmanagerinnen als Team agieren können. Wenn es ihnen im Team gelingt, individuell auf die Bedürfnisse einzugehen und darauf zu reagieren, dann ist auch die Wahrscheinlichkeit hoch, dass der Prozess für den Leistungsberechtigten insgesamt gelingt. Gerade vor dem Hintergrund der komplexen

Fallkonstellationen erscheint eine individuelle Anpassung an die Bedarfe als zentrale Voraussetzung für das Gelingen.

Ein weiterer Faktor ist das multiprofessionelle Team: Hierbei wird insbesondere die Trennung von RIM und Fallmanagement betont. Anfangs wurden beide Aufgaben noch gemeinsam wahrgenommen, inzwischen jedoch aufgrund der gestiegenen Teilnehmendenzahl voneinander getrennt. Beim Fallmanagement laufen die *„verschiedenen Handlungsfelder, läuft da sozusagen bei unserem Falli alles zusammen“* (RIM-Frau S. 310f.). Ähnlich wie bei den Sozialdienstmitarbeitenden wird auch von den Reha- und Integrationsmanager*innen das Fallmanagement als Scharnierakteur betrachtet, welches in der Lage ist, die Prozesslücken bestmöglich schließen zu können.

Arbeitgebende

Aus Sicht der Arbeitgebenden stellt die Doppelqualifizierung der Teilnehmenden einen zentralen Erfolgsfaktor im Rehabilitationsprozess dar. Besonders geschätzt werden Personen, die im Berufsförderungswerk eine Umschulung absolviert und dabei sowohl praktische Erfahrung in einem Berufsfeld als auch zusätzliche Qualifikationen erworben haben – etwa die Verbindung einer handwerklichen Tätigkeit mit administrativen Kompetenzen. Solche Kombinationen sind auf dem regulären Arbeitsmarkt kaum zu finden und erhöhen die Attraktivität der Teilnehmenden für Unternehmen.

> *„Und gerade das ist eigentlich das, was Unternehmen schätzen zu sagen, ich habe hier jemanden, der weiß, um was es geht, der Stand oder steht im Leben und bringt gegebenenfalls, also manchmal ist es natürlich artfremd, wenn ich vom Friseur oder vom Bäcker zum technischen Produktionsdesigner bin. Dann nützt mir das vom Beruf natürlich auch nicht. Aber es gibt ja mitunter auch Kombination, wo jemand jahrelang in der Werkhalle oder in der Produktion tätig war und dann einfach mal die Seite wechselt und ist dann zum Beispiel in der Verwaltung oder im Administrativen. Und diese Kombination, die gibt es nirgendwo wieder, dass jemand so etwas mitbekommt*” (Z. 309-316).

Darüber hinaus spielt die strukturierte Pflege von Unternehmenskontakten eine wichtige Rolle, zum Beispiel in Form einer Unternehmensdatenbank, in der alle kooperierenden Firmen sowie Praktikumsstellen dokumentiert werden. Der Umfang und die Intensität des Kontakts variieren dabei je nach organisatorischen Abläufen in den Unternehmen.

> *„Mit den einen hat man mehr Kontakt, mit den anderen weniger. Das hängt immer davon ab, wie die Abläufe dort sind“* (ebd.: 377–379).

Schließlich trägt die Netzwerkarbeit des Berufsförderungswerks, beispielsweise durch Mitgliedschaften im Bundesverband mittelständischer Unternehmen, zur Aufklärungsarbeit bei und fördert langfristig Akzeptanz sowie Kooperationen mit Arbeitgebenden. Insgesamt zeigt sich, dass sowohl die Qualifikation der Teilnehmenden als auch die gezielte Pflege von Unternehmensbeziehungen entscheidend für das Gelingen des Prozesses beruflicher Rehabilitation sind.

> *„Wir haben sogar Lernunternehmen, zu denen wir alle Firmen einladen, damit sie unser Haus besichtigen können. So zeigen wir die Arbeit nach außen – das ist ein großer Vorteil, wenn man mitmacht*“ (ebd.: 383–386).

Faktoren des Prozessmisslingens

Die Faktoren des Prozessgelingens stellen nur eine Seite der Medaille dar. Eng damit verbunden sind die Faktoren des Prozessmisslingens, die ebenso entscheidend sind, um die Herausforderungen und neuralgische Punkte in der beruflichen Rehabilitation zu verstehen. Zu diesen Faktoren zählen auch Aspekte, die dazu führen, dass potenzielle Rehabilitand*innen überhaupt nicht in den Rehabilitationsprozess einmünden.

Teilnehmende

Ein zentraler Aspekt beim Misslingen des Prozesses der beruflichen Rehabilitation sind die Teilnehmenden selbst. Verluste entstehen insbesondere dort, wo Leistungsberechtigte nicht für die berufliche Rehabilitation geeignet sind. Dies hängt auch mit den Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt zusammen. So äußert sich ein Interviewpartner folgendermaßen:

> *„Das ist einfach und das hat ja auch mit dem Arbeitsmarkt zu tun. Die Teilnehmer oder Versicherten oder Patienten – wie man sie auch immer nennen möchte – die keine Hilfe benötigen, finden auch so Arbeit. Aufgrund der guten Arbeitsmarktlage bleiben dann praktisch diejenigen übrig, die auf dem normalen Weg nicht in Arbeit kommen. Diese werden förmlich vom Arbeitsmarkt ‚weggesaugt*“ (ebd.: 233-237).

Ein weiteres Zitat verdeutlicht dies pointiert: „*Wer irgendwie nicht den Kopf unter dem Arm trägt, findet irgendwie Arbeit*“ (ebd.: 241). Derselbe Teamleiter beschreibt zudem ein weiteres Dilemma: Zum einen sinkt die Anzahl der Teilnehmenden in den Berufsförderungswerken, wodurch weniger Mitarbeiter*innen über die Zuweisungsschlüssel zur Verfügung stehen. Zum anderen werden die Fälle jedoch zunehmend komplexer und anspruchsvoller, was eigentlich einen höheren Personalbedarf bedeuten würde. Diese strukturelle Problematik sollte zukünftig intensiver diskutiert werden.

Obwohl in diesem Zusammenhang häufig mehr Mitarbeiter*innen gefordert werden, bezweifelt Herr L., dass dies das Problem lösen kann. Denn die Herausforderungen der Versicherten liegen oft nicht im Berufsförderungswerk selbst, sondern in deren privatem und gesundheitlichem Umfeld.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Zunahme psychischer Belastungen bei den Klient*innen, was den Unterstützungsbedarf zusätzlich erhöht. Darüber hinaus stellen sprachliche Barrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund eine große Herausforderung für die Teilhabe dar. Diese Barrieren wirken sich auch negativ auf die Bearbeitung gesundheitlicher Probleme aus – etwa, wenn der psychologische Dienst die Anliegen nicht verstehen und angemessen intervenieren kann.

Hinzu kommt die Zunahme komplexer gesundheitlicher und sozialer Problemalgen, die meist immer auch von einer psychischen Diagnose flankiert sind:

> *„Und jetzt im Februar hat zum Beispiel eine neue Gruppe, angefangen von meinen 10 Teilnehmern, es sind 6 beim psychologischen Dienst*" (Focus Group P2: 267f.).

Je kürzer der Lehrgang, umso stärker sind teilweise die RIMS in der Verantwortung, *„von vorherein die Marschroute festlegen, weil Ihnen [den Teilnehmenden] sonst die Zeit davonrennt*" (ebd.: 62f.).

> *„Man muss einfach dazu sagen, es kommt ja auch noch hinzu, laut der Konzeptvorgaben haben wir auch bestimmte Fristen, wo wir in bestimmten Maßnahmen mit jedem einzelnen Teilnehmer sprechen müssen. Das ist von Maßnahme zu Maßnahme unterschiedlich. Die Gespräche kommen ja noch dazu. Und es ist einfach für auch viele Teilnehmer sehr belastend, wenn eine Maßnahme kurz vor dem Ende steht und die Marschroute, was passiert danach, noch nicht ganz sicher für ihn ist. Also das belastet die Teilnehmer oft und dadurch ergeben sich ach einfach sehr viele Bedarfe"* (ebd.: 73-79).

Abbrüche von Rehabilitand*innen im Prozess treten meist bei schweren Verläufen auf. Dazu zählen Fälle, in denen Teilnehmende sich nicht anpassen können oder wollen, keine Therapien wahrnehmen, Gesprächsangebote ablehnen, nicht lernen oder keine Verbindlichkeit zeigen.

Des Weiteren kommt ein subjektiver Faktor hinzu: Die Reha- und Integrationsmanager*innen merkten an, dass sich die Lebens- und Arbeitseinstellungen von den Rehabilitand*innen verändert hätten, die auch mit dem gesellschaftlichen Wandel zu mehr Flexibilität verbunden wären.

> *„Es hat höhere Anforderungen an die Flexibilität. Viele kommen nicht gut klar"* (RIM Frau H.: 224f.).

Auch Burnout *„sich verheizt fühlen*" (ebd.: 231) sind Eindrücke, die die Befragten zu den Haltungen der Versicherten äußern. Zugleich haben sich die Ansprüche gewandelt. Die jüngere Generation vertrete beispielsweise ihre Erwartungen an Work-Life-Balance sowie an gute Arbeits- und Ausbildungsbedingungen deutlich stärker als die Älteren. Nach Angaben der Befragten verstärke die mit dem Überangebot an Arbeitskräften verbundene Marktmacht diesen Effekt zusätzlich. Auch der Fachkräftemangel, der ein Überangebot an Arbeitsplätzen mit sich bringt, trägt zu steigenden Ansprüchen bei.

Institutionelles Schnittstellenmanagement

Zusätzlich zu den bereits genannten Faktoren treten auch bürokratische Hürden auf. So sind viele Dienst- oder Servicestellen anderer Behörden nicht mehr durchgängig besetzt. Dies führt dazu, dass Teilnehmende teils weder angemeldet noch in notwendigen Angelegenheiten unterstützt werden können. In solchen Fällen übernehmen häufig die Case-Manager*innen Aufgaben, die eigentlich nicht zu ihrem Zuständigkeitsbereich gehören.

Mehrere Befragte betonen, dass es an ergänzender und unabhängiger Teilhabeberatung mangelt. Eine Case-Managerin beschreibt ihre Rolle folgendermaßen:

> *„Ich bin so ein Lückenbüßer, manchmal auch. So fühle ich mich. Ich will so viel wie möglich delegieren und weggeben, aber manche Sachen muss ich einfach machen, weil die Teilnehmer sonst nicht zu ihrem Recht kommen“* (Focus Group: 123f.).

Diese Einschätzung wird auch von anderen geteilt. *„Ich kann das nicht delegieren, weil die Leute werden wieder weggeschickt“* (ebd.: 135). Die Interviewpartnerin beschreibt ihre Tätigkeit als *„Spagat“* (ebd.: 145):

> *„Also natürlich mache ich das dann mit denen, aber eigentlich sollen wir es gar nicht. Es steht überhaupt nicht in unseren Stellenprofilen drin, aber es macht halt kein anderer. Und letztlich ist es ja auch in unserem Interesse. […] Also bleibt uns nichts anderes übrig, als da zu unterstützen“* (Z. 137–142).

Kostenträger

Eine weitere Herausforderung besteht nach Einschätzung mehrerer Befragter in der fehlenden Aufklärungsarbeit seitens der Kostenträger. Viele potenzielle Teilnehmende sind zu Beginn nur unzureichend über die notwendigen Schritte informiert, um die Angebote der Berufsförderungswerke adäquat nutzen zu können. So berichtet eine Interviewpartnerin:

> *„Wir stellen immer wieder zu unseren Infotagen fest, dass die Leute nur von diesem LTA-Antrag gehört haben“* (RIM-Frau S.: 256f.).

Zwar verweisen sowohl die Agentur für Arbeit als auch die Deutsche Rentenversicherung auf die Infotage in den Berufsförderungswerk, jedoch wissen *„locker 50 Prozent“* (ebd.) der Besucher*innen nicht, was ein LTA-Antrag ist. In der Folge übernehmen die Reha-Integrationsmanager*innen während der Infogespräche teilweise die Aufgabe, den Antrag zu erklären und bieten sogar Unterstützung beim Ausfüllen an. Neben diesen Informationsdefiziten wird auch die Bürokratie des Reha-Systems als Hemmnis wahrgenommen. Einige Gesprächspartner*innen sehen jedoch keine grundsätzlichen Barrieren beim Zugang zu den Berufsförderungswerken. So erklärt ein Teamleiter:

> *„Und die Rückmeldungen zumindest seitens der Reha-Träger sind: ‚Herr L., alle, die irgendwie in dem Screening auf der Arbeitsagentur oder in der Rentenversicherung in diesen Bereich fallen, die schicken wir Ihnen schon.' Also ich glaube, auf diesem Weg geht keiner in Anführungszeichen verloren“* (Teamleiter: 219–222).

Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass nach dem Reha-Assessment viele Personen aufgrund mangelnder Eignung nicht in eine berufliche Qualifizierung einmünden. Eine Interviewperson beschreibt dies so:

> *„Wo man gar keine Empfehlung geben kann, weil die gesundheitliche Situation so komplex ist, dass entweder eine medizinische Reha vorrangig ist – oder dass es schlicht zu früh ist. Oder es ist so komplex, dass wir keine klare Empfehlung geben können. Und selbst wenn wir eine*

> *Empfehlung aussprechen, fällt diese deutlich zurückhaltender aus als früher. Das Niveau an Teilnehmern ist vom Leistungsvermögen auf alle Fälle rückläufig*“ (Herr P: 258–263).

Als Konsequenz empfehlen die Einrichtungen zunehmend niedrigschwellige Maßnahmen wie berufliches Training für Menschen mit psychischen Erkrankungen, anstelle einer sofortigen Berufsqualifizierung. In vielen Fällen sei eine Qualifizierung während einer akuten psychischen Erkrankung nicht sinnvoll umsetzbar.

Arbeitgebende

Mehrere Befragte betonen, dass die Arbeitgebenden häufig eine falsche oder veraltete Einstellung gegenüber erkrankten Beschäftigten haben, die eine berufliche Rehabilitation durchlaufen. Oft wird davon ausgegangen, dass diese nicht oder nicht mehr voll leistungsfähig seien. Diese Haltung kann zu Stigmatisierungen führen – eine Beobachtung, die sich, wie bereits erwähnt, auch mit unseren eigenen Erkenntnissen deckt. Auch die Arbeitgebenden nehmen das belastete Klientel in den Berufsförderungswerken wahr, sobald die Personen den Reha-Prozess durchlaufen haben. Ein Interviewpartner beschreibt dies wie folgt:

> „*Weil das Erleben der Arbeitgeber kommt ja im Endeffekt nach dem Berufsförderungswerk, wenn man das jetzt mal so als Prozess sieht. Und er erlebt natürlich genau dasselbe, im Endeffekt das, was wir einfach eine Stufe vorneweg erleben*” (Fru M:; 297–299).

Zugespitzt könnte man sagen: Das stärker belastete Klientel in den Berufsförderungswerken kann bei der Eingliederung in den Arbeitsmarkt auch das Ansehen der Einrichtungen selbst beeinträchtigen. Aus Sicht vieler Arbeitgebender kommen aus den Berufsförderungswerk keine leistungsfähigen Arbeitskräfte in den Arbeitsmarkt – ein bemerkenswerter Widerspruch, da gerade diese Unternehmen in Zeiten des Fachkräftemangels eigentlich dringend auf zusätzliche Arbeitskräfte angewiesen sind. Eine Vertreterin einer Reha-Einrichtung stellt hierzu fest:

> „*Also stellt sich die Frage: Ist es nur eine Veränderung oder eine Offenheit für Veränderungen, die von der Arbeitgeberseite oder auch von der Unternehmensseite ausgehen muss? Und mir begegnet es so oft, dass Unternehmen nach wie vor Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen haben. Was denken die denn, was passiert? Viele haben immer noch das Bild, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen völlig instabil sind. Das ist noch ein anderer Aspekt, der sicherlich mehr mit dem Thema Integration und Zukunftsperspektiven für Teilnehmende zu tun hat. Aber auch hier könnte man weiter an Haltungen arbeiten. Es geht um die Frage: Wie schaffen wir mehr Offenheit für Veränderungen?*“ (RIM-Frau S.: 203–213).

Darüber hinaus wird die fehlende Kooperationsbereitschaft älteren Arbeitgebenden als Herausforderung beschrieben. So berichtet eine Befragte:

> „*Ja, also das ist ja dann auch so ein ganzer Papierkram. Das ist ja auch meistens – und ich sehe es häufig – dass von den alten Arbeitgebern Unterlagen oder Auskünfte benötigt werden, um Sachverhalte zu klären. Da fehlt aber oft die Bereitschaft zur Kooperation vonseiten der ehemaligen Unternehmen, in denen die Teilnehmenden gearbeitet haben*“ (ebd.: 337–341).

Wünsche und Erwartungen

Mehr Informationen über LTA

Fallübergreifend wurde deutlich, dass die Berufsförderungswerke vor dem Hintergrund des allgemeinen Informationsdefizits ihre Leistungen stärker bewerben müssen. Eine Reha- und Integrationsmanagerin berichtete beispielsweise davon, dass sie kein Marketing in der Breite vorweisen können.

> *„Ich würde es gezielt machen, Kosten-Träger zu kommunizieren und natürlich die ganzen Kliniken, die Sozialarbeiter müssen das alle wissen. (..) Auch Ärzte. (.) Schon bei Leuten im Gesundheitsbereich. Das macht am meisten Sinn"* (RIM-Frau H: 421-424).

Auch bei der Zielgruppe der Arbeitgebenden müsse mehr Werbung gemacht werden, um die Bekanntheit dieser Einrichtungen zu erhöhen.

> *„Aber ich denke da selber initiativ zu werden und dass mehr auszubauen die Firmen, Kontakte usw., da glaube ich, da könnten wir als BMW einiges noch tun, also vor allem koordinierter oder strategischer irgendwie vorgehen"* (RIM-Frau B.: 574-576).

Verbesserte Arbeitsbedingungen in den Berufsförderungswerken

Ein weiterer fallübergreifender Wunsch war, die Personal- und Arbeitsbelastung in den Häusern zu verbessern. Viele Befragte berichten von hohen Krankenständen, die wiederum die Arbeitsbelastung der anderen Mitarbeitenden erhöhen. In diesem Zusammenhang werden auch mehr Supervisionen und bspw. mehr Personalqualifikationen gefordert.

Veränderte Klientel

Mit dem komplexer werden Klientel sind verschiedene Wünsche und Erwartungen verbunden, die sich teilweise sogar diametral gegenüberstehen. Manche Befragte fordern, dass mehr Unterstützungsleistungen für die komplexer werdenden Problemlagen nötig sind und wünschen sich beispielsweise mehr Sozialpädagog*innen in den Berufsförderungswerken, *„weil ich einfach glaube, das ist einfach auch, die begleitenden Dienste werden in Zukunft auch immer weiter wichtig sein*" (RIMS-Frau B2: 488f.). Dieselbe Befragten führte daran anschließend weiter aus:

> *„Ich denke, aufgrund dessen, dass, wie wir vorhin ja schon festgestellt haben, dass das Klientel einfach insgesamt schwächer wird, glaube ich, dass mittlerweile zumindest ich, dass hier so eine Sozialpädagogin nicht mehr ausreicht, Wie die Themengebiete werden einfach wesentlich komplexer. Da geht es ja nicht mehr nur um Einzelcoachings, sondern man muss halt wirklich auch teilweise Anträge mit bearbeiten. Und ich glaube, es werden auch immer mehr Schulungen zu Arbeits- und Sozialverhalten notwendig. Und da sollte man darüber nachdenken, das dann einzubinden"* (ebd.: 490-496).

Dass die sozialpädagogische Arbeit ausgebaut wird, ist auch aus der Perspektive der eigenen Arbeitsbelastung relevant, „weil so wie es jetzt ist, ist es kaum leistbar. So können wir die Teilnehmer auch nicht so unterstützen, wie sie es eigentlich bräuchte" (RIM-Frau S.: 645-647). Diese Perspektive, die vor allem von Reha- und Integrationsmanager*innen vertreten wird, die

sich primär als Sozialarbeitende verstehen, betrachtet die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berufsförderungswerk nicht nur unter dem Gesichtspunkt beruflicher, sondern auch sozialer Rehabilitation. Ziel ist daher nicht nur ein guter formaler Abschluss, sondern auch, dass die Leistungsberechtigten wieder oder erstmals lebensweltlich für den Arbeitsmarkt vorbereitet sind. Wird dieser Aspekt vernachlässigt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass weitere medizinische Maßnahmen erforderlich werden.

> *„Und ich hatte jetzt auch schon die ersten Teilnehmer, die haben dann zwar einen Job gestartet, sind aber relativ schnell in der medizinischen Reha, weil sie dann auch eine psychische, somatische Sache nachher noch nachholen mussten, um dann dauerhaft arbeitsfähig zu sein. Ob man da nicht nochmal hingucken kann, um das mehr zu integrieren"* (ebd.: 504-508).

Diese sozialarbeiterische Perspektive fokussiert auch stärker eine zukünftige Flexibilisierung der Umschulung.

> Diese sollte in Zukunft nicht nur zwei Jahre gehen, *„weil die Belastung, eine Umschulung in zwei Jahren zu absolvieren, (..) die eigentlich auf dem Markt drei Jahre dauert und die Anforderungen der Berufe immer höher werden, wir dem nicht mehr gerecht, was für Klientel wir hier bekommen. Wir kriegen zunehmend schwer psychisch Erkrankte, teilnehmende Rehabilitanden, die teilweise gar nicht so viel Stoff in dieser kurzen Zeit in ihren Kopf kriegen. Da würde ich mir wünschen, dass sich insgesamt gesetzlich etwas verändert, dass man auf diese neue Klientel auch anders eingehen kann und dem mehr entgegenkommen kann"* (RIM-Frau S.: 623-630).

Auch Teilzeit-Angebote wären in diesem Zusammenhang wünschenswert, weil dadurch die Rehabilitationsbelastung für das multidiagnostische Klientel abnimmt. Ein umsetzbarer Wunsch wäre in diesem Kontext auch, die Praktikumszeiträume nicht ans Ende der Maßnahme zu legen, sondern den Leistungsberechtigten auch schon vorher kleine Erprobung zu ermöglichen. Die Arbeitserprobung am Ende der Maßnahme sei aktuell eine *„unwahrscheinlich große Hürde"* (ebd.: 654). Einige Befragte halten auch das Thema Migration als zukünftig relevant.

Der Wandel der Adressat*innen ist zugleich Ausdruck eines gesamtgesellschaftlichen Wandels, der auch den Arbeitsmarkt betrifft bzw. betreffen wird. Die weniger sozialarbeiterisch orientierten Professionellen plädieren für eine stärkere Eigenverantwortung und Leistungsorientierung der Leistungsberechtigten:

> *„Dass weniger Unterstützung da ist für die Leute, die aus gesundheitlichen Gründen etwas anderes machen müssen. (..) Ich sehe das nicht so positiv für die BFWs und so. (..) Und SGBIX, ich glaube da tut sich was. Da wird sich die Eigenverantwortung der Leute stärken. (...) Ich glaube, dass die Bedeutung abnehmen wird. (...) Der Unterstützungs-Hype ist vorbei. (..) Das ist eine Meinung"* (RIM-Frau H.: 431-433).

Die Forderung ist so liberal, dass betont wird, Gelder sollten nicht an Unmotivierte vergeben werden (RIM-Frau P2).

Digitalisierung

Eine stärkere Digitalisierung der Leistungsangebote der Berufsförderungswerke wird ebenfalls als ein zweischneidiges Schwert und somit als ambivalent von den Befragten bewertet. Auf der einen Seite werden Online-Formate als *„Revolution des Lernens“* (RIM-Frau H.: 437) verstanden.

> *„Aber ich glaube, dass sich da ganz viel ändern wird. (...) Die Lernformen werden sich verändern. (.) Wir sind da wahrscheinlich nicht früh dran. Weil wir da nicht so innovativ sind. Aber ich glaube, dass es auch BFWs und neue Möglichkeiten gibt. Aber ich glaube, da tut sich echt viel. (.) Diese klassischen BFW. Ich glaube, da passiert echt was. Muss auch was passieren“* (ebd.: 444-448).

Auf der anderen Seite sind die Berufsförderungswerke als Präsenzeinrichtungen gedacht. Deshalb stellt die zunehmende Digitalisierung für die Häuser eine Herausforderung dar. Hierbei wird betont, dass die Häuser als Präsenzeinrichtungen gerade auch für Leistungsberechtigte mit komplexen Problemlagen sinnvoll sind und diese Personengruppe unterstützen, da dadurch bessere Strukturen vorgegeben werden können und das Lernen in der Gruppe wichtig sei.

Unabhängig von der Versichertenperspektive steht einer weiteren Digitalisierung auch die Finanzierung der Kostenträger im Weg, weil diese solche Angebote derzeit noch ablehnen bzw. nur einen gewissen Prozentsatz von digitalen Angeboten zulassen.

> *„Da müsste man die Kostenträger in die Verantwortung nehmen und ihnen klarmachen, wenn jemand einfach sozialphobisch ist. Und das einzige Thema das ist, kann man ihm das vielleicht auch online ermöglichen oder eine alleinerziehende Mutter oder Vater, der einfach keine Betreuungsmöglichkeiten hat oder nur begrenzt hat. Dem die Möglichkeit geben, online an der Sache teilzunehmen*” (RIM-Herr S3.: 398-402).

Zugleich machte derselbe Befragte deutlich, dass in bestimmten Berufen, etwa in der IT-Branche, eine konsequente Anwesenheit erforderlich ist. Er machte deutlich, dass Präsenz auch eine Tagesstruktur vermittelt. Es geht ihm darum, für bestimmte Fälle oder Situationen Remote-Möglichkeiten in die berufliche Rehabilitation zu integrieren, ohne die strukturgebende Funktion des Berufsförderungswerks als Institution aufzugeben. Eine solche Gruppe sind beispielsweise (alleinerziehende) Mütter.

Beim Thema Digitalisierung wurde darüber hinaus der Wunsch formuliert, neue und digitale Berufsbilder in das Leistungsangebot der Berufsförderungswerke zu integrieren, damit die Attraktivität der Häuser erhalten bleibt und dem arbeitsmarktlichen Trend zu mehr Digitalisierung und KI Rechnung getragen wird.

Kooperation mit anderen Berufsförderungswerken

Insgesamt zeigte sich deutlich der Wunsch nach stärkerer Kooperation zwischen den Berufsförderungswerken und nach einem Abbau der Konkurrenz unter den Einrichtungen.

> *„Ich glaube, wir werden davon wegkommen müssen, dass wir gegenseitig Konkurrenten sind"* (Teamleiter: 524f.).

Ein Teamleiter plädierte beispielsweise für ein neues kooperatives Verhältnis zwischen den Berufsförderungswerken. Sein Ausgangspunkt ist, dass die jeweiligen Standorte spezifische Angebote haben. Nach seiner Ansicht sollten die Häuser nicht mehr strukturell als eigene Einheiten agieren, sondern als Kooperationszusammenhang, der einer Arbeitsteilung mit spezifischen Angeboten folgt.

Die berufliche Rehabilitation müsse deshalb viel stärker in den Firmen stattfinden, weil es sich die Arbeitgebenden gar nicht mehr leisten können, ihre eigenen Mitarbeiter freizugeben. Die Berufsförderungswerke würden dann als Berater beziehungsweise Anleiter und strukturieren die Fälle fungieren.

> *„Aber das ist nicht mehr so ganz klassisch, dass es jetzt die großen Zentren gibt, wo 20 Leute in einem Raum sitzen und lernen, einen neuen Beruf. Das glaube ich nicht, dass wir das in 10 oder 15 Jahren noch haben. Es wird mehr dezentral aus meiner Sicht. Es wird mehr individueller, es wird viel in den Firmen stattfinden, aber das Klientel. Das mache ich mir nicht vor, das wird ungebrochen hoch sein. Dass der Bedarf an einer beruflichen Reha abnimmt, das sehe ich nicht und kann ich mir nicht vorstellen. Es wird anders sein, der Bedarf wird vielleicht ein bisschen anders sein, es wird mehr Menschen mit einer psychischen Erkrankung geben, es wird vielleicht mehr Unterstützung, es wird komplexer sein, aber es wird nicht weniger sein"* (ebd.: 550-558).

In diesem Zusammenhang wird die starke Abhängigkeit von Kostenträgern kritisiert, die eine flexible und zügige Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen verunmöglicht.

Kooperation Kostenträger und Kliniken

Für die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern wird eine bessere Erreichbarkeit der Reha-Fachberatenden gewünscht sowie mehr Kontakt mit Kliniken.

4.4 Diskussion der Ergebnisse

Ziel dieses Arbeitspaketes war es, die Rolle und Praxis der Berufsförderungswerke im Kontext der beruflichen Rehabilitation eingehend zu untersuchen. Hierzu wurden einerseits die Belegungszahlen der beteiligten Berufsförderungswerke im Zeitraum 2019 bis 2024 analysiert, andererseits Reha- und Integrationsmanager*innen als Expert*innen der beruflichen Rehabilitation in den Berufsförderungswerken befragt. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Belegungstage in den Berufsförderungswerken tendenziell rückläufig sind, während bestimmte Maßnahmenarten stabile Zahlen aufweisen. Der Arbeitsmarkt wurde insbesondere ab 2021 durch die Corona-Pandemie beeinflusst, was zu einem Rückgang von Qualifizierungen mit IHK-Abschlüssen führte, während Maßnahmen wie Eignungsabklärung, Vorbereitungsmaßnahmen und Qualifizierungen im Vergleich dazu stabil blieben und leicht zunahmen.

Die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden, die eine Qualifizierung mit IHK-Abschluss absolvierten, sowie der Teilnehmenden, die ein Assessment oder eine Reha-Vorbereitung

durchliefen, nahm im Laufe der Zeit ab. Eine Ausnahme bildete das Assessment, das zwischen 2023 und 2024 einen leichten Anstieg verzeichnete. Im Gegensatz dazu blieb die durchschnittliche Teilnehmendenzahl in Qualifizierungen ohne IHK-Abschluss über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg weitgehend konstant. Die Zusammensetzung der Teilnehmenden hat sich hinsichtlich diagnostischer und bildungstechnischer Voraussetzungen verändert. Ein zentraler Befund ist der Anstieg von Leistungsberechtigten mit psychischen Erkrankungen, was den veränderten Zuweisungsdiagnosen entspricht, wie sie auch im Forschungsstand beschrieben werden.

Unklarheit besteht hinsichtlich der Bildungsvoraussetzungen: Während objektive Daten der Berufsförderungswerke keine Abnahme dieser Voraussetzungen zeigen, berichten Befragte subjektiv von einem Rückgang. Interessanterweise nehmen die Teilnehmenden ohne berufliche Vorqualifikationen eher ab, wohingegen solche mit beruflicher oder akademischer Qualifikation seit 2019 trotz der Sogwirkung des Arbeitsmarktes aufgrund des Fachkräftemangels zunehmen. Wir interpretieren dies als Hinweis darauf, dass sich der Arbeitsmarkt grundlegend verändert und so auch die Arbeitgebenden nicht einfach allgemeine ungelernte Arbeitskräfte, sondern nach qualifizierten Arbeitskräften suchen. Hinzu kommt, dass der Bedarf nach Reintegration in die Arbeitswelt als nach wie vor entscheidender Indikator der gesellschaftlichen Integration bei ehemalig qualifizierten Arbeitskräften vermutlich höher ist als bei ungelernten oder geringqualifizierten, was die Diskrepanz erklärt.

Die Analyse der Altersverteilung der Teilnehmenden in Berufsförderungswerken zwischen 2019 und 2024 zeigt, dass die 30- bis 49-Jährigen konstant die größte Gruppe bilden, was auf den besonderen Bedarf dieser Alterskohorte für berufliche Rehabilitation hinweist, möglicherweise aufgrund ihrer entscheidenden Karrierejahre. Gleichzeitig ist ein Wachstum in den Altersgruppen der 18- bis 29-Jährigen, 40- bis 49-Jährigen und 50- bis 59-Jährigen zu beobachten, was darauf hindeutet, dass jüngere Menschen möglicherweise offener oder bedürftiger für Unterstützungsangebote werden und dass in den mittleren Altersgruppen vermehrt Herausforderungen im Berufsleben auftreten, die eine solche Förderung notwendig machen. Im Gegensatz dazu zeigt die Gruppe der über 60-Jährigen eine leichte Abnahme, was möglicherweise auf den Übergang in den Ruhestand oder eine geringere Inanspruchnahme von Maßnahmen hindeutet. Diese demografischen Trends unterstreichen die Notwendigkeit, die Angebote in Berufsförderungswerken flexibel und altersgerecht anzupassen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Teilnehmer gerecht zu werden.

Die Übergangsquoten erwiesen sich über den Untersuchungszeitraum als relativ stabil. Interessant ist die Übergangsquote vom Assessment zu einem Reha-Vorbereitungslehrgang in einer umgekehrten U-Form verläuft: Diese stieg zwischen 2019 und 2022 zunächst an, bevor sie wieder auf das Niveau von 2020 fiel. Wir führen diesen Verlauf auf die Zunahme von Leistungsberechtigten mit komplexen Problemlagen zurück, die als nicht rehabilitationsfähig

kategorisiert werden müssen. Die Übergänge von einem Reha-Vorbereitungslehrgang zu einer Qualifizierung zeigen wiederum ein zickzackartiges Muster und schwanken im Untersuchungszeitraum ohne einen klaren langfristigen Trend.

Anhand der Belegungsdaten zeigte sich auch, dass Abbruch- und Integrationsquoten relativ stabil über den untersuchten Zeitraum blieben. Die konsistenten Quoten deuten auf eine solide Zielgruppenbindung hin. Besonders Qualifizierungen mit einem IHK-Abschluss führen durchgängig zu besseren Integrationsergebnissen als allgemeine Integrationsmaßnahmen. Die durchschnittliche Anzahl der Teilnehmenden, die psychologische Dienste in Anspruch nehmen, ist von 2019 bis 2024 gesunken, was im Widerspruch zu den subjektiven Einschätzungen steht, die einen Anstieg im Vergleich zu 2019 vermuten lassen. Dies ist ein interessanter Aspekt, der im weiteren Verlauf der Untersuchung zu betrachten ist. Auch die durchschnittliche Anzahl von Teilnehmenden mit Kriseninterventionen hat von 2019 bis 2021 zunächst zugenommen, fiel dann aber wieder ab.

Die subjektiven Tendenzanalysen deuten darauf hin, dass es einen steigenden Bedarf im Bereich der Digitalisierung und IT-Berufe gibt. Der größte Handlungsbedarf zeichnet sich bei Geringqualifizierten und Menschen mit Migrationshintergrund ab, bei anderen Gruppen ist der Bedarf stabil. Die fehlende Verbesserung der fachlichen Eingangsvoraussetzungen weist auf strukturelle Probleme hin. Diese Daten legen nahe, dass der Unterstützungsbedarf im psychologischen Bereich, einschließlich Kriseninterventionen, zunimmt, während sich die sozialen Problemlagen für einige Teilnehmende verschärfen.

Wie bewerteten die Reha- und Integrationsmanager*innen die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation und der Praxis der Berufsförderungswerke im Rahmen der von uns geführten Interviews? Überwiegend wurde berichtet, dass einerseits die Arbeitsintensität in den letzten Jahren zugenommen hat: Die vielfältige und anspruchsvolle Tätigkeit erfordert zunehmend eine engmaschige Begleitung von den Leistungsberechtigten aufgrund deren komplexer werdenden Problemlagen, wodurch die Tätigkeit sozialarbeiterischer wird, eine stärkere lebensweltliche Kontextualisierung aufweist und sich zugleich intensiviert. Dies führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung, die durch fehlendes Personal in den Berufsförderungswerken weiter verstärkt wird. Der Wettbewerb um Fachkräfte, insbesondere mit Berufsschulen, macht es essenziell, durch attraktive Arbeitsbedingungen Personal zu halten und Vakanzen schnell zu füllen.

Mehrere befragte Reha- und Integrationsmanager*innen weisen darauf hin, dass Berufsförderungswerke nicht weitläufig in der Gesellschaft bekannt sind. Hier besteht Handlungsbedarf, um die Verkettung des Informationsflusses zu verbessern. Dennoch tragen verschiedene Informationskanäle dazu bei, potenzielle Rehabilitand*innen zu erreichen: der direkte Kontakt über die Reha-Fachberatenden der Kostenträger, die eigenständige Recherche der Leistungsberechtigten, Bildungsgutscheine oder gut gepflegte Website der Berufsförderungswerke, wöchentliche Informationstage in den Berufsförderungswerken und die öffentliche Bewerbung

der Institutionen. Diese Maßnahmen helfen, das Bewusstsein für die Einrichtungen und ihre Angebote zu erhöhen.

Die Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Arbeitgebenden und Reha-Kliniken spielt eine zentrale Rolle in der beruflichen Rehabilitation, wobei die Intensität und Effizienz der Kooperationen stark variieren. Mit Kostenträgern besteht meist eine enge, zufriedenstellende Zusammenarbeit auf Augenhöhe, die jedoch durch häufige personelle Wechsel und bürokratische Hürden wie Datenschutzvorschriften herausgefordert wird. Arbeitsbeziehungen müssen bei Personalwechseln stets neu aufgebaut werden, wobei die Datenschutzvorschriften diesen Prozess zusätzlich erschweren. Die Verbindung zu Arbeitgebenden wird als wichtig erachtet, um den Übergang von Umschulungen zu Arbeitsplätzen zu erleichtern, wobei mangelnde Kommunikation und bürokratische Hürden die Kooperation oft erschweren. Häufig gelingt die Vermittlung zu Praktikumsplätzen, doch Übernahmen sind selten und komplexe Verfahrensweisen schrecken Unternehmen eher ab, enger und aktiver mit den Berufsförderungswerken zu kooperieren. Der Kontakt zu Reha-Kliniken ist oft begrenzt, existiert aber in einigen Fällen über speziell organisierte Transporte zu Informationstagen, die Interessent*innen über Rehabilitationsangebote informieren. Insgesamt fehlen Berufsförderungswerke häufig in lokalen sozialen Strukturen, was ihre Effektivität und Bekanntheit beeinträchtigen könnte.

Das Gelingen des Rehabilitationsprozesses in den Berufsförderungswerken hängt von mehreren Faktoren ab, die sowohl die Leistungsberechtigten als auch die Praxis der Reha- und Integrationsmanager*innen betreffen. Für die Leistungsberechtigten ist es entscheidend, sich in der Anfangszeit im Berufsförderungswerk zurechtzufinden, eine ausreichende Krankheitsverarbeitung zu erreichen, motiviert zu sein und finanzielle Sicherheit zu haben. Zudem ist die Nachsorge, besonders in komplexeren Fällen, eine wichtige Schnittstelle, um die auch nach dem Wegfall der strukturgebenden Kraft der Berufsförderungswerke die Leistungsberechtigten im Übergang unterstützen zu können. Auf Seiten der Reha- und Integrationsmanager*innen erfordert der Erfolg des Prozesses eine individuelle und bedarfsorientierte Betreuung, die die zunehmende Komplexität der Problemlagen und die Lebenswelt der Rehabilitandinnen berücksichtigt. Dabei spielen ihre Netzwerke mit anderen Akteuren wie Arbeitgebenden, Ärzten oder Reha-Fachberatenden eine bedeutende Rolle. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist das multiprofessionelle Team in den Berufsförderungswerken, insbesondere die Trennung von Reha- und Integrationsmanagement und Fallmanagement, die aufgrund der gestiegenen Anzahl von Teilnehmenden notwendig geworden ist.

Auch das Scheitern von Rehabilitationsprozessen in Berufsförderungswerken wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die sowohl die Teilnehmenden als auch institutionelle und externe Akteure betreffen. Bei den Teilnehmenden stellen zunehmende psychische Belastungen, mangelnde Eignung für die berufliche Rehabilitation, fehlende Motivation und Unwillen zur Anpassung wesentliche Hindernisse dar. Auf institutioneller Ebene erschweren bürokratische

Hürden, wie unzureichend besetzte Dienststellen, den Zugang und die Unterstützung für Teilnehmende. Eine mangelhafte Aufklärung durch Kostenträger über notwendige Schritte zur Nutzung der Angebote der Berufsförderungswerke verschärft das Problem. Oft fehlen potenziellen Teilnehmenden Kenntnisse über wichtige Formalitäten wie LTA-Anträge, was niedrigschwellige Maßnahmen erfordert, statt sofortiger Berufsqualifizierung. In Bezug auf Arbeitgebende bestehen häufig Vorurteile gegenüber rehabilitierten Personen, die als nicht voll leistungsfähig wahrgenommen werden, was zu Stigmatisierungen führen kann. Diese Haltung widerspricht dem dringenden Bedarf nach Fachkräften und stellt ein weiteres Hindernis für eine erfolgreiche berufliche Eingliederung dar.

Die Befragten äußern den Wunsch, die Sichtbarkeit der Berufsförderungswerke zu erhöhen, sowohl allgemein in der Gesellschaft als auch gezielt bei Arbeitgebenden, um das bestehende Informationsdefizit zu reduzieren. Aufgrund hoher Arbeitsbelastungen und Krankheitsstände in den Einrichtungen wird auch eine Entlastung des Personals angestrebt. Angesichts eines zunehmend komplexen Klientels wird der Bedarf an erweiterten Unterstützungsleistungen, etwa durch die Beschäftigung zusätzlicher Sozialpädagog*innen, hervorgehoben, um die begleitenden Dienste zu stärken. Es besteht der Wunsch nach flexibleren Umschulungsangeboten, einschließlich Teilzeit-Optionen, um die Belastung für multidiagnostische Klient*innen zu mindern. Die Digitalisierung von Leistungsangeboten wird ambivalent betrachtet, jedoch wird die Integration neuer digitaler Berufsbilder gefordert, um die Attraktivität der Einrichtungen zu sichern und dem Trend zur Digitalisierung und KI zu verfolgen. Eine stärkere Kooperation zwischen Berufsförderungswerken und weniger Konkurrenz wird außerdem als wichtig für die Zukunft der Berufsförderungswerke erachtet. Des Weiteren wird eine bessere Erreichbarkeit der Reha-Fachberatenden und intensivere Kontakte zu Kliniken als wünschenswert angesehen, um die Zusammenarbeit mit Kostenträgern zu verbessern.

5. Arbeitspaket 5: Analyse der Zuweisungspraxis der Kostenträger

5.1 Ziel der Analyse und bisheriger Forschungsstand

Im Mittelpunkt dieses Arbeitspakets steht die Frage, inwiefern sich die Zuweisungs- und Beratungspraxis der Kostenträger – insbesondere der Reha-Fachberater*innen – in den vergangenen Jahren verändert hat.

Gemäß aktueller Forschung hat sich die Art und Weise, wie die Kostenträger auf Zuweisungen und Beratungen zurückgreifen, vor allem im Bereich der Reha-Fachberatung durch die Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Rentenversicherung seit 2020 deutlich hin zu hybriden Formaten verlagert. Die Ursachen lagen vor allem in pandemiebedingten Schließungen für das Klientel, einer massiven Umsteuerung des Personals bei der Bearbeitung des Kurzarbeitergeldes sowie Hygiene- und Kontaktauflagen. Diese führten zunächst zu einer

Verlagerung auf Telefon- und E-Mail-Kommunikation und machten schließlich einen schnellen Aufbau von Videoberatung notwendig (Rauch & Reims 2024: 284). Die Verwendung von Videokommunikation in den Reha-Abteilungen der Bundesagentur für Arbeit begann bereits Ende 2020 und stieß besonders bei jüngeren Ratsuchenden auf positive Resonanz. Ärztlicher Dienst und berufspsychologischer Service haben in den Jahren 2020/21 vermehrt auf die Auswertung von Akten oder die Verschiebung von Begutachtungen zurückgegriffen, da die Durchführung standardisierter Präsenz-Assessments eingeschränkt war. Dies führte vorübergehend zu Schwierigkeiten bei der Bedarfsfeststellung (ebd.: 283f.). Die gleichzeitigen Schulschließungen reduzierten die Zuweisungswege über Regel- und Förderschulen sowie die Zuflüsse aus Jobcentern. Für die Abschlussjahrgänge 2020 und 2021, einschließlich der Förderschulen, war es pandemiebedingt kaum möglich, rechtzeitig über Reha-Möglichkeiten zu informieren und einen reibungslosen Übergang in LTA-Maßnahmen zu gewährleisten. Daher wurde die Umsetzung überwiegend erschwert und fand oft erst in letzter Minute statt (ebd.: 284). Ab Oktober 2020 wurde die Videoberatung in der Bundesagentur für Arbeit offiziell in die Berufs- und Reha-Fachberatung integriert und anschließend schrittweise auch im Vermittlungs- und Fallmanagement der gemeinsamen Einrichtungen der Jobcenter eingeführt. Seit August 2021 ist sie deutschlandweit als Ersatz für direkte Treffen in Präsenz verfügbar, wobei die Option besteht, externe Personen wie rechtliche Betreuer oder Dolmetscher hinzuzuziehen (KAPS & OSCHMIANSKY 2023: 99). Evaluationsbefunde belegen eine umfassende Anwendbarkeit in Erst- und Folgegesprächen, messbare Einsparungen bei Zeit und Wegen sowie geringere Zugangshürden, vor allem für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die die Behördenumgebung als belastend empfinden können (ebd.). Das persönliche Gespräch vor Ort blieb bei der Deutschen Rentenversicherung erhalten. Videoberatung wird nur in speziellen Situationen angeboten, was bedeutet, dass grundsätzlich eine dauerhafte Kombination aus verschiedenen Vorgehensweisen besteht (DRV Bund).

5.2 Methoden: Mixed-Methods-Forschungsdesign

Methodisch wurde zur Beantwortung der für das Arbeitspaket entwickelten Forschungsfragen einerseits eine niedrigschwellige, standardisierte Online-Umfrage unter Reha-Fachberatenden verschiedener Kostenträger (N = 226) und andererseits qualitative Leitfadeninterviews mit dieser Zielgruppe durchgeführt (N = 13). Die Online-Umfrage und der Leitfaden für die Interviews wurden auf der Grundlage zweier ex ante durchgeführter partizipativer Workshops mit Mitarbeitenden aus den Berufsförderungswerken entwickelt.

Die Erhebungen bei den Reha-Fachberatenden erfassten unter anderem die Orientierungen, Ziele und Erwartungen der Reha-Fachberatenden sowie ihre Kriterien für eine erfolgreiche Zuweisungsberatung. Darüber hinaus wurden ihre Einschätzungen zu den Orientierungen und Erwartungen der Leistungsberechtigten, zu den Angeboten der Berufsförderungswerke sowie zu Art, Intensität und Qualität der Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen erhoben. Ein

weiterer Fokus lag auf den Beobachtungen der Reha-Fachberatenden zur veränderten Inanspruchnahme der Angebote durch Leistungsberechtigte, auf der Einschätzung des Nutzens von Vollqualifizierungen vor dem Hintergrund des aktuellen Arbeitskräftemangels sowie auf der Frage, ob aufseiten der Kostenträger ausreichend Personal für den Verweisungsprozess vorhanden ist. Ebenso wird untersucht, ob die vermehrte Arbeit im Homeoffice zu veränderten Abläufen oder Prioritäten geführt hat und in welchem Maße die Orientierungen der Reha-Fachberatenden mit denen der Leistungsberechtigten übereinstimmen.

Insgesamt nahmen 226 Reha-Fachberatende an der Umfrage teil. Davon gaben 46 Prozent an weiblich und 38 Prozent an männlich zu sein. 16 Prozent gaben kein Geschlecht an. 39 Prozent der Befragten war über 50 Jahre, 35 Prozent zwischen 35 und 50 Jahren, 8 Prozent zwischen 25 und 34 Jahren und nur eine befragte Person war jünger als 25 Jahre. 17 Prozent machten hierbei keine Angabe. Durchschnittlich arbeiteten die Reha-Fachberatenden seit 15 Jahren in dem Beruf, wobei die Spannweite von unter 1 Jahr bis 40 Jahre reicht, was einen breiten Erfahrungshorizont abdeckt. 15 Prozent machten hierbei keine Angabe. Regional verteilten sich die Befragten, wie folgt: 15 Prozent gaben an in Norddeutschland zu arbeiten, 20 Prozent in Ostdeutschland, 26 Prozent aus Westdeutschland und 22 Prozent aus Süddeutschland. 17 Prozent machten bei dieser Frage keine Angabe.

5.3 Ergebnisse

5.3.1 Partizipative Workshops

In den beiden partizipativen Workshops wurde die Praxis der Kostenträger im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation kontrovers und vielschichtig diskutiert. Im Zentrum standen dabei die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, deren Zuweisungspraxis sowie das querliegende Thema der sich verändernden Leistungsberechtigten.

Zusammenarbeit mit den Kostenträgern

Die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern wird seitens der befragten Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke unterschiedlich erlebt. Einige Befragte waren sehr zufrieden und berichteten davon, dass es regelmäßige Kontakte zu den Reha-Fachberatenden insbesondere im Rahmen von Anmeldungen und über den Verlauf der Maßnahmen gibt.

> *„Also von daher gibt es natürlich schon Kontakt zu den einzelnen Reha-Sachbearbeitern, die dann auch bei uns zumindest im Haus auch in Kontakt mit unseren Case-Management-Leuten sind und da immer wieder Rücksprache halten, wie der aktuelle Sachstand ist, wenn sie in die Maßnahme eingegliedert sind“* (Herr S. Workshop I: 21-24).

Gleichzeitig wurde jedoch vom selben Interviewpartner betont, dass sich die Kontakte zu verschiedenen Fachberatenden unterschiedlich gestalten. Er beschrieb, dass manche besser zu erreichen sind als andere, wobei auch Differenzen je nach Kostenträger deutlich wurden. Während mehrere Befragte berichteten, dass der Informationsaustausch mit den Reha-Fachberatenden der Deutschen Rentenversicherung sehr gut funktioniert, wurde die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit als *„relativ sperrig“* (Frau V. Workshop II: 174) beschrieben, weil diese nur schwer zu erreichen sind und wenig direkte Kontakte bestehen.

Aber auch der Kontakt zu den Reha-Fachberatenden der Deutschen Rentenversicherung hat sich im Zeitverlauf verändert. So wurde berichtet, dass die Zusammenarbeit und Erreichbarkeit früher intensiver als heute gewesen sei, was kritisch bewertet wurde:

> *„Wir hatten früher häufiger Kontakt auch im Rahmen vom Reha-Assessment bei den Abschlussgesprächen. Da haben die Reha-Träger teilgenommen. Das macht jetzt eigentlich nur noch die Berufsgenossenschaft. Das war früher eigentlich auch üblicher, vor allem bei der DRV-Bund“* (Herr Sch. Workshop I: 46-50).

Kritisiert wurde hierbei vor allem, dass die telefonische oder digitale Beratung seit der Pandemie ausgebaut wurde, der persönliche Kontakt jedoch anschließend nicht wieder Vorrang erhielt.

> *„Also das ist ja auch immer diese Aussage, dass die Rückkehr an den Arbeitsplatz von den Reha-Beratern nicht so ganz erfolgt, wie es vor Corona war. Und da natürlich der ein oder andere mit Sicherheit oder eine große Anzahl an eventuellen Kandidaten und Kandidatinnen verloren gehen. Weil die einfach nicht mehr diesen engen Kontakt zu den Rehabilitanden haben“* (Herr S. Workshop I: 271-276).

Die unpersönliche Beratung aus der Distanz und die darauf aufbauende Zusammenarbeit wird hier direkt in Zusammenhang mit den sich verringernden Teilnehmenden und Zuweisungen gebracht.

Der enge und regelmäßige Austausch wird auch gerade deshalb als relevant erachtet, weil die Problemlagen der Leistungsberechtigten in den letzten Jahren komplexer geworden sind, wodurch sich der Abstimmungsbedarf mit den Kostenträgern erhöht habe.

> *„Also was ich so ein bisschen mitbekommen habe, ist, dass glaube ich der Bedarf der Abstimmung, dadurch, dass eben auch die psychischen Beeinträchtigungen stark zugenommen haben, von Reha-Fachberatern noch stärker an uns herangetragen wurde. Also die haben den Wunsch geäußert, dass sie noch früher involviert werden, wenn es die ersten Anzeichen gibt, dass der Maßnahmeerfolg eventuell schwierig zu erreichen sein wird. Und die wünschen sich eine noch stärkere Absprache, also noch regelmäßiger. Ich glaube, das ist bei uns jetzt so im letzten dreiviertel Jahr noch ein bisschen verstärkt worden“* (Frau S.-H. Workshop I: 53-60).

Die neue Ausgangslage durch die sich veränderte Zielgruppe ging mit dem impliziten Wunsch einer neuen kooperativen Praxis einher. Deutlich wurde dies daran, dass manche Befragte die *„starren Kommunikationsstrukturen“* (Frau A. Workshop II: 388-389) zwischen den Berufsförderungswerken und den Kostenträgern beklagten, weil diese unflexibel seien und nicht alle Reha-Fachberatenden auf allen Hierarchieebenen erreichen werden können, was sich dann wiederum negativ auf die Informiertheit über die Angebote in den Berufsförderungswerken auswirken kann. Die veränderte Zusammensetzung der Kundschaft – wirtschaftlich gesprochen – erfordert eine flexiblere und engmaschigere Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, um auf die veränderte Nachfrage reagieren zu können. Insgesamt zeigt sich, dass die Berufsförderungswerke (wieder) eine enge und dialogische Kooperation mit den Kostenträgern anstreben, die in jüngerer Zeit nachgelassen hat.

Veränderte Klientel: komplexere Fälle, ohne angepasste Angebote

Wie genau haben sich nun die Leistungsberechtigten verändert? Wie bereits in Kapitel 4 dargelegt, berichteten auch die Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke, dass einige Leistungsberechtigten von komplexeren Problemlagen betroffen sind. Die Kategorie der komplexer werdenden Fälle verstehen wir daher wie folgt: die Problemlagen von Rehabilitand*innen liegen dann häufig in multipler und mehrdimensionaler Form vor (diskontinuierliche Verläufe, soziale Problemlagen, psychische Auffälligkeiten etc.) und sind nicht mehr ohne weiteres mit den klassisch normierten Angeboten und Leistungen der beruflichen Rehabilitation erfolgreich zu bearbeiten. So formulierte beispielsweise Herr G. in einem Workshop, dass es deshalb sinnvoll wäre, dass die *„Assessment-Angebote* [in den Berufsförderungswerken] *verlängert werden“* (Herr G. Workshop II: 60).

Der Wunsch nach einem längeren und flexibleren Assessment ergibt sich jedoch nicht nur aus der zunehmend komplexen Klientel, sondern auch aus der wachsenden Zahl migrantischer Versicherter mit geringerer Sprachkompetenz, was die Verfahren zusätzlich verlängert.

Zuweisungspraxis der Kostenträger: Nachlassende Quantität und Qualität

Mehrere der befragten Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke sind unzufrieden mit den aktuellen Zuweisungen durch die Kostenträger. Hinzu kommt, dass die Fälle, die zugewiesen werden, komplexer oder sogar überhaupt nicht als assessmentfähig bewertet werden.

> *„Es sind zu wenig Teilnehmer. Es sind deutlich weniger als früher. (.) Und es sind auch in einem nicht unerheblichen Maße Teilnehmer, die vielleicht früher gar nicht zu uns gekommen wären, zumindest zu dem Zeitpunkt, wie sie heute kommen“* (Frau V. Workshop II: 59-62).

Daraus ergibt sich der Wunsch – zugleich als Notwendigkeit formuliert –, klassische Angebote nicht mehr im bisherigen festen Zeitrahmen umzusetzen oder diese flexibler zu gestalten. Andere berichteten davon, dass sie mit den Zuweisungen der Kostenträger zwar grundsätzlich zufrieden sind, sich jedoch eine stärkere ausbildungsbezogene Verteilung wünschen (zum Beispiel nicht nur IT-Umschulungen), weil die Berufsförderungswerke ein breites Spektrum an Ausbildungsberufen anbieten. In diesem Zusammenhang wurden auch die Arbeitgebenden thematisiert, die laut den Befragten eine erhöhte Nachfrage nach bestimmten Berufsbildern gegenüber den Berufsförderungswerken geäußert haben, die jedoch von den Teilnehmenden tendenziell nicht gewählt werden:

> *„Wir haben ganz viele Nachfragen von den Unternehmen aus dem Arbeitsmarkt nach Absolventen in bestimmten Bereichen, aber kein Interesse seitens der Teilnehmender, in diese Berufe reinzugehen. Oder sie werden bewusst gesteuert in andere Bereiche, die bereits eigentlich schon überlaufen. Also wir haben da ein deutliches Leck. Und diese zwei, das sind Arbeitsmarkt mit dem Beratungsmarkt oder Finanzierungsmarkt, nicht miteinander gekoppelt sind“* (Frau A. Workshop II: 255-260).

Diese Einschätzung deckt sich mit unserer Arbeitgebendenumfrage, wo ebenfalls geäußert wurde, dass die gesuchten Fachkräfte nicht wirklich über die Berufsförderungswerke akquiriert werden können.

Ein besonderes Interesse der befragten Mitarbeitenden aus den Berufsförderungswerken zeigte sich vor allen im Hinblick auf die Kriterien der Zuweisung der Kostenträger.

> *„Für mich wäre vielleicht auch nochmal wichtig, was so den Beratern, also was für die so Priorität hat. Also ob sie im Schnitt jetzt eher Wert legen auf flexible Verläufe, auf flexible Anpassungen oder ob sie eher sagen, für mich steht wirklich ein stabiler Prozess im Vordergrund, wo ich wenig Arbeit habe, wo die Maßnahme wirklich klassisch von Anfang bis Ende zu Ende läuft und ich weitgehend in Ruhe gelassen werden und am Ende sollen die einfach ihre Arbeit machen. Oder ob es mit dir okay ist, wenn man sie einfach regelmäßig auch ins Boot holt, anspricht oder eben auch, ich sag mal, im Sinne des Teilnehmers vielleicht mal Sondervarianten fährt“* (Herr R. Workshop I: 330-340).

Bei vielen Befragten fanden wir diese Unsicherheit über die Zuweisungskriterien der Kostenträger. Dass ein solches Wissen bedeutend für die Praxis der Berufsförderungswerke ist, ergibt sich daraus, dass sie durch ein solches Wissen, entsprechende Handlungsstrategien ausloten und umsetzen können und auch dadurch auch die gewünschte engere und dialogische Zusammenarbeit entsprechend gestalten können. So wurde auch danach gefragt, welche Rolle heute noch das Alter der Rehabilitand*innen spielt oder ob pro Berufsförderungswerk bestimmte Quoten erfüllt werden müssen.

Bei den Zuweisungskriterien wurde darüber hinaus noch ein bestimmter Aspekt hervorgehoben: Die gemeinsame Geschichte der Zusammenarbeit zwischen Berufsförderungswerk und den Reha-Fachberatenden. Mehrere Befragte hoben die Erfahrung hervor, dass Reha-Fachberatende, wenn sie mit Maßnahmen oder Praktiken in bestimmten Berufsförderungswerken unzufrieden sind, anschließend weniger Versicherte in diese Einrichtungen zuweisen.

> *„Und was ich immer dann dich wieder wirklich beunruhigend finde, ist, dass dann irgendwie, wenn man mal wieder jemanden anruft und sagt, ja, sie haben uns jetzt schon lange nicht mehr jemanden geschickt und woran liegt das? Dann heißt es, ja, im Jahr 2008, da hatten wir den Fall, dass-. So, also, dass die so total weit irgendwie in der Vergangenheit leben und gar nicht sich auch mal wieder darauf einlassen, dass sich vielleicht die Organisation noch verändert hat oder das es ein Einzelfall war. Und das die gar nicht mehr wieder vorbeikommen und sagen, okay, was gibt es denn jetzt hier? Also da haben sich teilweise in der gesamten Organisation alle Menschen verändert. Aber weil es vor zehn Jahren den Vorfall XY gab, hält man dann an dieser einen Perspektive fest“* (Frau S.H. Workshop I: 282-291).

Eher rückwärtsgewandt werden darüber hinaus zum Teil die Vorstellungen der Reha-Fachberatenden über die berufliche Rehabilitation und deren Angebote eingeschätzt. Immer wieder tauchte hierbei in den Workshops die These auf, dass die Kostenträger innovationsfeindlich seien, weil sie keine neuen Maßnahmen in den Berufsförderungswerken zuließen, über diese nicht informiert sind oder nicht entsprechend zuweisen.

> *„Vielleicht ist es zu hart formuliert, aber ich gehe sogar in Richtung, dass wir bei den Kostenträgern sogar eine gewisse Innovationsfeindlichkeit bemerken, dass hier an der Stelle wirklich konservativ belegt wird. Also sprich, wenn wir hier mit neuen Angeboten kommen, dann steht, an denen erst mal sehr skeptisch gegenüber. Wir bekommen auch sehr häufig dann die Aussage, natürlich, könnt ihr mit neuen Angeboten kommen, aber das heißt, in Summe werden wir euch deshalb nicht mehr belegen können. Das bedeutet, das Ganze geht dann zu Lasten von bestehenden Angeboten. Und das ist natürlich eine Sache, die nicht unbedingt dann auch in unserem Sinne ist, wenn wir uns dann eben sowohl den regionalen Gegebenheiten anpassen wollen, als auch jetzt an der Stelle, dann sehr konservativ belegt wird. Und der Bürokaufmann oder Bürokauffrau, das freut mich, danke, die Bürokauffrau ist natürlich wirklich ein tolles Produkt, wird auch immer toll belegt, aber wenn man jetzt mal so schaut, wo wir heute stehen, dann ist es ein Auslaufprodukt. Aber dennoch wird es natürlich im niedrigschwelligen Bereich dann immer wieder gerne belegt. Aber hier müssen wir natürlich schauen, in welche Richtung sollen auch wir uns Berufsförderungswerke entwickeln. Und das muss dann eben auch belohnt und nicht abgestraft werden“* (Herr G. Workshop II: 295-312).

Diese konservative Haltung – oder wie manche es nannten *„ein sehr antiquierter Blick“* (Frau V. Workshop II: 292) – betrifft dabei nicht nur institutionsinternen Angebote der Berufsförderungswerke, sondern auch das Wissen über die aktuelle Arbeitsmarktlage.

Eine Folge dieser Haltung sei, dass eine *„gewisse Innovationsfeindlichkeit“* (ebd.: 297) herrscht.

> *„Ich kann vielleicht auch noch, wo uns zumindest auch immer wieder oder was uns von den Teilnehmenden widergespiegelt wird, ist einfach die, ich nenne es mal Unflexibilität der Maßnahmen dahingehend, das eben gewünscht wird. Ich meine, wir haben Einzugsgebiet aus ganz Deutschland aufgrund unserer Spezialität. Einfach wieder, ich möchte nicht zwei Jahre oder noch mehr im Internat im Berufsförderungswerk leben. Ich möchte mobile Inhalte haben, dass ich mir das einteilen kann, sodass ich nicht-. Und da zeigt sich, das ist aber, glaube ich, von Bundesland zu Bundesland ein bisschen abhängig, dass da einfach auch die Deutsche Rentenversicherung sich wenig flexibel zeigt, was solche Sachsen anbelangt. Also da müsstest du halt einfach mal in die Zukunft schauen. Wie willst du das irgendwie vielleicht mal attraktiver auch den ein oder anderen machen? Also ich meine, wir waren die Tage auf dem Reha-Kolloquium. Da wird groß von KI und Mensch trifft Maschine und so weitererzählt. Merken tut man davon relativ wenig an der Basis*“ (Herr S. Workshop I: 293-305).

Die Berufsförderungswerke stehen hier also vor einer strukturellen Herausforderung: Die Diskrepanz zwischen den Bedarfen der Leistungsberechtigten und den finanziellen Voraussetzungen zu überbrücken. Es wird in diesem Zusammenhang der Wunsch nach Neuerungen im Hinblick auf die Maßnahmen und Angebote initiiert, die jedoch nicht von den Kostenträgern finanziert werden. Anders formuliert: Innovation wird aus der Wahrnehmung der Berufsförderungswerke seitens der Kostenträger zum Teil gehemmt.

Angesichts dieser Erfahrungen in der Zusammenarbeit, dem sich verändernden Klientel sowie dem fehlenden Wissen über die Zuweisungskriterien, wünschen sich die Befragten auch Austauschformate, um die gemeinsame Praxis besser zu verstehen und Herausforderungen in der Zusammenarbeit zu bewältigen.

> *„Also es wäre schön, wenn wir tatsächlich an der Stelle mal in eine Austauschplattform treten könnten“* (Herr G. Workshop II: 341f.).

Zusammenfassung

Im Kontext der partizipativen Workshops mit den Mitarbeitenden aus den Berufsförderungswerken wurden die zunehmende Komplexität der Fälle, die wachsende Bedeutung des Wunsch- und Wahlrechts, mangelnde Flexibilität von Maßnahmen sowie der Bedarf an digitalen Angeboten hervorgehoben. Die Zuweisungspraxis der Kostenträger wird unterschiedlich bewertet: Einige zeigten sich zufrieden, andere verwiesen auf eine eingeschränkte Erreichbarkeit von Reha-Beratern. Kritisiert wurden zudem eine lückenhafte Informationsweitergabe zu neuen Leistungsangeboten, eine konservative Grundhaltung der Kostenträger, bürokratische Vorgehensweisen insbesondere jüngerer Berater sowie starre Kommunikations- und Beratungsstrukturen. Als Wunsch formulierten die Befragten mehr Austauschformate, um die eigenen Handlungslogiken und Herausforderungen besser zu verstehen und gemeinsam Problemlösungen zu entwickeln.

5.3.2 Explorative Einzelinterviews mit Expert*innen der Reha-Fachberatung und Reha-Fachberatenden

Im Anschluss an die partizipativen Workshops wurden fünf Interviews mit Reha-Fachberatenden und Fachbereichsleitungen der Reha-Fachberatung durchgeführt. Hierfür wurden fünf Angestellte der Deutschen Rentenversicherungen befragt. Ziel der Erhebung war es, die in den partizipativen Workshops entwickelten ersten analytischen Ansatzpunkte und Fragestellungen aus der Perspektive der Reha-Fachberatenden zu reflektieren und daraus präzisere Hypothesen abzuleiten, für deren Prüfung anschließend ein standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt wurde.

Berufsförderungswerke als zeitgemäße und strategische Partner der beruflichen Rehabilitation

Die Berufsförderungswerke wurden von allen Befragten als zeitgemäße Partner der beruflichen Rehabilitation bewertet, mit denen eine gute und konstruktive Zusammenarbeit möglich ist. Immer wieder wurde in den Interviews deutlich, dass für die Kostenträger die bedarfsgerechte Versorgung der Teilnehmenden an erster Stelle im Rahmen der beruflichen Rehabilitation steht. Da sie jedoch die Maßnahme selbst nicht umsetzen, sondern unter anderem die Berufsförderungswerke damit beauftragen, werden diese zum zentralen Kooperationspartner der beruflichen Rehabilitation. Explizit verdeutlichte dies beispielsweise die folgende Bereichsleiterin eines Kostenträgers.

> *„Ja, es ist also weniger, sage ich mal, die Teilnehmerbetreuung, sondern es ist wirklich die Trägerbetreuung. […] Und das gebe ich auch meinen Teamleitenden und Reha-Beratern mit, die da in die Häuser gehen, auch so, dass wir eine Verantwortung haben für das BfW als solches. Sicher auch für den einzelnen Teilnehmer, den wir da hinschicken, aber auch das BfW als solches, ähm, und den Mitarbeitenden dort, dass wir dafür eine Verantwortung haben. Und daran merken sie schon, wie eng ich eigentlich auch mit den BFWs bin. Also welche Wichtigkeit, äh, oder welchen Stellenwert für mich die BFWs haben*“ (Bereichsleiterin: 76-83).

Die Bereichsleiterin betonte im Interview, dass die Berufsförderungswerke in der beruflichen Rehabilitation eine einzigartige Stellung innerhalb der Trägerlandschaft einnehmen, die von anderen Akteuren und deren Angeboten nicht ersetzt werden kann.

Insgesamt beschreiben alle interviewten Expert*innen und Reha-Fachberatenden die Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken als sehr gut und zufriedenstellend. Der Kontakt zu den Berufsförderungswerken ist engmaschig und ist durch unterschiedliche Kommunikationsebenen gekennzeichnet und wird so als entscheidendes Kriterium des Rehabilitationserfolgs angesehen. So wird von den verschiedenen Befragten immer wieder das Vorhandensein einer expliziten Ansprechperson positiv hervorgehoben sowie der regelmäßige Austausch auf Fachtagungen und Koordinierungsrunden.

> *„Also wir haben hier für unsere Reha-Fachberaterinnen und Reha-Fachberater regelmäßige Zusammenkünfte. Wir nehmen das Reha-Fachberater-Tagungen. Also die finden im Jahr*

> *mehrfach statt. Also gerade in der letzten Woche hatten wir die letzten für unsere Region eine und dort sind in der Regel die Berufsförderungswerke Stammgäste. Sie bieten ihre Aktualität an und in dem Zusammenhang ist natürlich unsere Kontaktberater eine wichtige, ich sage es jetzt mal, Schnittstelle, wenn irgendwie Fragen, die über den Einzelfall hinausgehen, sozusagen grundsätzlich zu diskutieren sind, wird der auf jeden Fall, diese Foren sozusagen dann als Kommunikationsplattform nutzen. Dazu haben die einzelnen Häuser sogenannte Koordinierungsrunden, in denen die Reha-Fachberaterinnen, also die dann mit dem einzelnen BFW zusammenarbeiten. Schwerpunktmäßig sind das die Kolleginnen und Kollegen aus dem einen Bundesland und nicht aus dem anderen. Da finden dann noch Koordinierungsrunden statt, um dort auch individuelle Probleme zu besprechen*" (Reha-Fachberater Region I: 190-201).

Ein weiterer entscheidender Aspekt dieser Kooperation ist, dass die Berufsförderungswerke die Reha-Fachberatenden über veränderte Leistungsangebote in ihren Häusern regelmäßig informieren. Auch bei diesem Punkt berichten die Befragten von einer zufriedenstellenden Zusammenarbeit, auch wenn es hier auch kritische Beispiele gibt.

> *„Also ich kann für mich persönlich sprechen, ich hab halt in meinem Zuständigkeitsgebiet zwei Berufsförderungswerke, da besteht Kontakt und da kann ich schon fast auswendig dann auch die verschiedenen Maßnahmen nennen. (..) Was ich natürlich auch schon so ein bisschen von Kolleginnen und Kollegen manchmal höre, ‚ah da ist die Homepage nicht so richtig gepflegt', da weiß ich nicht, findet das jetzt statt, da sind vielleicht auch veraltete Maßnahmen mal noch drin, also das ist ein Thema, klar. Das ist immer sozusagen keine Einbahnstraße, aber manchmal stehts und fällt es vielleicht auch mit der Aktualität von Angeboten auf der Homepage, weil es ist für uns gerade natürlich, wenn man einen direkten Telefon oder eine Durchwahlnummer hat, die erste Anlaufstation und die sollte zumindest gut gepflegt sein, damit wir auch sehen, für Leistungsträger, was für Angebote gibt es. Das wäre sozusagen der Wunsch der klaren Struktur, der Übersichtlichkeit bei den Bildungsträgern, bei den Berufsförderungswerken, welche Assessmentmöglichkeiten, welche Quali oder welche Ausbildungsmöglichkeiten gibt es denn"* (Reha-Fachberater Region II: 80-91).

Die Berufsförderungswerke werden hierbei unmittelbar in die Verantwortung genommen, die Aktualität ihrer Leistungsangebote über ihre Online-Präsenz sicherzustellen. Interessant ist dieser Aspekt, weil aus Sicht der Reha-Fachberatenden damit ein Punkt gegenüber den Berufsförderungswerken angesprochen wird, den umgekehrt Mitarbeitende der Berufsförderungswerke in den Einzelinterviews und partizipativen Workshops gegenüber den Reha-Fachberatenden kritisierten. Dies weist auf einen lückenhaften Informationsfluss zwischen beiden Akteursgruppen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Berufsförderungswerke hin.

Formelle und informelle Kriterien der Zuweisungspraxis

Anhand der durchgeführten Interviews konnten verschiedene Kriterien der Zuweisungspraxis empirisch herausgearbeitet werden, die sich grundsätzlich in *formelle* und *informelle Kriterien* differenzieren lassen.

Zu den formellen Kriterien zählen einerseits die rechtlichen Grundlagen sowie damit zusammenhängend die medizinischen Unterlagen. Damit verbunden ist auch die Rehabilitationsfähigkeit der Leistungsberechtigten, also die Frage, inwiefern die beruflichen Rehabilitand*innen in der Lage sind, eine Maßnahme erfolgreich im Berufsförderungswerk zu absolvieren. Hier fließen außerdem auch die individuellen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten mit ein. Zu diesen institutionalisierten Kriterien gehört somit auch das Wunsch- und Wahlrecht, dass 2019 mit dem Trio-Gesetz eingeführt wurde. Hierzu gehören auch die Mobilität und das Alter des Leistungsberechtigten. Das Alter ist dabei jedoch kein hartes Kriterium, da auch die Kostenträger für Altersdiskriminierungen sensibilisiert sind. Insofern gibt es auch keine klare Altersgrenze, jedoch aber eine, die nach dem Kosten-Nutzen der Maßnahme fragt. So formuliert ein Befragter:

> *„wir nehmen aber, wenn einer Ende 50 ist und hat das technische oder personelle Know-how überhaupt noch vorhanden, stecken wir den auch noch in die Umschulung. Das ist kein Thema. Also die Reha-Fachberater haben da keinerlei Begrenzungen drin. Die können grundsätzlich individuell schauen, was kann ich mit dem noch erreichen und was passt aus seiner Sicht zu diesem ganzen Geschehen dazu. Und es macht natürlich keinen Sinn mehr, einen, ich sag mal Mitte-60-Jährigen noch in die Umschulung zu stecken, weil wenn er dann mit der Umschulung fertig wäre, wäre er im Rentenalter, also wäre er 67 und das macht keinen Sinn mehr. Man muss natürlich auch sehen, so eine Umschulung ist sozusagen das Premium-Segment bei uns im Markt und das liegt immer noch bei einer zweieinhalbjährigen, wenn wir gut rechnen, zweieinhalbjährigen bis dreijährigen, liegt man da bei weit über 100.000 Euro, was der ganze Prozess kostet* (Referatsleiter: 99-109).

Zu den informellen Kriterien zählt auch die Nähe und Distanz des Wohnorts des Rehabilitand*innen zum jeweiligen Berufsförderungswerk. Dieses Kriterium findet seinen offiziellen Ausdruck im Wunsch- und Wahlrecht und nimmt aber laut der Befragten ein bedeutendes Charakteristikum im Kontext des demografischen Wandels ein: Aufgrund der älter werdenden Bevölkerung ist die Regionalität der beruflichen Rehabilitation in den letzten Jahren zunehmend wichtig geworden.

> *„Also da muss man dann ganz individuell schauen, aber das findet in aller Regel in Abstimmung mit dem Betroffenen, ja ich sag's jetzt mal, regional verankert statt. Da wird also keinesfalls jetzt der Versicherte von Stadt Z nach Stadt X geschickt und von Stadt X nach Stadt Y runter oder von Stadt F nach Stadt V hoch, das ist lebensfremd, muss ich so ganz deutlich sagen*“ (Bereichsleiter 47-51).

Auch zu den eher informellen Kriterien gehören Fragen der Motivation, der Leistungsfähigkeit der Rehabilitand*innen. Auf Seiten der Berufsförderungswerke wird betont, dass es relevant für die Zuweisung ist, über welche digitalen und analogen Leistungsangebote das

Berufsförderungswerke verfügt und wie flexibel dieses die Leistungen gestalten kann. Hinzu kommen auch die Aspekte einer geringen Abbruchquote, einer erfolgreichen Abschluss- und erfolgreichen Arbeitsmarktintegration. Auf das veränderte Klientel der beruflichen Rehabilitation wird unter Punkt 5.2.4 nochmals eingegangen.

Zu den informellen Kriterien zählen des Weiteren, inwiefern die Reha-Fachberatenden positive Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk in der Vergangenheit gesammelt haben. Das diese Erfahrungen einen entscheidenden Einfluss auf die Zuweisungspraxis haben kann, wird in der folgenden Interviewpassage deutlich, in der eine Bereichsleiterin von einer defizitären Kooperation berichtet.

> *„Wenn ich das feststelle, dass ich nicht rechtzeitig informiert werde, zum Beispiel oft ein großes Thema Arbeitsunfähigkeitszeiten. Da gibt es bei mir die Regelung, nach drei Wochen Arbeitsunfähigkeit brauche ich eine Meldung, dass ich vorsichtshalber gegebenenfalls das Übergangsgeld einstellen lassen kann, damit keine Überzahlung entsteht. Wenn solche Meldungen nicht erfolgen oder wenn ich da außen vor bleibe, dann ist das für mich wirklich ein Grund, mich zu beschweren. Und das tue ich, mich eindeutig zu beschweren an geeigneter Stelle. Und wenn das zweimal passiert, lehne ich diesen RIM, diese Reha-Integrationsmanagerin ab. Die wähle ich ab. Die betreut mir keine DRV-Versicherte mehr. (...) Das ist vielleicht auch meiner Person geschuldet und meiner Funktion, aber das ist ganz klar. Das habe ich eigentlich schon als Reha-Beraterin gemacht, dass ich gesagt habe, Schluss jetzt mit lustig. (..) Man muss natürlich immer sehen, genau dadurch, dass ich diese Klarheit habe und wohl gemerkt, jetzt muss ich vielleicht etwas offenbaren, dass natürlich Kollegen wissen, auch wenn die wissen ja, also jetzt zum Beispiel bei uns in der Region wissen sie ja, wer das BFW dieses oder jenes betreut. Und wenn da eine Auswahl besteht, dann geben die das natürlich oftmals in dieses BFW, wo sie wissen, wer betreut. Nach dem Motto, da ist eine klare Linie dahinter. Das spiegelt sich auch oft in den Belegungszahlen, muss ich ganz oft sagen. Also ich kann das an einer anderen Einrichtung, die ich betreue, auch sehen, dass da extrem hohe Belegungszahlen sind, weil sie genau wissen, da ist Zug dahinter, dass ich mir das genau angucke und wenn das ist, greife ich da ein*“ (Bereichsleiterin: 237-253).

Veränderte Arbeitspraxis der Reha-Fachberatenden

Die Arbeitspraxis der Reha-Fachberatenden hat in den letzten fünf Jahren einige Veränderungen erfahren. Mit dem Ausbruch der Corona-Pandemie kam es auch zu Strukturveränderungen in der Praxis. In der Hochphase der Pandemie mussten die Beratungen sowie die Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken online erfolgen. Mittlerweile ist man jedoch wieder zu persönlichen Beratungen mit den Rehabilitand*innen und zur direkten Kommunikation mit den Berufsförderungswerken zurückgekehrt.

> *„Also da würde ich jetzt für mich in der Praxis sagen, hat sich das wieder vor Corona Niveau eingependelt, schon eine Weile. Einfach von den persönlichen Beratungen jetzt bei mir nehme ich schon auch wahr, dass es der Wunsch der Versicherten ist, auch persönlich beraten werden zu wollen. (.) Aktuell arbeiten wir daran, wie können wir eine gute Betreuung der Bildungseinrichtungen auf die Beine stellen. Da arbeiten wir gerade um ein Konzept. Also hier wird*

> *dann auf jeden Fall auch was in die Richtung gehen. (.) Geltet schon die Klinikberatung, die wird dann aber mehr auf das Digitale umgestellt. Also ja, tatsächlich die Veränderung, die Kommunikation mit Trägern, also medizinische Reha-Klinik, vielleicht auch berufliche Reha-Klinik, die wird vielleicht mehr ins Digitale gehen. (..) Die Betreuungsberatung von unseren Versicherten spielt die persönliche Beratung aus meiner Sicht weiterhin die zentrale Rolle"* (Reha-Fachberater: 163-172).

Nicht selten wurde davon berichtet, dass seit der Corona-Pandemie und der damit verbundenen gesamtgesellschaftlichen Ausweitung von Tele-Arbeit die Reha-Fachberatenden auch nach der pandemischen Hochphase gehäuft Homeoffice nutzen. Viele Befragte berichteten davon, dass diese Praxis nicht auf sie selbst oder ihre Kolleg*innen in der Reha-Fachberatung zutreffe. Eine Bereichsleiterin stimmte der These der geringeren aufsuchenden Praxis der Reha-Fachberatenden zu, führte die Ursache jedoch auf einen anderen Punkt zurück. Sie berichtete von gekürzten finanziellen Mitteln – von Kosten und Compliance – die den analogen Besuch in den Berufsförderungswerken erschwert.

> *„Aber die Fragestellung wegen Homeoffice weniger Kontakt zu einem BFW, der Reha-Beratung, das hat andere Gründe. Und zwar sage ich mal, ich kann mir weiterhin das Angebot, ob ich jetzt im Büro sitze oder in meinem Homeoffice bin, kann ich mir das Angebot des BFWs anschauen. Der Hintergrund ist ganz anderer. (.) Kosten. Kosten und zwar Kosten und Compliance. Das ist ein ganz anderer Aspekt. Nämlich unsere Reisekosten sind eingedämmt. Man kann jetzt nicht einfach da mal hinfahren in den BFW und sich das anschauen. Da werden zwar immer wieder die Informationstage für Reha-Fachberater, Beraterinnen angeboten, aber in meiner Funktion als Kostenstellenverantwortliche stimme ich da nicht jedem Wunsch zu. Wunsch- und Wahlrecht. Das hat da Grenzen. Wir müssen extrem auf unsere Reisekosten achten*" (Bereichsleiterin: 368-377).

Die geringen finanziellen Mittel schränken damit die aufsuchende Praxis der Reha-Fachberatenden maßgeblich ein. Die Bereichsleiterin berichtete allerdings auch davon, dass dies erst einmal nur auf ihren Kostenträger zutrifft und sie nicht für alle anderen sprechen kann.

Als wesentliche Ursache für eine veränderte Praxis wird eine massive Arbeitsverdichtung genannt:

> *„Also Arbeitsverdichtung, Arbeitsverdichtung zu wenig Personal. Ich habe zum Beispiel in meinem Bereich aktuell zwei Dauerkranke. Bis letztes Jahr hatte ich vier Dauerkranke, deren Stellen ich nicht nachbesetzen kann. Das heißt, die Kollegen müssen diese Vertretungsarbeit leisten*" (ebd.: 426-428).

Diese begrenzten finanziellen Möglichkeiten sind Ausdruck eines gesteigerten Kostendrucks, womit sich auch laut der Bereichsleiterin eine neue Praxis der Reha-Fachberatenden etablierte.

> *„Kostendruck zusammen. Das hängt auch durchaus mit dem Kostendruck zusammen. Früher, sage ich mal, war das alles kein Thema gewesen. Da konnten sich die Reha-Fachberater, die ja primär aus dem sozialpädagogischen Bereich kamen, da sehr, sag ich mal, konnten die sehr*

> *frei gestalten oder freier gestalten, wenn sie da Maßnahmen kreiert haben. Auch wenn es dann mal nicht funktioniert hat, hat man halt die nächste Maßnahme und so weiter genommen und so weiter. Die Zeiten sind vorbei. Also, diese Gestaltungsmöglichkeiten haben wir nicht mehr. Und das ist natürlich auch eine Frage der jüngeren Kollegen, die also da erst später jetzt dazugekommen sind. Die haben natürlich diesen Kostendruck und diese Verantwortung, die ihnen obliegt, durchaus aufgenommen. Weil natürlich auch die Strukturen der Leitung sich verändert haben. Also, man guckt da jetzt auch mehr drauf, was machen denn die da? Dadurch, dass man da in Intimstrukturen arbeitet, Qualitätssicherung im Fokus hat, hat sich das natürlich verändert. Und da sind die natürlich durchaus gehalten, da bewusster auszuwählen*" (Bereichsleiterin: 455-467).

Implizit beschreibt die Bereichsleiterin hier einen Wandel der Tätigkeit in der Reha-Fachberatung vom eher sozialpädagogischen hin zum verwaltungsorganisatorischen Handeln, was ihrer Ansicht nach eine Folge des steigenden Kostendrucks sei. Zu fragen ist, inwiefern sich dies negativ auf die Berücksichtigung des Einbezugs der Lebenswelt der Rehabilitand*innen auswirkt, deren Bedeutung vor dem Hintergrund komplexer Problemlagen von Leistungsberechtigten zunimmt (auch im Rahmen von Fallmanagement[11]). Anders gefragt: Kann eine solche verwaltungstechnische Betreuung den multiplen Problemlagen der Leistungsberechtigten noch gerecht werden?

Ältere und multidiagnostische Leistungsberechtige

Alle Befragten der Kostenträger berichten davon, dass die Leistungsberechtigten im Durchschnitt älter geworden sind und multiple Diagnosen vorweisen und somit zur Kategorie der komplexen Fälle gehören. Vor allem psychische Diagnosen haben zugenommen. So evaluierte ein Referatsleiter:

> *„Das sehen wir auch an verschiedenen Zahlen, die wir controllen und beobachten. Also das Thema psychische Erkrankung ist definitiv weiterhin ein zunehmendes Thema, zeigt sich dann auch in der Leistungsabgabe und dass die Komplexität in diesen Fällen. Also dass die Beratungskomplexität (.) zunimmt. Das wird unisono eigentlich von all unseren Beratungskräften so gesehen und dadurch entstehen auch sicherlich zunehmende Abstimmungsbedarfe zwischen beruflicher Einrichtung und Beratungskraft beim Kostenträger*" (Referatsleiter: 125-130).

Die komplexeren Fälle auf Seiten der Leistungsberechtigten gehen insofern mit einem durchaus erhöhten Abstimmungsbedarf zwischen den Kostenträgern und den Berufsförderungswerken einher, genauso wie es auch die Expert*innen in den partizipativen Workshops berichteten. Anzumerken ist jedoch, dass nicht alle befragten Reha-Fachberatenden die Zunahme des Abstimmungsbedarfs ähnlich bewerteten.

> *„Und die Assessments nehmen aber zu, weil die Teilnehmerkreise, ja ich sag's jetzt mal, schwieriger wird. Ich möchte nur darauf hinweisen, unser Altersdurchschnitt im Rehabilitandenbereich liegt so bei Ende 40, 46 bis 48 und dort ist natürlich ein grundsätzliches Assessment*

[11] So wurde beispielsweise auf dem Reha-Kolloquium 2025 betont, dass auch die Reha-Fachberatenden eine Weiterbildung zum Fallmanagement absolvieren können, weil die meisten sozialpädagogisch ausgebildet seien.

> *notwendig, weil sie wissen nicht, wie da die schulischen, ja ich sag's jetzt mal, Erkenntnisse noch vorhanden sind. Und deswegen sind die Assessments dort auch sehr stark erstmal, wie breit ist überhaupt unser schulisches Wissen vorhanden, um es wieder auf den Stand zu bringen, den eine Ausbildung heutzutage erforderlich macht. Also es ist sehr heterogen und ich kann nur sagen, das geht, wie sagte, Assessment von ein bis zwei Tagen, also man muss ja immer gucken, was will der bis zu sechs Wochen oder länger. Also wir haben ein breites Spektrum*" (Bereichsleiter: 75-83).

Die Zunahme des Assessments in den Berufsförderungswerken wird hier kausal mit den zunehmend „*schwierigeren*" Leistungsberechtigten gesetzt. „*Schwieriger*" meint hier, dass die Leistungsberechtigten in den letzten Jahren vor allem im Durchschnitt älter geworden sind und auch multiple Diagnosen und hierbei vor allem psychische eine bedeutende Rolle spielen. Dadurch wird auch das Assessment durchaus länger, um die Rehabilitationsfähigkeit festzustellen. Diese Perspektive der Reha-Fachberatenden ist insofern bedeutend, da seitens der Expert*innen der Berufsförderungswerke im Rahmen der partizipativen Workshops beklagt wurde, dass die zugewiesenen Leistungsberechtigten nicht mehr oder seltener als früher rehabilitationsfähig sind. Jedoch erleben auch die Reha-Fachberatenden, dass die Klient*innen in dieser Hinsicht herausfordernder werden, sodass logischerweise auch diese zunehmend an die Berufsförderungswerke verwiesen werden. Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die geringere Rehabilitationsfähigkeit der Leistungsberechtigten weniger an der Zuweisungspraxis der Reha-Fachberatenden liegt, sondern eher an der Zunahme komplexer pathogener Lebenslagen, in denen sich die Leistungsberechtigen befinden.

> *„Was sich geändert hat, doch das kann man schon sagen. Es hat sich natürlich was geändert. Und zwar dahingehend, dass diejenigen, die jetzt, sag ich mal, als Erstdiagnose eine psychische Erkrankung haben, dass die schon verstärkten BFWs natürlich zugewiesen werden. Ja doch, das hat sich verändert. Also insofern hat das schon zugenommen, ja. Genau, dass eben diese Fälle dann im BfW, weil es eben dort den psychologischen Dienst gibt und ein interdisziplinäres Team gibt, das hat zugenommen, ganz klar. Ja, natürlich, muss man jetzt so sagen. Das ist natürlich eine Herausforderung auch, ne? (..) Auch für die Dozenten dort, also für die Ausbilder ist das natürlich schon auch eine Herausforderung, wo auch ein BfW wachsen muss, ganz klar. Doch ja, das hat sich verändert*" (Bereichsleiterin: 185-193).

Das Alter spielt auch für die Reha-Fachberatenden lediglich eine untergeordnete Rolle. Während früher Umschulungen für Personen Mitte fünfzig kaum genehmigt wurden, kommt dies heute deutlich häufiger vor – was angesichts des demografisch bedingten Fachkräftemangels kaum überrascht. Implizit ziehen die Reha-Fachberatenden eine Altersgrenze um die Mitte sechzig, also kurz vor dem regulären Renteneintritt. In diesem Alter wird klassischerweise auf ein Kosten-Nutzen-Argument verwiesen: Eine Umschulung lohne sich für den Kostenträger nicht mehr, da sie mit hohen Kosten verbunden sei, ohne dass die leistungsberechtigte Person noch langfristig davon profitieren könne.

Die Leistungsberechtigten sind jedoch nicht nur älter und multidiagnostischer geworden, sondern haben auch flexiblere Ansprüche an die berufliche Rehabilitation und insofern an die Berufsförderungswerke entwickelt. Während die Berufsförderungswerke historisch bedingt einen starken Internatsbereich haben, sind viele Leistungsberechtigte mobil und nutzen diesen Bereich überhaupt nicht mehr. So formulierte ein befragter Bereichsleiter:

> *„Also wir haben, anders formuliert, die ganzen Berufsförderungswerke haben aus der Historie heraus einen sehr starken Internatsbereich, dass die, ich sag's jetzt mal, die Leute auch dort wohnen. Das hat sich in den letzten 15, 20 Jahren sehr stark zurückentwickelt. Die Häuser haben zwar noch ihre Internate, die werden aber nur noch in sehr eingeschränkter Form genutzt. […] Also die Häuser sind nicht mehr derart konzipiert, dass, ich sag's mal, 60, 70 Prozent im Internat sind, sondern das ist eher die Ausnahme von der Regel, dass die Leute eigentlich heute im Tagespendelbereich sind. Das ist sicher auch aufgrund einer gesteigerten Mobilität*“ (Bereichsleiter: 118-130).

Diese kritische Distanz gegenüber der Internatsunterbringung steht den Bewertungen mancher befragter Reha- und Integrationsmanager*innen diametral gegenüber. Diese berichtete teilweise davon, dass die Internatsunterbringung gerade durch die psychischen Belastungen der Leistungsberechtigten eine zentrale Stellung erhalte, weil die Rehabilitand*innen dadurch in einem geschützten Raum sind, entkoppelt von den sozialräumlichen und familiären Problemlagen. Die Internatsunterbringung ermögliche den Leistungsberechtigten überhaupt erst (wieder), eine Tagesstruktur zu erlangen, die wiederum auch relevant für die spätere Integration in die ebenfalls meist stark strukturierte Arbeitswelt ist. Die vom Bereichsleiter beschriebene Zunahme der Mobilitätsansprüche der Leistungsberechtigten steht der gleichzeitig steigenden Zahl multidiagnostisch belasteter Personen gegenüber und bildet einen zentralen Widerspruch, der künftig aufgelöst werden muss.

> *„Ich glaube, das ist ein großes Thema, dass viele eben möglichst am besten noch zu Hause sitzen wollen und das Ganze online machen wollen. Also das ist ein großes Thema. Ich denke mal, dahingehend besteht vielleicht ein Entwicklungsbedarf. Online-Angebote oder wie man das gestalten kann. Also dahingehend eine gewisse Flexibilität zu haben. Also denke ich mal, das ist sicher ein Thema für die Zukunft. Das hat sich wirklich verändert. Früher war das kein Thema gewesen, da sind die einfach ins BFW gegangen*“ (Bereichsleiterin: 288-293).

Einen ersten Vorschlag unterbreitet die befragte Bereichsleiterin eines Kostenträger: Sie schlägt einen Mittelweg zwischen digitalen und analogen Leistungsangeboten in den Berufsförderungswerken vor, der in Zukunft ausgebaut werden sollte. Ein erster Schritt in diese Richtung war ihrer Ansicht nach, die Lockerung des digitalen prozentualen Anteils bei Umschulungen, der aktuell 30 Prozent beträgt. Wie sich die Hybridisierung der Angebote in den Berufsförderungswerken entwickelt, bleibt vor dem Hintergrund der hier dargestellten, teils widersprüchlichen Perspektiven eine Herausforderung, die zeitnah angegangen werden sollte.

Rückzug der Kostenträger aus der medizinischen Rehabilitation

Die Beratung von (potenziellen) Leistungsberechtigten in den Reha-Kliniken ist ebenfalls von einer gewissen Ambivalenz gekennzeichnet. So berichtete beispielsweise ein befragter Reha-Fachberater davon, nach wie vor in die regionalen Reha-Kliniken zu fahren und dort auch die Rehabilitand*innen zu beraten.

> *„Ich berate ja in der Reha-Klinik. Also ich bin jetzt zum Beispiel am vergangenen Freitag letzter Woche wieder in der Reha-Klinik gewesen. Dort hatte ich insgesamt sieben Patienten zum Einzelgespräch ab 45 Minuten, wo wir also, ich sage mal, wo die Ärzte der Reha-Klinik im Vorfeld halt LTA-Bedarf festgestellt haben und wo die Leute also auch beraten wurden, teilweise ich auch die Anträge aushändigt habe. Es waren auch zwei Patienten dabei, die hatten die Anträge schon vorliegen, auch schon fertig ausgefüllt. Also da findet auf jeden Fall in der Reha-Klinik zumindest auch Beratung statt“* (Reha-Fachberater Region I: 10-17).

Hier zeigt sich nochmal, wie unterschiedlich die Übergänge administrativ gestaltet werden können. Der Reha-Fachberater berichtet davon, dass manche potenzielle Leistungsberechtigte bereits LTA-Anträge (G130) vorliegen hatten und andere nicht. Hier scheint es, eine Diskrepanz zwischen der Vorbereitung des Übergangs in den Reha-Kliniken zu geben, die wir auch in den Interviews mit dem Mitarbeitenden des Sozialen Diensts in den Reha-Kliniken feststellen konnten. Während manche Sozialdienst-Mitarbeitenden die Anträge nicht nur den Rehabilitand*innen aushändigen, sondern zugleich auch beim Ausfüllen unterstützen, scheinen andere dies nicht zu tun. Wie die Beratung stattfindet und insofern auch die Vorbereitung für den Übergang in eine LTA-Maßnahme ist anscheinend je nach der jeweiligen Bearbeitung in der Reha-Klinik unterschiedlich.

Diese persönliche Beratung in den Reha-Kliniken seitens der Reha-Fachberatenden stellt jedoch eine Ausnahme dar. So berichteten die befragten Bereichsleiter*innen davon, dass die Kostenträger aktuell nicht in den Reha-Kliniken präsent seien. Ein Bereichsleiter eines regionalen Kostenträgers der Deutschen Rentenversicherung beschreibt als Ursache dieses Rückzugs, dass es eine Veränderung in dem Belegungssystem seit Mitte 2024 gegeben habe und dadurch nun Leistungsberechtigte bundesweit die Reha-Kliniken belegen können. Vor diesem Hintergrund sei es nicht mehr leistbar auf Seiten der Kostenträger regelmäßig in die Kliniken zu fahren.

> *„Deswegen haben wir schon sehr lange begonnen und es war auch ein, ich sag mal, DRV-einheitliches Konzept oder in Richtung, dass der Sozialdienst in den Kliniken, der ja die engere Betreuung während des medizinischen Verfahrens inne hat-. Es gibt ja in jeder Klinik einen Sozialdienst und Berater [...]. Und der Sozialarbeiter in der Reha-Einrichtung betreut den und er kann auf jeden Fall den Antrag mit den Betroffenen ausfüllen und auch an den zuständigen Rentenversicherungsträger schicken“* (Bereichsleiter: 267-273).

Eine weitere Bereichsleiterin berichtete davon, dass eine solche Betreuung aufgrund von Kostengründen nicht mehr leistbar sei.

> *„Wir können es uns nicht mehr leisten, dass wir in die Reha-Kliniken gehen, einfach personell von der Manpower. Es bleibt ein Nice-to-Have, aber wir können es nicht leisten. Aber dafür haben wir diese Austauschmöglichkeit Reha-Fachberatung. Meistens ist es die örtliche Reha-Fachberatung, in deren Bereich auch die Klinik liegt, mit dem Sozialdienst. Das ist jetzt die Option, die wir haben. Und das lässt sich ja bei uns jetzt mit unseren Kliniken leicht machen, dass man da dann mal schnell ein Skype-Gespräch mit den Kliniken führt. Oder wenn es darum geht, tatsächlich einen einzelnen Fall vorzustellen, dass man da mit dem Teilnehmer, mit dem Patienten dort spricht, lässt sich via Skype bei den einzelnen eigenen Einrichtungen ganz gut machen. So handhabe ich das zum Beispiel mit einer Klinik bei uns"* (Bereichsleiterin: 516-525).

Der Sozialdienst übernimmt beim ersten Bereichsleiter direkt Aufgaben, die früher den Reha-Fachberatenden oblagen, während der zweite Bereichsleiter stärker auf digitale Formate setzt. Damit erfolgt eine Art Auslagerung früherer Aufgaben, offenbar aus impliziten Kostengründen. Diese Verlagerung stellt jedoch einen kritischen Punkt für den Prozess-Drop-Out der Rehabilitand*innen dar, wie auch aus den Interviews mit dem Sozialdienst deutlich wird. Zwar geben die Mitarbeitenden dort den LTA-Antrag aus und unterstützen die potenziellen Leistungsberechtigten teilweise beim Ausfüllen, doch wissen sie häufig nicht – und wenn, dann nur durch besonderen persönlichen Einsatz –, ob die Anträge tatsächlich versendet werden und somit beim zuständigen Reha-Fachberatenden und damit beim Kostenträger ankommen.

Entwicklungsperspektiven

Eine erste bedeutende Entwicklungsperspektive, die fallübergreifend in den Interviews deutlich wurde, ist, *„dass auf jeden Fall auch die Kommunikation mit den Berufsförderungswerken erhalten bleibt"* (Reha-Fachberater Region I: 383f.). Die Kommunikation, die teilweise selbst „*offensiv*" betrieben wird, beschreibt er als eine Win-Win-Situation für den Kostenträger als auch für das Berufsförderungswerk und die verschiedenen Professionen, weil man durch den persönlichen Austausch ein gegenseitiges Verständnis für die Arbeit entwickelt. In diesem Zusammenhang wünscht sich derselbe Reha-Fachberater auch, dass Fachtagungen gerade in Berufsförderungswerken, die vor der Pandemie häufiger solche Angebote haben, wieder stattfinden, weil diese auch genau den oben beschriebenen Austausch fördern.

Einen weiteren Wunsch äußerte ein Reha-Fachberater dahingehend, dass er erwartet, dass die Berufsförderungswerke den regionalen Arbeitsmarkt genau kennen und beobachten.

> *„Also das Thema Arbeitsmarkt ist natürlich für uns alle immer wichtig und es wäre schon wünschenswert-, ich kenne es auch schon so, dass es dann auch funktioniert und die Berufsförderungswerke sich auf dem Arbeitsmarkt gut auskennen. Also dass wir einfach auch hier eine gute Anbindung der Bildungsträger an die Arbeitgeber in der Region haben, dass da eine Art Netzwerk besteht, weshalb wir hier einfach auch zugreifen können"* (Reha-Fachberater II: 288-292).

Bei dieser Erwartung findet auch wieder eine interessante Umkehrung statt: Während in den partizipativen Workshops Stimmen seitens der Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke

laut wurden, die der Reha-Fachberatung eine geringe Kenntnis über die aktuelle Arbeitsmarktsituation vorwerfen, wird selbiges von den Reha-Fachberatenden an die Berufsförderungswerke zurückgespiegelt.

Der gerade zitierte Reha-Fachberater äußert darüber hinaus noch den Wunsch, dass die Berufsförderungswerke das Case-Management von den Kostenträgern für schwierige Fälle ernst nehmen und auch Fälle, die nicht rehabilitationsfähig sind, wieder zurück an den Kostenträger vermitteln.

> *„Es wäre wünschenswert, wenn die Berufsförderungswerke das Case-Management auch ernst nehmen würden. Wenn es heißt, okay, hier ist erstmal nicht die Fähigkeit der beruflichen Rehabilitation festgestellt und zu versuchen, dass andere Problemfälle vielleicht zuerst zu gelöst werden, gehen wir zurück an den Kostenträger, an die Beratungskraft, haben wir ja die Möglichkeit, das innerhalb zum Beispiel der Ansprechstelle für das Fallmanagement zu klären. Es ist natürlich auch gut, wenn ein Berufsförderungswerk, dass so kommunizieren kann: ‚So, hör zu lieber Berater, hier haben wir einen Versicherten, der ist aktuell nicht ganz fähig, eine qualifizierende Maßnahme im Berufsförderungswerk absolvieren zu können"* (ebd.: 303-308).

Auch hier kehrt sich in eigentümlicher Weise die Perspektive um: Während die Berufsförderungswerke bemängeln, dass sie keine rehabilitationsfähigen Leistungsberechtigten bekommen, kritisiert dieser Reha-Fachberatende, dass die Berufsförderungswerke diese komplexen Fälle nicht zurück an den Kostenträger verweisen, da die Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben sei.

Was das veränderte, komplexere Klientel angeht, so braucht es laut den befragten Reha-Fachberatenden auch eine Anpassung der Leistungsangebote der Berufsförderungswerke weg von den klassischen und hin zu neuen Angeboten. So berichtete ein Bereichsleiter:

> *„Ja, also was wir eben beobachten, wenn wir uns mal unser Rehabilitandengut, nenn ich es mal, anschauen, ja das ist, dass wir eine Verschiebung auch im Altersspektrum sehen. (..) Wenn also, wir haben da mal eine Analyse vorgenommen, ausgehend, glaube ich, vom Jahr 2014 und auch so ein bisschen eine Prognose, wie sich denn so die Alterskohorten verschieben werden. Und da sehen wir halt, dass der Schwerpunkt unserer beruflichen Rehabilitation, unserer Leistungsempfänger, so von Mitte 40 nach Mitte 50 bis Ende 50 verschieben wird. (..) Und es gibt natürlich auch Nachrücken, das ist klar, aber dennoch der Schwerpunkt der Leistungsanspruchnahme, der wird sich eben in die Richtung verschieben. Das heißt, wir brauchen bedarfsgerechte Antworten, die nicht mehr immer die gleichen Antworten sein werden, wie das eben noch vielleicht vor 10, 15 oder 20 Jahren der Fall war. [00:06:12] Aus unserer Sicht braucht es zunehmend gezielte Anpassungsqualifizierungen und dafür weniger das althergebrachte Umschulungsmodell mit Assessment, Reha-Vorbereitung, Umschulung. Dieser klassische alte Dreiklang ist definitiv bei uns, also da kann ich es ganz gut nachvollziehen, der Leistungen auf dem rückläufigen Ast. Und da sind wir also in intensivem Austausch mit den BFWen und sagen da auch schon lange, dass wir mehr gezielte Anpassungsqualifizierung*

> *brauchen, wo sich die BFWen auch dementsprechend auf den Weg machen"* (Bereichsleiter: 51-66).

Eine weitere zentrale Entwicklungsperspektive, die bereits weiter oben von der Bereichsleiterin aufgeworfen wurde, ist die weiter zu erschließende Teilhybridisierung der Leistungsangebote der Berufsförderungswerke, die auch von anderen Reha-Fachberatenden hervorgehoben wurde.

> *„Das Thema digitale Leistungserbringung halte ich für ein Thema, das unbedingt beleuchtet werden muss. Das hat natürlich Grenzen, gerade bei unserem Rehabilitandenklientel in den Berufsförderungswerken. Ich sehe nicht, dass Berufsförderungswerke hier im großen Stil vollständige Leistungen komplett digital erbringen. Da braucht es mutmaßlich weiterhin auch Kontakte vor Ort unbedingt für die Zielgruppe. Aber Teilleistungserbringung digitaler Art halte ich für absolut wichtig, dass Berufsförderungswerke das nicht aus den Augen lassen. Das ermöglicht aus meiner Sicht auch Kooperationen über BFW-Grenzen hinweg, also von BFW zu BFW. Denn wichtig ist es für BFWs die Strukturen zu beleuchten am Markt und wo sind vielleicht Doppelleistungen, die nicht auskömmlich belegt werden können und digitale Zusammenarbeit halte ich für ein Feld mit Effizienzproduktion"* (Reha-Fachberater Region I: 242-250).

Auch andere Befragte benennen in den Interviews immer wieder die Notwendigkeit der Flexibilität der Berufsförderungswerke hinsichtlich ihres Leistungsportfolios, aber auch die Themen Wohnortnähe und Regionalität spielen eine wichtige Rolle.

Eine weitere Entwicklungsperspektive der befragten Expert*innen und Praktiker*innen der Reha-Fachberatung knüpft ebenfalls an dem zunehmend herausfordernden Leistungsberechtigten an. Die Bereichsleiterin berichtet davon, dass zukünftig ein Überleitungsbogen zum besseren Screening potenzieller Leistungsberechtigter im Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation Anwendung finden sollte. Mit diesem Überleitungsbogen sollen Informationen und Erkenntnisse aus der medizinischen Rehabilitation an die Kostenträger weitergegeben werden, sodass diese auf Basis der Informationen den Fall und somit auch die Leistungen besser einschätzen können. Mit dem Entlassbericht soll dann auch ein Überleitungsbogen ausgefüllt und an die Kostenträger verschickt werden, *„wo draufsteht, dass dieses oder jenes Problem besteht"* (Bereichsleiterin: 553f.). Bei Bedarf könnte dann bereits das LTA-Fallmanagement greifen. Sie konstatiert: *„Also das ist, ich denke mal, eine Erleichterung, dass die da auch ihre Erkenntnisse zum Besten geben können"* (ebd.: 557f.).

Ebenfalls wurde der Wunsch formuliert, die MBOR zu intensivieren, weil man dort bereits die Arbeitsfähigkeit im alten Beruf und mit Blick auf neue berufliche Wege screenen und bewerten kann. Dieses Screening könnte dann an die Kostenträger übermittelt wird, sodass dann Leistungsansprüche expliziter geprüft werden können, was sich auch wiederum positiv auf die fallgerechte berufliche Rehabilitation auswirken könnte.

Als letzter Punkt wurde noch die Entwicklungsperspektive einer intensiveren Nachsorge der Berufsförderungswerke angesprochen. Diese sei bedeutend, da ja die Integration in den ersten Arbeitsmarkt, dass primäre Ziel der beruflichen Rehabilitation ist.

> *„Also die* [BFW] *haben ja alle in ihren Kostensätzen, ist ja die sechsmonatige Nachbetreuung enthalten, aber das ist, sage ich mal, steht da, aber es wird, sage ich mal, in den wenigsten Fällen von den Teilnehmern genutzt. Aber da hätte man nochmal separat eine Maßnahme, die dann eben auch ordnungsgemäß dokumentiert und honoriert wird. Also das wäre so etwas, was ich sehen würde“* (ebd.: 587-590).

Auch die Bereichsleiterin hebt genauso das Thema stärkere und intensivierte Nachbetreuung hervor.

> *„Im besten Fall haben sie nach einer Umschulung, nach einer erfolgreichen Umschulung oder Qualifizierung, jetzt bleiben wir mal beim allgemeinen Wort Qualifizierung, einen Arbeitsplatz. Aber viele Themen sind ja dann auch noch nicht ausgestattet und brauchen noch eine Begleitung, dass auch dieser neue Arbeitsplatz oder der Weg dahin, dass der gesichert ist. (.) Und dass es dahingehend diese intensiveren Nachsorgeangebote, die natürlich auch honoriert werden müssen, das muss man dazu sagen, dass es dahingehend einen Ausbau auch gibt. Dass also sozusagen diese Betreuung, diese Begleitung, diese Unterstützung nicht nur, sage ich mal, vom Reha-Vorbereitungslehrgang, bestenfalls eben alles schnittstellenarm bis zum erfolgreichen Ende der Qualifizierung läuft, sondern auch noch darüber hinaus im Einzelfall, wenn es den Bedarf hat, möglich ist. Also die haben ja alle in ihren Kostensätzen, ist ja die sechsmonatige Nachbetreuung enthalten, aber das ist, sage ich mal, steht da, aber es wird, sage ich mal, in den wenigsten Fällen von den Teilnehmern genutzt. Aber da hätte man nochmal separat eine Maßnahme, die dann eben auch ordnungsgemäß dokumentiert und honoriert wird. Also das wäre so etwas, was ich sehen würde*“ (Bereichsleiterin: 578-590).

Was sowohl hier als auch bei der Etablierung des Überleitungsbogens deutlich wird, ist, dass die Kostenträger zukünftig stärker auf die komplexer werden Klientel eingehen und die Übergänge informationsreicher und gezielter gestalten wollen. Ein stückweit soll damit auch der stark arbeitsteilig isolierte Prozess der beruflichen Rehabilitation mit seinen einzelnen Akteuren (Taylorisierung der beruflichen Rehabilitation) besser verzahnt werden.

5.3.3 Hypothesen

Anhand der durchgeführten partizipativen Workshops und der fünf Leitfadeninterviews mit den Reha-Fachberatenden und Bereichsleitenden der Reha-Fachberatung wurden Hypothesen konstruiert, die anschließend mittels einer standardisierten Fragebogenbefragung (N = 226) geprüft wurden. Im Folgenden sind diese zentralen Hypothesen aufgeführt, auf Basis welcher der Fragebogen operationalisiert wurde.

H1: Auf Seiten der Reha-Fachberatenden herrscht die Einschätzung vor, dass Teilnehmende, die den Berufsförderungswerken zugwiesen werden, zunehmend komplexere Problemlagen vorweisen (z. B. psychische Erkrankungen als Erst- und Zweitdiagnose, Sprachbarrieren, soziale Probleme etc.).

H2: Je stärker die Zunahme der Zahl psychischer Beeinträchtigungen bei Teilnehmenden von den Reha-Fachberatenden eingeschätzt wird, desto größer nehmen sie den Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken wahr.

H3: Je intensiver der Kontakt der Reha-Fachberatenden und dem Berufsförderungswerk ist, desto höher ist die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit.

H4: Je früher Reha-Fachberater in den Reha-Prozess eingebunden werden, desto besser können sie bei ersten Anzeichen für Schwierigkeiten intervenieren und den Maßnahmeerfolg positiv beeinflussen.

H5: Jüngere Reha-Fachberatende legen mehr Wert auf belegbare Informationen und Absicherung in ihrer Beratung (die richtige Wahl treffen), während ältere Fachberater tendenziell weniger Fokus auf die berufliche Perspektive legen und von etablierteren Vorstellungen geprägt sind.

H6: Mobile Kommunikationsstrukturen (via E-Mail oder Telefon) werden seitens der Reha-Fachberatenden deutlich häufiger genutzt, als der direkte analoge Kontakt.

H7: Je geringer der direkte Kontakt zu den Berufsförderungswerken ausgeprägt ist, umso weniger fühlen sich die Reha-Fachberatenden über die neue Leistungsangebote in den Berufsförderungswerken informiert.

5.3.4 Integrierte quantitative und vertiefende qualitative Analyse

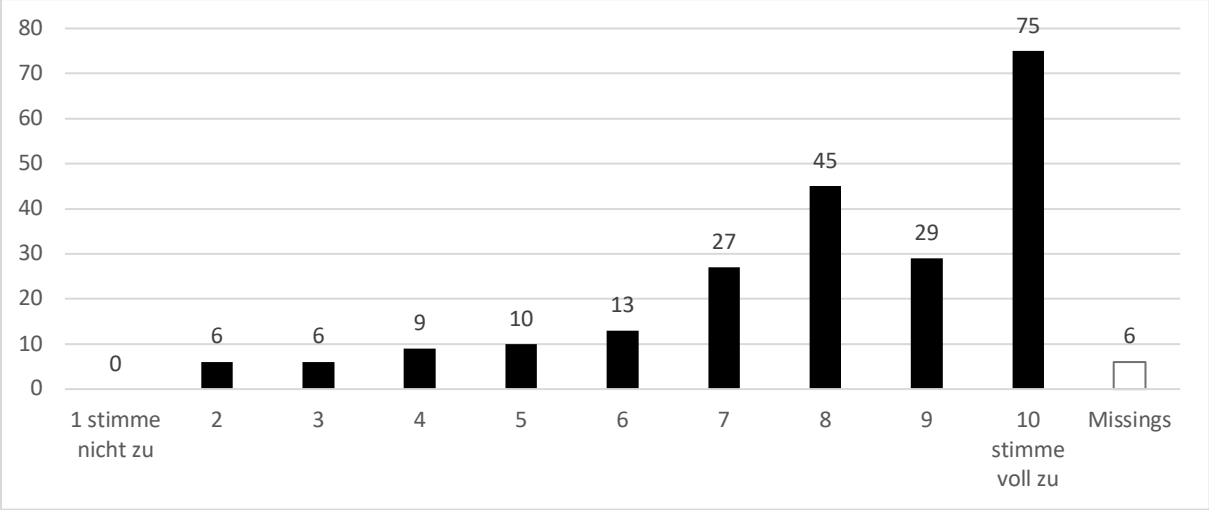
In den folgenden Abschnitten werden die integrierten Befunde aus den qualitativen und standardisierten Untersuchungen vorgestellt und die im vorherigen Abschnitt aufgestellten Hypothesen einer Prüfung unterzogen. Es werden im Folgenden die einzelnen Hypothesen statistisch getestet, deren Falsifikation oder Verifikation diskutiert und die Ergebnisse jeweils kurz im Lichte der qualitativen Befunde eingeordnet. Hierzu wurden weitere acht qualitative Leitfadeninterviews mit Reha-Fachberatenden verschiedener Kostenträger in die Analyse miteinbezogen, die auch erst später im Rahmen der Studie erhoben wurden, sodass dort der Leitfaden eine gezielte Anpassung auf Basis bereits gewonnener Erkenntnisse erfahren hatte.

Zukunftseinschätzung, Zufriedenheit und Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken

In Abbildung 24 sind die Verteilungen zu der Aussage dargestellt, „den Berufsförderungswerken wird auch in Zukunft eine wichtige Funktion in der beruflichen Rehabilitation zukommen“. Von den 226 befragten Reha-Fachberatenden stimmten 75 dieser Aussage voll und ganz zu (33 Prozent) und niemand lehnte diese gänzlich ab. Die tendenziell rechtsschiefe Verteilung verdeutlicht diese Haltung in der Gesamtschau und bestätigte bereits den Befund aus den explorativen Interviews mit den Reha-Fachberatenden: Sie betrachten die Berufsförderungswerke als zentrale funktionale Akteure der beruflichen Rehabilitation der Zukunft. Dies stellt eine wesentliche Grundeinschätzung für die künftige Zusammenarbeit zwischen den Berufsförderungswerken und den Kostenträgern sowie für deren zukünftige Entwicklung dar.

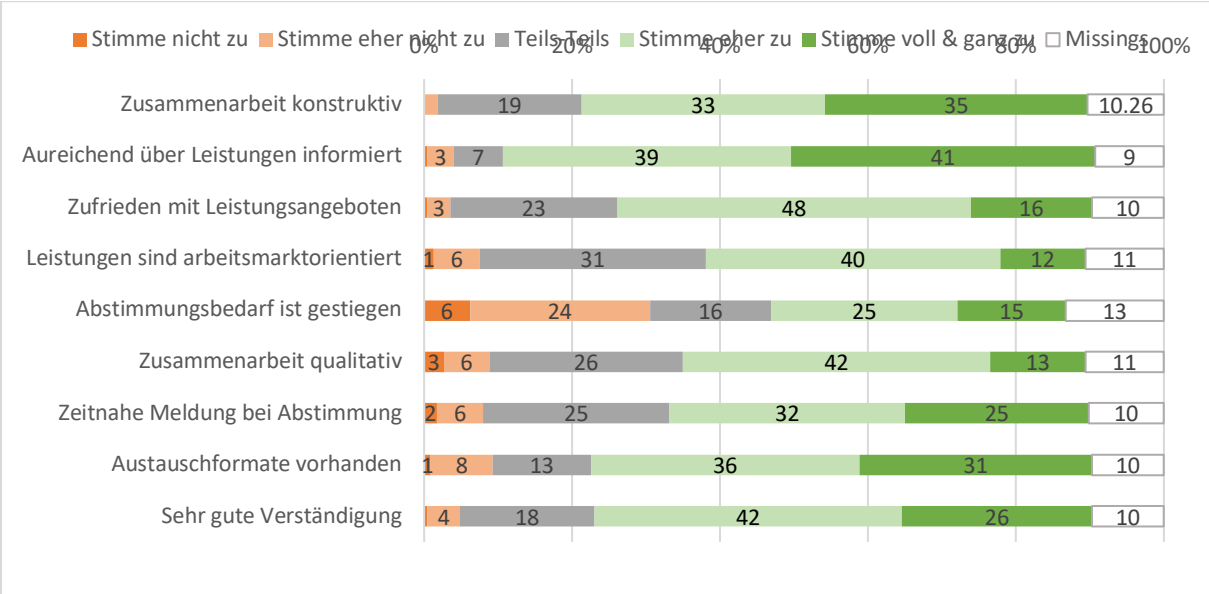
Dennoch bleibt dies eine Tendenz und keine absolute Zustimmung. Es gibt auch Reha-Fachberatende – wenn auch in geringer Zahl –, die den Berufsförderungswerken diese Funktion nicht zusprechen. Neun Prozent der Reha-Fachberatenden stimmen dieser Aussage eher nicht zu und sind am negativen Ende der Skala einzuordnen. Anders formuliert: Jede*r neunte befragte Reha-Fachberatende ist der Meinung, dass die Berufsförderungswerke in Zukunft tendenziell keine wichtige Funktion in der beruflichen Rehabilitation einnehmen werden.

Abbildung 24: Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Den Berufsförderungswerken wird auch in Zukunft eine wichtige Funktion in der beruflichen Rehabilitation zukommen“ (absolute Zahlen)



N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Abbildung 25: Skala zu Einschätzung der Berufsförderungswerke und der Zusammenarbeit der Berufsförderungswerke und der Zusammenarbeit (Angaben in Prozent)



N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Reha-Fachberatenden und den Berufsförderungswerken konkret gestaltet, wurde mittels einer eigenständigen Item-Batterie abgefragt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 25 dargestellt. Der Aussage, die Zusammenarbeit sei durch

konstruktiven und verlässlichen Austausch gekennzeichnet, stimmten 68 Prozent der Befragten zu und 55 Prozent bewertet die Zusammenarbeit als qualitativ hervorragend. Ausreichend über die Leistungsangebote informiert, fühlen sich 80 Prozent der befragten Reha-Fachberatenden, 64 Prozent sind zufrieden mit den Leistungsangeboten und lediglich etwas mehr als die Hälfte bewertet die Leistungen der Berufsförderungswerke als arbeitsmarktorientiert (52 Prozent).

Auch in den Interviews konstatierten die befragten Reha-Fachberatenden der unterschiedlichen Kostenträger, dass sie grundsätzlich zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken sind. Hervorgehoben wird eine bedarfsgerechte und zielführende Zusammenarbeit, die auf Augenhöhe stattfindet und von Ehrlichkeit und Authentizität geprägt ist.

> *„Wenn ich einen persönlichen Kontakt habe, der regelmäßig ist, der aber auch echt ist, wo ich letztlich wahrgenommen werde und nicht irgendwo Skepsis aufbaue und sage, naja, wieso, macht ihr das jetzt so, […] wieso muss die Maßnahme verlängert werden. Und ich kriege es auch nicht mitgeteilt. Ich denke mir meinen Teil, ob das richtig ist. Dass ich denke, kriege ich nicht bestätigt. Das ist aber im ambulanten Setting, also sprich, wenn ich mit den Trägern des BFWs an den Standorten in Gespräch bin. Da habe ich einen Austausch, der, ich sage mal, nicht nur freundschaftlich, sondern letztendlich von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist.“* (Herr F. DRV: 423-431).

Diese positive Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken erfolgte auch kostenträgerübergreifend. So sagte eine Reha-Fachberatende einer Berufsgenossenschaft das Folgende:

> *„Also ich fahre gerne in die BFWs, das sind immer angenehme Termine, sind hochmotivierte Mitarbeiter, also von denen dreien, die ich jetzt bediene. Mache ich sehr, sehr gerne und nö, es passt alles. […] Ich habe auch manchmal das Gefühl, dass die BFWs, die wir belegen, sehr, sehr schätzen. Das kommt auch noch mit hinzu, weil da ist alles aus einer Hand, das wissen die BFWs, damit wissen die gut umzugehen*“ (Frau M. Berufsgenossenschaft: 654-660).

In beiden Passagen zeigt sich, dass das *Wie* der Zusammenarbeit das bedeutende Kriterium bei der Bewertung ist. Dieses *Wie* ist maßgeblich von Authentizität, Augenhöhe und Kommunikation gekennzeichnet.

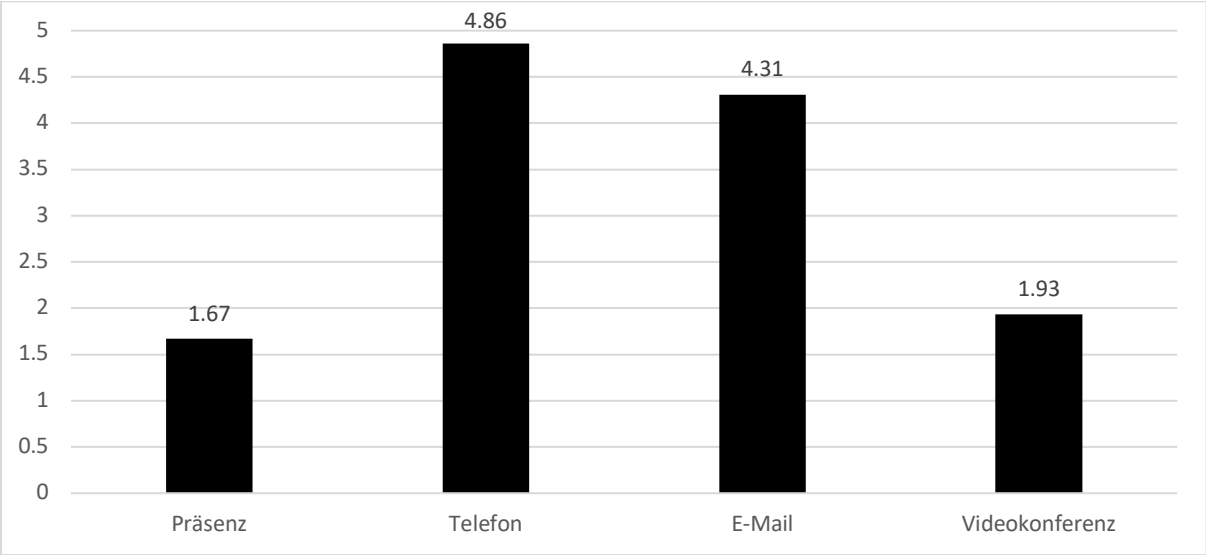
Bemerkenswert ist auch die Verteilung bei der Aussage, der Abstimmungsbedarf ist spürbar gestiegen in letzter Zeit. 40 Prozent stimmten dieser Aussage zu, 16 Prozent antworteten mit teils-teils und 30 Prozent verneinten dies. Hier zeigt sich eine gewisse Polarisierung unter den Reha-Fachberatenden. Aus den Interviews wissen wir, dass aufgrund der komplexeren Fälle, der Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken nach der Erfahrung der Reha-Fachberatenden gestiegen ist, auch wenn davon nicht alle berichteten.

Gleichzeitig zeigen unsere Daten, dass ein Großteil der befragten Reha-Fachberatenden mit der Kommunikation und der Zusammenarbeit bei Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken zufrieden ist. Es stimmten 57 Prozent der Aussage zu, dass sich bei

Abstimmungsbedarf die Berufsförderungswerke zeitnah melden, 68 Prozent lobten die Verständigung zu inhaltlichen Fragen und 67 Prozent bewerteten die systematischen Austauschformate zwischen Kostenträgern und Berufsförderungswerken als genügend vorhanden. Auch wenn der Abstimmungsbedarf gestiegen ist, sind die Reha-Fachberatenden, die wir befragt haben, zum Großteil mit der Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen zufrieden.

Doch wie gestalten sich die Kommunikationswege zwischen den Berufsförderungswerken und den Kostenträgern? Hierfür prüften wir die Hypothese, dass mobile Kommunikationswege (Telefon, E-Mail oder Videotelefonie) seitens der Reha-Fachberatenden deutlich häufiger genutzt werden als der direkte analoge persönliche Kontakt **(H6)**. In Abbildung 26 haben wir die durchschnittlichen monatlichen Kontakte zu den Berufsförderungswerken dargestellt. Es wird ersichtlich, dass die mobilen Kommunikationswege deutlich im Durchschnitt überwiegen im Gegensatz zu den Präsenztreffen. Letztere finden demnach im Monatsdurchschnitt nur 1,67-mal pro Reha-Fachberatenden statt. Telefonkontakte 4,86-mal im Monat und Kontakt per E-Mail 4,31-mal statt. Das Telefonat stellt damit durchschnittlich das am häufigsten genutzten Kommunikationsmittel dar, welches die Reha-Fachberatenden nutzen, um in den Austausch mit den Berufsförderungswerken zu treten. Die Videotelefonie wird durchschnittlich 1,93-mal pro Monat genutzt und liegt damit ebenfalls über den durchschnittlichen Präsenztreffen.

Abbildung 26: Durchschnittliche Nutzung der monatlichen Kommunikationswege



N = 196-211; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Anhand der partizipativen Workshops sowie der explorativen Leitfadeninterviews haben wir die Hypothese formuliert: Je intensiver der Kontakt der Reha-Fachberatenden und dem Berufsförderungswerk ist, desto zufriedener sind sie mit der Zusammenarbeit **(H3)**. Anhand unserer Daten überprüften wir auch diesen Zusammenhang. Dafür erstellten wir zuerst einen

Kontaktindex aus den Angaben, wie häufig im Monatsdurchschnitt verschiedene Kontaktwege zu den Berufsförderungswerken genutzt werden. Hierfür summierten wir für jeden Fall die durchschnittlichen monatlichen Kommunikationswege von Präsenztreffen, Telefonaten, E-Mail-Verkehr und Videotelefontreffen mit den Berufsförderungswerken und teilten diese durch die Anzahl der Kommunikationswege. So erhielten wir für alle Befragten, die dazu Angaben machten, den durchschnittlichen monatlichen Kontaktindex. Wir entfernten hierfür auch Ausreißer des Kontaktindex aus dem Datensatz (über 45 monatliche Durchschnittkontakte), um Verzerrungen zu vermeiden. Wir prüften den Zusammenhang zuerst mittels einer Korrelationsanalyse anhand einer Pearson-Korrelation der metrischen Merkmale „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken“ und dem erstellten Kontaktindex. Wir konnten hier einen nicht-signifikanten schwachen negativen Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen feststellen (Pearson: 0,036). Anschließend überprüften wir den Zusammenhang gerichtet mittels einer multiplen linearen OLS-Regression mit robusten Standardfehler nach Ausschluss aller Fehlwerte (N = 144), weil verschiedene Vorrausetzungen der Durchführung dieses Verfahren verletzt waren. Als Kontrollvariablen nutzten wir die Region, das Alter und das Geschlecht (Tabelle 3).

Die Ergebnisse zeigen, dass das Modell insgesamt signifikant ist (p: 0,0419) mit einer Varianzaufklärung von 7,41 Prozent. Der Zusammenhang zwischen dem monatlichen Durchschnittskontakt und der Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit ist sehr schwach, negativ und nicht signifikant. Damit bestätigt sich der Befund aus der ex ante durchgeführten Korrelation zwischen beiden Merkmalen. Die Hypothese, je intensiver der Kontakt mit den Berufsförderungswerken, umso zufriedener sind die Reha-Fachberatenden mit der Zusammenarbeit, muss daher verworfen werden.

Tabelle 4: OLS-Regression (mit robustem Standardfehler) mit dem abhängigen Merkmal „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit"

	Koef.	Std.fehler	z	P>|z|	95% Konfidenz-intervall	
Monatlicher Durchschnittskontakt	-0,0073	0,0184	-0,04	0,600	-0,044	0,029
Ref.: Region: Westdeutschland	-	-	-	-	-	-
Region: Norddeutschland	-127	0,573	-0,22	0,824	-1,261	1,006
Region: Ostdeutschland	0,764	0,386	1,98	0,05	0,001	1,527
Region: Süddeutschland	0603	0,423	1,43	0,156	-0,234	1,439
Alter: über 50 Jahre (*Ref.: unter 50 Jahre*)	0,429	0,328	1,31	0,194	-0,220	1,079
Weiblich (*Ref.: männlich*)	0,483	0,318	1,52	0,131	-0,146	1,112
Konstante	6,867	0,4333	15,85	0,000	6,010	7,724
R^2	0,074					

N = 144; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Dass sie nicht zutrifft bestätigte sich auch bereits aus der vorherigen Analyse der Interviews. Denn dort wurde nicht die Quantität oder Intensität, sondern die Qualität der Zusammenarbeit als entscheidender Zufriedenheitsfaktor präsentiert. Hierbei geht es primär um Fragen der Augenhöhe, Ehrlichkeit, Authentizität und Verlässlichkeit als um einen intensiven oder regelmäßigen Austausch, auch wenn dies nicht vermitteln soll, dass die Erreichbarkeit der Berufsförderungswerke und konkrete Ansprechpersonen nicht als wichtig seitens der Reha-Fachberatenden bewertet werden.

Anschließend prüften wir die Hypothese: Je geringer der direkte Kontakt zu den Berufsförderungswerken ausgeprägt ist, umso weniger fühlen sich die Reha-Fachberatenden über die neuen Leistungsangebote in den Berufsförderungswerken informiert **(H7)**. Diesen Zusammenhang prüften wir zuerst mittels einer Korrelation. Dafür führten wir einen Spearmans-rho-Test mit der metrischen Variablen durchschnittliche Präsenztreffen im Berufsförderungswerk im Monat sowie der ordinalen Variable, „ich fühle mich ausreichend über das aktuelle Leistungsangebot informiert", mit einem Sub-Sample von 192 Befragten durch, die sich aus dem Ausschluss der Fehlwerte ergaben. Der Test ergab, dass die Nullhypothese – also, dass es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen gibt – gilt. Anders formuliert: Die beiden Merkmale sind unabhängig voneinander und beeinflussen sich nicht signifikant (Spearman´s rho: -0,024; p = 0,741). Wir prüften dennoch nochmals den Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen in einem multivariaten logistischen

Regressionsmodell. Hierfür erstellten wir ein Sub-Sample, bestehend aus 171 Befragten, das sich aus dem Ausschluss der Fehlwerte der Merkmale „Informiertheit über Leistungsangebote“, „durchschnittliche Präsenztreffen im Monat“ sowie der Kontrollvariablen „Alter“, „Geschlecht“ und „die Arbeitserfahrung in Jahren“ zusammensetzte. Wir dichotomisierten die abhängige Variable – also die Einschätzung, inwiefern sich die Reha-Fachberatenden gut über die Leistungsangebote der Berufsförderungswerke informiert fühlen, in „eher nein“ (Antwortmöglichkeiten: stimme nicht zu bis teils-teils) und „eher ja“ (Antwortmöglichkeiten: stimme eher zu und stimme voll und ganz zu).

Anhand des Modells, dass insgesamt signifikant war (p=0,028) und eine Varianzaufklärung von 9 bis 12 Prozent leistet, wurden folgende Zusammenhänge ersichtlich: Auch hier bleibt die Null-Hypothese bestehen, dass es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Präsenztreffen im Monat und der Einschätzung über die Informiertheit der Leistungsangebote im Berufsförderungswerk besteht. Die Ausgangshypothese lautete jedoch, dass ein solcher Zusammenhang besteht, was sich anhand unserer Modellrechnung nicht bestätigte. Stattdessen fanden wir einen schwach-signifikanten weiteren Prädiktor unter den Kontrollvariablen. Steigt die Arbeitserfahrung um ein Jahr, steigt die Wahrscheinlichkeit sich gut über die Leistungsangebote der Berufsförderungswerke informiert zu fühlen, durchschnittlich um 0,6 Prozentpunkte. Auch wenn dieser Zusammenhang nicht über das konventionelle Signifikanzniveau reicht (p=0,071), so zeigt sich dennoch, dass die Arbeitserfahrung die subjektive Informiertheit der Reha-Fachberatenden stärker beeinflusst als die Präsenztreffen im Monat.

Tabelle 5: Logistische Regression mit dem abhängigen Merkmal „Gut über Angebote informiert: Zustimmung eher ja/eher nein" (Koeffizienten sind avergage marginal effects (AME))

	AME	Std.fehler	z	P>|z|	95% Konfidenz-intervall	
Monatlichen Durchschnittspräsenztreffen	0,249	0,032	0,77	0,442	-0,039	0,088
Arbeitserfahrung in Jahren	0,006	0,004	1,81	0,071	-0,001	0,013
Alter: über 50 Jahre (*Ref.: unter 50 Jahre*)	0,070	0,053	1,33	0,184	-0,034	0,174
Weiblich (*Ref.: männlich*)	0,042	0,050	0,85	0,395	-0,056	0,140
R^2 (McFadden)	0,088					
R^2 (Nagelkerke)	0,120					

N = 171; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

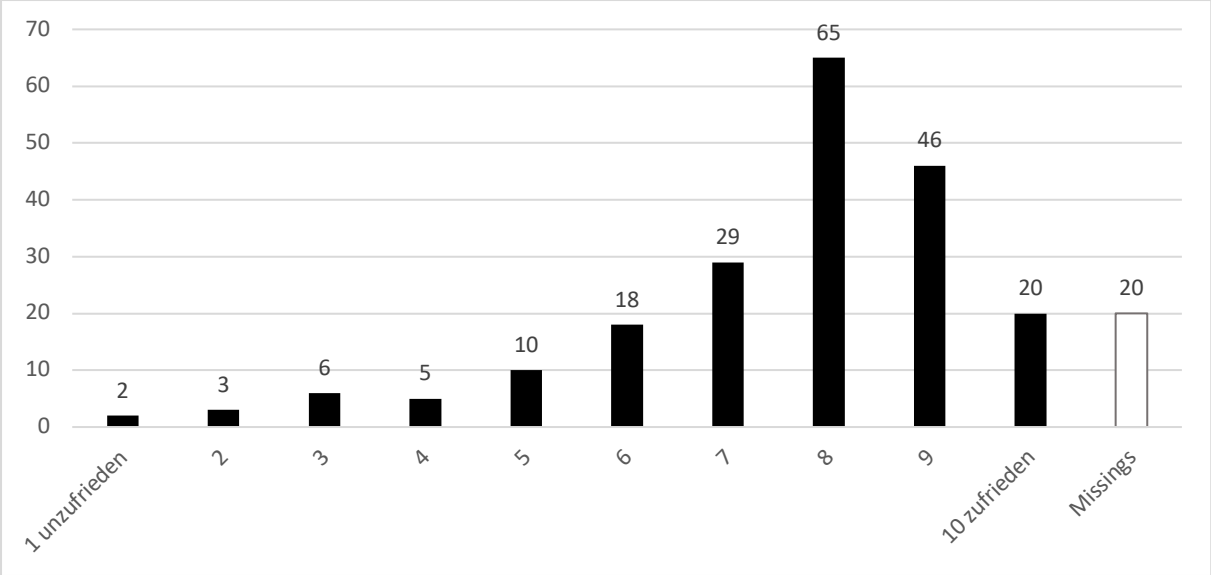
Auch in den Interviews zeigten sich die befragten Reha-Fachberatenden als gut informiert über die Angebote der Berufsförderungswerke. Dies erscheint als notwendige Voraussetzung, um

ihre Tätigkeit zielführend auszuüben. Ein Beispiel dafür liefert das folgende Ankerzitat, in dem eine Reha-Fachberatende mit dezidierter Selbstverständlichkeit beschreibt, wie sie Versicherte bei Bedarf an Informationsveranstaltungen in das Berufsförderungswerk verweist.

> *„Ich informiere über die Berufsförderungswerke, gebe entsprechende Flyer aus und sage auch, die haben ja im Regelfall einmal im Monat eine Infoveranstaltung, teilweise sind die aber auch bereit, persönliche Führungen zu machen und das ist immer so der erste Schritt, dass ich dem Kunden sage, so, Sie gehen jetzt dahin zum Infotag, informieren sich und dann bekomme ich von Ihnen eine Rückmeldung. Passt das, passt das nicht?“* (Frau S. Berufsgenossenschaft: 397-403).

In Abbildung 27 ist die Verteilung der Antworten auf die Aussage, „wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken“ abgebildet. Auch hier zeigte sich ein ähnliches Bild, wie bei der Frage nach der Zukunftsperspektive. 9 Prozent sind voll und ganz mit der Zusammenarbeit zufrieden und nur weniger als 1 Prozent der befragten Reha-Fachberatenden überhaupt nicht. Fast ein Drittel – und damit die größte Ausprägung – hat der Wert 8, also eine tendenzielle, wenn auch verbesserungswürdige Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken (29 Prozent). Die rechtsschiefe Verteilung veranschaulicht, dass in der Gesamtschau die Reha-Fachberatenden tendenziell zufrieden mit der Zusammenarbeit sind, es jedoch auch Unzufriedenheiten sowie Verbesserungspotenziale in der Zusammenarbeit gibt.

Abbildung 27: Verteilung der Antworten auf die Aussage: „Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken“ (absolute Zahlen)



N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Auch in den Interviews stimmten nahezu alle Befragten der Aussage zu, dass die Berufsförderungswerke auch zukünftig eine zentrale Rolle in der beruflichen Rehabilitation einnehmen werden. Hierzu eine typische Aussage:

> *„Also ich bin schon der Auffassung, dass es zeitgemäß ist, dass wir Berufsförderungswerke in jedem Fall brauchen, weil man ganz viele Rehabilitanden einfach nicht auf den normalen Ausbildungs- und Umschulungsmarkt loslassen kann, weil da ganz viele Unterstützung erforderlich ist*“ (Frau F. DRV: 309-315).

Die zunehmende Komplexität der Fälle wird hier deutlich ins Verhältnis zu den Angeboten der Berufsförderungswerke gesetzt. Gleichzeitig wurden aber auch immer wieder unterschiedliche Bereiche der Berufsförderungswerke besonders hervorgehoben. Mehrere Reha-Fachberatenden lobten explizit die Zweigstellen der Berufsförderungswerke, da diese – nach ihrer Einschätzung – eng an den regionalen Arbeitsmarkt gekoppelt sind und deshalb einen nahtloseren Übergang auf den ersten Arbeitsmarkt ermöglichen.

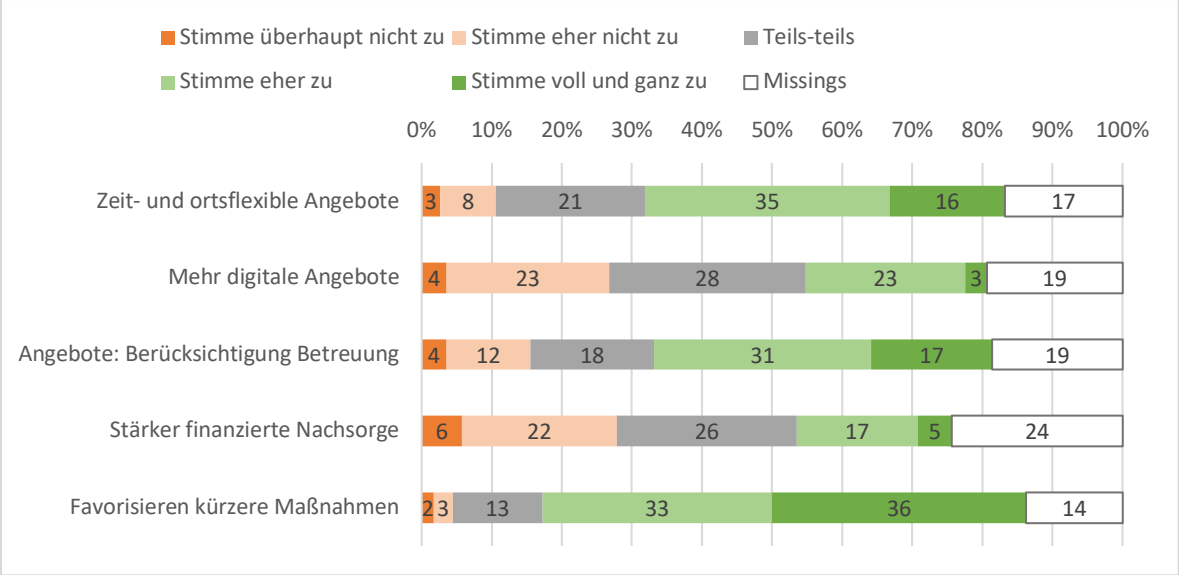
Einschätzung der Klientelentwicklung

Zur Einschätzung der Klient*innenentwicklung wurde eine eigenständige Item-Batterie entwickelt. In Abbildung 28 werden die verschiedenen Verteilungen ersichtlich. Überwiegende Zustimmung erfuhren die Aussagen, dass die Leistungsberechtigten kürzere Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation favorisieren (60 Prozent Zustimmung), dass sich mehr zeit- und ortflexible Angebote gewünscht werden (51 Prozent Zustimmung) und dass es mehr Leistungen in den Berufsförderungswerken gibt, die die Bedürfnisse von Versicherten berücksichtigen, die Kinder oder Angehörige betreuen (48 Prozent Zustimmung).

Die größte Streuung zeigt die Aussage, dass sich die Leistungsberechtigten mehr digitale Angebotsformate in den Berufsförderungswerken wünschen. 28 Prozent der Befragten schätzten dies teilweise ein, 27 Prozent verneinten dies und 26 Prozent stimmten dem zu. Es scheint daher eine gewisse Ambivalenz auf Seiten der Leistungsberechtigten nach der Einschätzung der Reha-Fachberatenden vorzuherrschen. Eine ähnliche Streuung zeigte die Aussage, dass sich die Leistungsberechtigten nach Maßnahmenende im Berufsförderungswerk eine stärker finanzierte Nachsorge wünschen. Dieser Einschätzung folgten 22 Prozent der Reha-Fachberatenden, während es 28 Prozent verneinten und 26 Prozent mit teils-teils bewerteten.

In den von uns geführten Interviews herrschte eine ähnliche Einschätzung über die Leistungsberechtigten, die jedoch kritisch hinterlegt wurde. Die Einschätzung der Klient*innen in den Interviews ist ähnlich, wie die der Sozialdienstmitarbeitenden und der Reha- und Integrationsmanager*innen. Die komplexen Probleme hätten zugenommen und vor allem die psychischen Erkrankungen, was auch zum Teil auch als Corona-Spätfolge interpretiert wird.

Abbildung 28: Einschätzungen zur Klientelentwicklung (Angaben in Prozent)



N

N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Zuweisungspraxis

In Abbildung 29 sind Einschätzungen zur Zuweisungspraxis der befragten Reha-Fachberatenden dargestellt. Sowohl der Einschätzung, dass Teilnehmende, die den Berufsförderungswerken zugewiesen werden, zunehmend komplexere Problemlagen aufweisen (z. B. psychische Erkrankungen als Erst- und Zweitdiagnosen, Sprachbarrieren etc.) als auch der Einschätzung, Teilnehmende mit einem komplexen Unterstützungsbedarf weise ich häufig an Berufsförderungswerke zu, stimmten 75 und 69 Prozent zu. Damit sehen wir die Hypothese bestätigt, dass auf Seiten der Reha-Fachberatenden die Einschätzung vorherrscht, dass Teilnehmende, die den Berufsförderungswerken zugwiesen werden, zunehmend komplexere Problemlagen vorweisen **(H1)** und dass dies auch die Reha-Fachberatenden durch ihre Zuweisungspraxis befördern:

> *„Das ist ganz klar eine Einzelentscheidung, aber wie gesagt, wenn es um eine-. Es kommt immer auf den Kunden an. Wenn ich merke, da geht es ausschließlich um die gesundheitliche Anstrengung. Alles andere drumherum passt aus dieser komplexen Bedarfsanalyse, dann muss ich nicht auf ein Berufsförderungswerk zurückgreifen. Aber wenn die Einschränkungen oder Behinderungen so gravierend sind, dass ich davon ausgehen kann, da würde das bei einem regulären Umschulungsträger eben nicht schaffen, dann greife ich auf Berufsförderungswerke zurück* “ (Frau S. BA: 334-341).

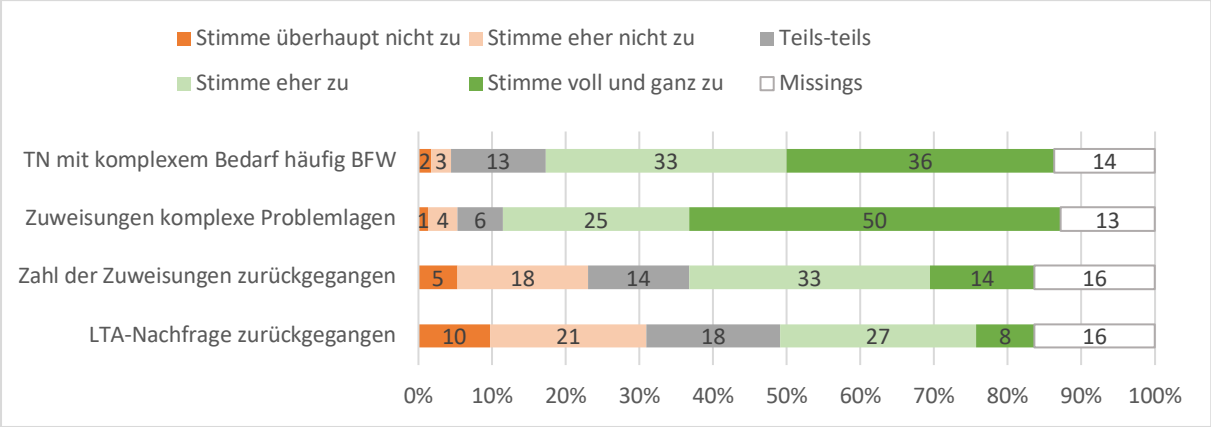
Die Berufsförderungswerke werden hier als bedeutende Träger der beruflichen Rehabilitation für stärker eingeschränkte und dementsprechend stärker zu betreuende und begleitende Rehabilitand*innen bewertet.

Gleichzeitig herrscht eine größere Varianz bei der Einschätzung vor, ob die Zahl der Zuweisungen in den letzten Jahren zurückgegangen ist und ob die Nachfrage nach Leistungen der

beruflichen Rehabilitation zurückgegangen sei. 47 Prozent der Befragten stimmten der Aussage zu, dass die Zahl der Zuweisungen zurückgegangen ist, 14 Prozent stimmten teilweise zu und 23 Prozent verneinten dies. Bei der Einschätzung zur Nachfrage nach Leistungen der beruflichen Rehabilitation waren 25 Prozent der Meinung, dass dies zuträfe, 18 Prozent stimmten teilweise zu und 31 Prozent verneinten

dies.

Abbildung 29: Einschätzungen zur Zuweisungspraxis (Angaben in Prozent)



N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Wir prüften in diesem Zusammenhang die folgende Hypothese: Je stärker Reha-Fachberatende eine Zunahme psychischer Beeinträchtigungen bei Teilnehmenden wahrnehmen, desto größer schätzen sie den Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken ein **(H2)**.

Zur Überprüfung führten wir ein logistisches Regressionsanalyse durch. Als abhängiges Merkmal diente die Zustimmung zur Aussage, dass der Abstimmungsbedarf in letzter Zeit spürbar gestiegen sei. Zentrales unabhängiges Merkmal war die Einschätzung, dass die den Berufsförderungswerken zugewiesenen Teilnehmenden zunehmend komplexere Problemlagen aufwiesen (z. B. psychische Erkrankungen als Erst- oder Zweitdiagnosen, Sprachbarrieren, soziale Problemlagen). Zusätzlich wurden soziodemografische Variablen als Kontrollmerkmale in das Modell aufgenommen. Dieses Subsample umfasste nach Ausschluss aller Fehlwerte 168 Befragte.

Da sowohl das abhängige als auch das zentrale unabhängige Merkmal ordinal skaliert vorlagen, entschieden wir uns aufgrund geringer Fallzahlen in einzelnen Antwortkategorien für eine Dichotomisierung. Die Antwortmöglichkeiten „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme eher nicht zu“ und „teils-teils“ wurden dabei konservativ zur Kategorie „eher nein“ zusammengefasst, während „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ in „eher ja“ überführt wurden.

Ein vorab durchgeführter Chi-Quadrat-Test zeigte bereits einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen beiden Variablen (Cramers V = 0,22**). Die anschließende logistische Regression bestätigte diesen Befund auch unter Kontrolle der soziodemografischen Merkmale.

Das Gesamtmodell erklärte zwischen 6 % (McFadden R^2) und 11 % (Nagelkerke R^2) der Modellvarianz. Allein durch die Hinzunahme der Variable „Einschätzung der Zunahme komplexer Fälle“ erhöhte sich der erklärte Anteil von 1,7 % auf 6,2 % (McFadden R^2) bzw. von 3,0 % auf 10,9 % (Nagelkerke R^2). Damit leistet diese Variable einen substanziellen Beitrag zur Erklärung des wahrgenommenen Abstimmungsbedarfs.

Die Berechnung der durchschnittlichen Marginaleffekte zeigt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Einschätzung „*zugewiesene Teilnehmende in den Berufsförderungswerken weisen zunehmend komplexere Problemlagen auf*“ und der Einschätzung „*der Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken hat in letzter Zeit zugenommen*“. Konkret ergibt sich: Reha-Fachberatende, die von einer Zunahme komplexer Problemlagen bei Zugewiesenen ausgehen, bewerten mit einer um im Durchschnitt 32 Prozentpunkte höheren Wahrscheinlichkeit, dass auch der Abstimmungsbedarf in jüngster Zeit gestiegen ist – verglichen mit jenen, die diese Einschätzung nicht teilen. Dieser Zusammenhang bleibt auch dann hochsignifikant bestehen, wenn zusätzliche Kontrollvariablen in das Modell aufgenommen werden. Einfach formuliert heißt das: Auch wenn Faktoren wie soziodemografische Merkmale berücksichtigt werden, zeigt sich weiterhin eindeutig, dass Reha-Fachberatende bei einer wahrgenommenen Zunahme komplexer Problemlagen gleichzeitig einen deutlich höheren Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken berichten.

Tabelle 6: Logistische Regression mit dem abhängigen Merkmal „Zunahme des Abstimmungsbedarfs: Zustimmung eher ja/eher nein" (Koeffizienten sind avergage marginal effects (AME))

	AME	Std.fehler	z	P>|z|	95% Konfidenzintervall	
Zunahme komplexer werdende TN (*Ref.: weniger*)	0,32	0,84	3,79	0,000	0,156	0,491
Arbeitserfahrung in Jahren	-0,01	0,00	-1,28	0,202	-0,015	0,003
Ref.: Region: West	-	-	-	-	-	-
Region: Nord	0,05	0,11	0,43	0,664	-0,170	0,267
Region: Ost	-0,13	0,10	-1,29	0,197	-0,331	0,068
Region: Süd	-0,04	0,10	-0,43	0,669	-0,228	0,147
Alter: über 50 Jahre (*Ref.: unter 50 Jahre*)	0,10	0,09	1,17	0,244	-0,071	0,280
Weiblich (*Ref.: männlich*)	0,06	0,08	0,72	0,473	-0,096	0,206
R^2 (McFadden)	0,062					
R^2 (Nagelkerke)	0,109					

N = 168; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Anhand der Interviews lässt sich dieser Zusammenhang tiefergreifender verstehen:

> *„Also ich sehe nicht, dass da jetzt irgendwas großartig gestiegen ist. […] Es ist sicherlich die Komplexität der Fälle, es hat zugenommen, aber wir haben trotzdem schon, wenn ich es mal so sagen will, ich habe zwei Monate einen Sprechtag bei dem Träger, wo ich eine Maßnahme letztendlich mache beim BFW. Und dadurch habe ich sowieso gute Abstimmung und das ist jetzt nicht weniger, nicht mehr geworden. Klar, letztendlich die Komplexität der Fälle lässt eine kleine Steigerung erkennen, in der Sache, dass man vielleicht doch mal eher zum Telefonhörer greift"* (Herr F. DRV: 530-538).

Die komplexer werdenden Fälle beeinflussen die formalen Abläufe und Prozessmuster der beruflichen Rehabilitation, sodass dadurch zum Teil flexiblere Wege und darauf basierende Abstimmungen für Einzelfälle stattfinden müssen, wodurch wiederum der Bedarf nach direkter Zusammenarbeit steigt.

Im Folgenden prüfen wir die Hypothese, je früher Reha-Fachberater in den Reha-Prozess eingebunden werden, desto besser können sie bei ersten Anzeichen für Schwierigkeiten intervenieren und den Maßnahmeerfolg positiv beeinflussen **(H4)**. Wie bereits mehrfach betont, ist

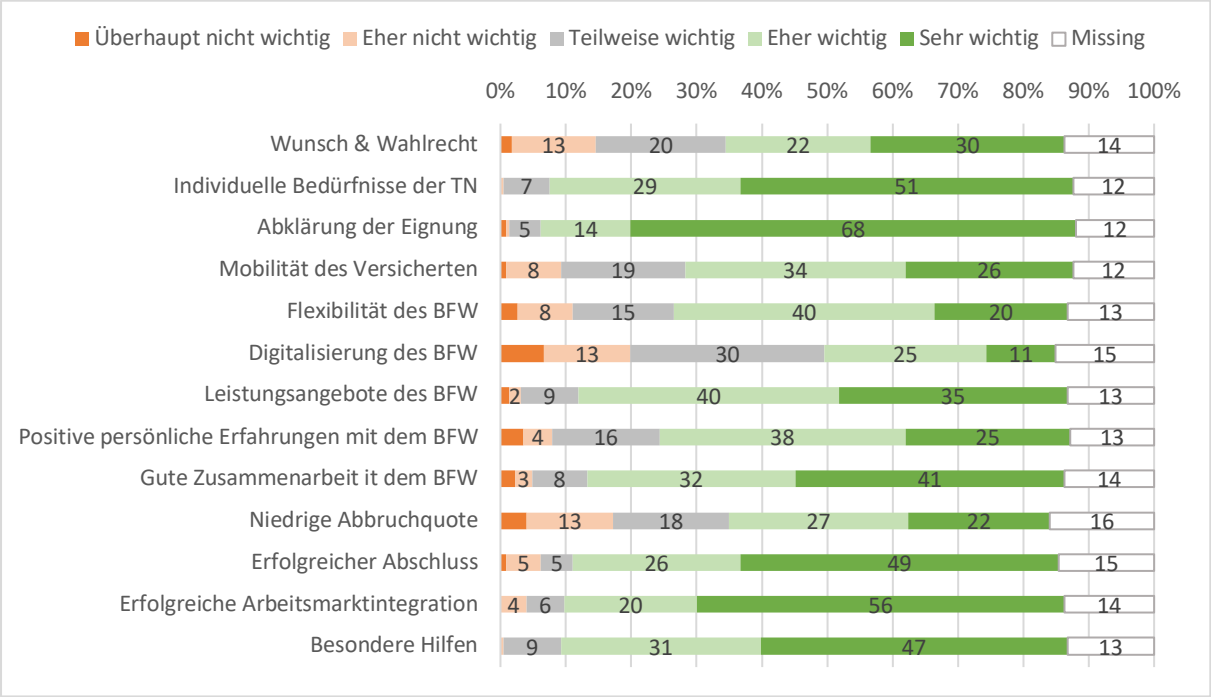
den Reha-Fachberatenden eine „ehrliche“ Zusammenarbeit auf Augenhöhe wichtig. Besonders bedeutsam ist für sie, sich auf die Einschätzungen und Bewertungen – etwa im Rahmen des Assessments – verlassen zu können, da es sich um „*fundierte Testverfahren*“ (Herr M. BG: 415) handelt. In diesem Zusammenhang wurde häufig kritisiert, dass in den Berufsförderungswerken den Leistungsberechtigten zum Teil „*Flusen in den Kopf*“ (Herr. K. 491) gesetzt werden. Damit ist das Folgende gemeint:

> „*Wenn die BFWs berichten, dann steht drin, der und der Beruf geht, der geht, das passt, würden wir grundsätzlich befürworten, und ich im Nachgang dann aber sagen muss, naja, schön und gut, aber den Beruf gibt es in der Umgebung gar nicht, in der Ausbildung, also bringt so die Form nichts, und dann aber derjenige durch die zwei, drei Wochen dort, nicht gerade das Nein, sondern eher das Ja vom BFW hört und auf den Trichter gebracht wird, dann muss man manchmal das Eisen aus dem Feuer holen*“ (Herr G. DRV: 446-454).

Diese Passage könnte man als den impliziten Wunsch einer frühzeitigen Einbindung der Reha-Fachberatenden verstehen. Jedoch geht es den Befragten nicht darum, früher in Kommunikation miteinander zu treten, sondern sich auf verlässliche, sachlich richtige Verfahren, realistische Empfehlungen und Leistungen verlassen zu können. Dies ist zugleich ein neuralgischer Punkt. Denn der Wunsch nach solchen verlässlichen und formalisierten Verfahren und Qualitätsansprüchen wird angesichts der komplexer werdenden Fälle herausfordernder, sodass stärker eine individuelle Unterstützung seitens der Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken relevanter wird.

In Abbildung 30 sind die prozentualen Relevanzen der Kriterien der Zuweisungspraxis dargestellt. Dafür haben wir anhand der qualitativen explorativen Untersuchungen dieses Arbeitspaketes eine Skala mit verschiedenen Kriterien operationalisiert, welche wir dann im Rahmen der standardisierten Umfrage abgefragt haben. Als überdurchschnittlich relevant wurden die Abklärung der Eignung (68 Prozent), die erfolgreiche Arbeitsmarktintegration (56 Prozent) und die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden (51 Prozent) erachtet.

Abbildung 30: Relevanz der Kriterien der Zuweisungspraxis (Angaben in Prozent)



N = 226; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Daran anschließend versuchten wir sogenannte Zuweisungsorientierungen, aus unseren gemischten Daten herauszuarbeiten, um die informelle Zuweisungspraxis der Reha-Fachberatenden zu verstehen. Dafür schlossen wir zuerst alle Fehlwerte dieser operationalisierten Zuweisungsskala aus und erhielten ein Sub-Sample mit 174 vollständig ausgefüllten Fragen. Dann wurde eine explorative Faktorenanalyse mittels einer Hauptkomponentenanalyse durchgeführt. Anzumerken ist, dass die Verteilungen zwar durchaus problematisch waren, sodass manche Ausprägungen bei den negativen Zustimmungswerten sehr gering waren oder fehlten, was zu Verzerrungen führen kann. Dennoch entschieden wir uns dafür, den Datenkorpus explorativ mit diesem Verfahren zu untersuchen und mittels der qualitativen Analysen abzugleichen, um den Verzerrungen so gut es geht entgegenzuwirken und potenzielle Artefakte, die so produziert werden, aufzudecken.[12]

Mittels der durchgeführten Hauptkomponentenanalyse konnten wir vier Faktoren mit einem Eigenwert größer eins herausarbeiten. Alle vier Faktoren leisteten eine Varianzaufklärung von 63,03 Prozent der Ausgangsdaten. Die Kommunalitäten – also die Varianz der Merkmale, die durch alle Faktoren erklärt wird – liegt über 0,5, was bedeutet, dass mehr als Hälfte der Streuung durch die Faktoren erklärt wird und die Variablen gut zum Faktorensystem passen.

[12] Ob wir überhaupt sinnvoll eine Hauptkomponentenanalyse durchführen können, prüften wir mittels des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums (KMO) und berechneten es aus den partiellen Korrelationen der Merkmalspaare. Die KMO-Werte wiesen alle einen Wert über 0,6 und der gesamte KMO-Wert bei 0,8, was ein akzeptables Niveau darstellt. Für führten außerdem einen Bartlett-Test auf Sphärizität durch, um zu prüfen, ob die Merkmale überhaupt zusammenhängen. Das Testergebnis war signifikant, was ebenfalls für die Durchführung einer Hauptkomponentenanalyse sprach.

Tabelle 7: Explorative Faktorenanalyse der Zuweisungskriterien in ein Berufsförderungswerk

Zuweisungskriterien	Faktorladungen				Kommunalität
	F1	F2	F3	F4	
Wunsch & Wahlrecht			0,521		0,518
Individuelle Bedürfnisse der Teilnehmenden			0,862		0,745
Abklärung der Eignung	0,709				0,576
Mobilität des Versicherten				0,716	0,615
Flexibilität des BFWs	0,581				0,581
Digitalisierung des BFWs	0,558				0,552
Leistungsangebote des BFWs			0,515		0,572
Positive persönliche Erfahrungen mit dem BFW	0,792				0,704
Gute Zusammenarbeit mit BFW	0,764				0,677
Niedrige Abbruchquote		0,704			0.619
Erfolgreicher Abschluss		0,763			0,697
Erfolgreiche Arbeitsmarktintegration		0,866			0,766
Besondere Hilfen				-0,570	0,570
Eigenwerte	**4,519**	**1,367**	**1,304**	**1,001**	

N = 174; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Den ersten Faktor mit einem Eigenwert von 4,519, der die Merkmale Zuweisungsrelevanz von „positiven Erfahrungen mit dem Berufsförderungswerk“ (0,792), „gute Zusammenarbeit mit dem Berufsförderungswerk“ (0,764), „Abklärung und Eignung“ (0,709), „Flexibilität des Berufsförderungswerks“ (0,581) und die „Digitalisierung des Berufsförderungswerks“ (0,0558) umfasste, interpretierten wir als *Kooperationsorientierung*. Hier ein typisches Ankerzitat für diesen Merkmalszusammenhang:

> *„Also das heißt, eine Kollegin von mir hat immer diesen wunderbaren Begriff, an dem ich mich anfangs eben etwas, äh, irritiert, äh, äh, empfand ich etwas irritieren, die sagt immer Trägerbetreuung. Ja, es ist also weniger, sage ich mal, die Teilnehmerbetreuung, sondern es ist wirklich die Trägerbetreuung, weil, und das hat sich, und dann ist mir so klar geworden, dass ich das eigentlich für mich auch, und das gebe ich auch den, meinen Teamleitenden, die, äh, und Reha-Beratern, die da in die Häuser gehen, auch so, dass wir eine Verantwortung haben für das BfW als solches. Ne, sicher auch für den einzelnen Teilnehmer, den wir da hinschicken, aber auch das BfW als solches, ähm, und den Mitarbeitenden dort, dass wir dafür eine Verantwortung haben. Und daran merken sie schon, wie eng ich, äh, eigentlich auch mit den BFWs bin. Also welche Wichtigkeit, äh, oder welchen Stellenwert für mich die BFWs haben“* (Frau W. DRV: 74-83).

Hier hebt die Befragte eindeutig die Zusammenarbeit als zentrale Orientierung der Zuweisung hervor. Dies manifestiert sich auch im Begriff der „*Trägerbetreuung*“. Die Zusammenarbeit wird als zu priorisierende Voraussetzungen für das Erreichen der Ziele der beruflichen Rehabilitation bewertet und daher auch hervorgeben. Diese Orientierung geht bei ihr sogar soweit, dass sie davon berichtet, dass sie nach einer unzufriedenstellenden Zusammenarbeit mit einem Berufsförderungswerk, dort keine weiteren Zuweisungen durchführt, weil die von ihr priorisierte Grundlage der beruflichen Rehabilitation nicht mehr gegeben ist.

Der zweite Faktor mit einem Eigenwert von 1,367 basierte auf den Merkmalen „erfolgreiche Arbeitsmarktintegration“ (0,866), „erfolgreicher Abschluss“ (0,763) und „niedrige Abbruchquote“ (0,704). Wir verstehen dieses latente Konstrukt als *Output-Orientierung*. Auch im qualitativen Material konnten wir diese herausarbeiten. So formulierte eine Reha-Fachberatende der Berufsgenossenschaft das Folgende auf die Frage, wie sie ihre Tätigkeit beschreiben würde:

> *„Ziel ist, dass der Versicherte wieder in Arbeit kommt und dass er von der Arbeit dann auch dauerhaft leben kann und auch dauerhaft eingegliedert ist. Das ist der eigentlich das große Ziel der beruflichen Reha“* (BG Frau K.: 22-25).

In diesem Selbstverständnis manifestiert sich zugleich die oben beschriebene Output-Orientierung. Sie präsentiert hier einen klaren Zielfokus, was das Ergebnis des Prozesses sein soll und markiert es als „große Ziel“, womit sie diesem eine Priorität einräumt, denen andere Ziele untergeordnet sind.

Den dritten Faktor mit einem Eigenwert von 1,304 verstanden wir als *Bedarfsorientierung*. Dieser Faktor umfasste die Merkmale „*individuelle Bedürfnisse der Teilnehmenden*“ (0,862), „*Wunsch und Wahlrecht*“ (0,521) und „*Leistungsangebote des Berufsförderungswerks*“ (0,515).

> *„Ich berate Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen ihren Beruf nicht mehr ausüben können, dahingehend, welche beruflichen Alternativen sie haben. Ich begleite sie auf dem Weg, teilweise vielleicht auch ihre Traumziele zu erreichen. Und genau, ich berate Menschen, wie sie beruflich wieder Fuß fassen können“* (DRV Frau Z.: 35-39).

Im Gegensatz zur Output-Orientierung, in der es primär um das Erreichen eines klaren Zieles geht, wird hier eine eher unterstützende und zielgruppenfokussierte Orientierung deutlich. Hier geht es eher um das prozesshafte Begleiten von Rehabilitand*innen und darum, dass sie ihre persönlichen Ziele erreichen. Später sagte dieselbe Fachberaterin auf die Frage, was denn ihrer Erfahrung nach Kriterien der Zuweisung sind, das Folgende:

> *„Also in erster Linie kommt es natürlich darauf an, was der Versicherte mir gegenüber als Wünsch äußert“* (ebd.: 386f.).

Auch dies verdeutlich nochmal die bedarfsorientierte Praxis, die auch die Zuweisungen in das Berufsförderungswerk maßgeblich prägt.[13]

Anschließend wurde die Hypothese geprüft (**H5**), dass sich jüngere Reha-Fachberatende durch ein stärkeres Bedürfnis nach objektiver Absicherung und belegbaren Informationen auszeichnen, wohingegen ältere Fachberatende häufiger von etablierten/routinisierten Handlungsmustern geleitet werden und der beruflichen Zukunftsplanung weniger Gewicht beimessen.

Hierfür nutzten wir die herausgearbeiteten Faktoren und vergleichen die durchschnittlichen Faktorwerte in den jeweiligen Altersgruppen. In Abbildung 31 sind die Ergebnisse visualisiert. Die Nullmarkierung bildet dabei die Durchschnittswerte des Samples. Anders formuliert: Je näher die durchschnittliche Ausprägung eines Faktorwerts gleich null, umso weniger unterschiedlich ist sie zum Durchschnitt aller Befragten.

Anhand der Darstellung wird deutlich, dass gerade die jüngeren Reha-Fachberatenden (Altersgruppe 18 bis 34 Jahre) eine überdurchschnittliche Kooperations- und Output-Orientierung vorweisen, wohingegen die Bedarfsorientierung eher unterdurchschnittlich ausgeprägt ist.

Die mittlere Altersgruppe (35 bis 50 Jahre) weist dagegen eher eine leicht überdurchschnittliche Bedarfsorientierung auf, während Kooperation mit dem Berufsförderungswerk und der Output am Ende des Rehabilitationsprozesses nachrangig sind. Bei dieser Generation zeigt sich eine Zuweisungsorientierung, die nah an den Bedarfen der Versicherten ist und dafür auch klassische Rehabilitationsprozesse durchaus kritisch infrage stellt. So formulierte ein Fachberatender dieser Gruppe beispielsweise Folgendes:

> Die „*älteren Kollegen, ich sage mal so, sind leitlinientreu. Also sprich, die haben weniger widersprochen und weniger hinterfragt, sondern die haben letztendlich die hierarchischen Befehle, wenn ich das mal so sagen will, angenommen und haben das gemacht. Das ist vielleicht jetzt in der Altersgruppe, in der auch ich mich noch befinde, weil man jetzt eigentlich einfach sagt, okay, man berücksichtigt doch mehr Faktoren und man hinterfragt dann auch mehr. Und man sieht vielleicht auch vieles etwas kritischer. Ich will jetzt nicht sagen unzufriedener, aber kritischer. Und da müssen sich die BFWs einfach auch ein bisschen mehr bewegen. Und das ist in den letzten Jahren zu wenig aus meiner Sicht passiert*“ (Herr F DRV: 505-514).

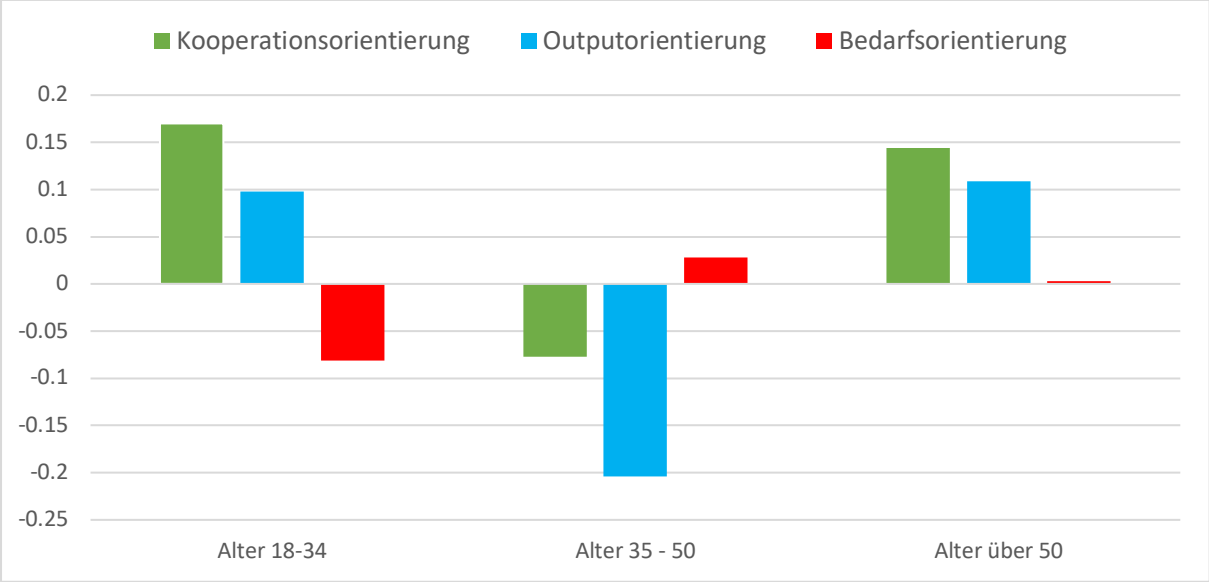
Diese kritische Haltung, die hier gegenüber der älteren Generation konstatiert wird, findet seinen Ausgangspunkt auch in der Bedarfsorientierung. Der Fokus auf die Bedarfe der Klient*innen ist einerseits eine bedeutende Ressource, gerade angesichts der komplexeren Problemlagen, zugleich erzeugt diese Haltung jedoch auch eine Kritik an sonst formal eingehaltenen Reha-Maßnahmen und Vorgehensweisen. Gleichzeitig – und hier liegt auch das Potenzial –

[13] Wir konnten auch einen vierten Faktor mit einem Eigenwert von 1,01 herausarbeiten, der auf den Merkmalen „besondere Hilfen“ (-0,570) und „Mobilität der Versicherten“ (0,716) beruhte. Dieser Faktor ließ sich jedoch nicht sinnvoll von uns interpretieren, sodass wir ihn aus der weiteren Analyse ausgeschlossen haben.

birgt diese kritische Haltung eine innovative Perspektive, aus der neue Praxen entstehen können, auch wenn diese erst einmal gewohnte Abläufe in den Berufsförderungswerken kritisieren. Außerdem resultiert aus dieser Bedarfsorientierung nicht selten auch eine Kritik an den Abläufen der Kostenträger selbst. So kritisierte derselbe Reha-Fachberatende, dass aufgrund der Kosteneinsparungen weniger häufig die Versicherten persönlich beraten werden, obwohl dies als wichtig erachtet wird, die Versicherten bereits in der medizinischen Rehabilitation abzuholen.

Die über 50-jährigen Reha-Fachberatenden zeigen eine ähnliche Orientierung, wie die jüngeren. Auch bei ihnen finden wir eine überdurchschnittliche Kooperations- und Output-Orientierung, jedoch nur einen durchschnittlichen Bedarfsfokus bei den Leistungsberechtigten. Gerade bei den älteren Reha-Fachberatenden fanden wir auch in den Interviews eher eine formale Haltung, die Prozesse und Abläufe wie Zuweisungen und die Zusammenarbeit pro forma so durchführen, wie sie es kennen und sich erarbeitet haben. Neuerungen, wie zum Beispiel das Fallmanagement, werden eher kritisch bewertet oder damit relativiert, dass es nichts Neues sei. Sie haben sich in ihrer Laufbahn als Reha-Fachberatende ein Netz an kooperativen Beziehungen aufgebaut, zu denen auch die Berufsförderungswerke zählen.

Abbildung 31: Durchschnittlichen Zuweisungsorientierungen in den verschiedenen Altersgruppen (durchschnittlichen Faktorwerte)



N = 165; eigener Online-Survey Reha-Fachberatende; eigene Berechnung

Wir schlussfolgern daraus, dass sowohl jüngere als auch ältere Reha-Fachberatende viel Wert auf Informationen und Absicherung legen und primär eine Output-Orientierung bei der Zuweisung vertreten, die vor allem mit einer Kooperationsorientierung korrespondiert. Diese Kooperation erfüllt somit auch für diese beiden Gruppen die Funktion den gewünschten Output im Sinne der institutionellen Vorgaben – also den gewünschten Output der Rückkehr in die Arbeitswelt – zu erreichen. Die Generation des mittleren Alters dagegen bildet einen Kontrast

zu den anderen beiden Gruppen und legt stattdessen durchschnittlich mehr Wert auf eine Bedarfsorientierung bei der Zuweisung.

Wünsche und Erwartungen

Die Reha-Fachberatenden formulierten eine Vielzahl an Erwartungen und Verbesserungsvorschlägen für die Berufsförderungswerke, die wir mittels einer offenen Frage im Rahmen der standardisierten Online-Befragung erhoben haben. Diese lassen sich inhaltlich in mehrere Themenfelder clustern.

Flexibilisierung der Angebote

Ein zentraler Wunsch betrifft flexiblere Qualifizierungs- und Fortbildungsangebote. Gewünscht werden insbesondere Teilzeitmöglichkeiten, um die Vereinbarkeit von Reha-Maßnahmen mit familiären Verpflichtungen zu verbessern. Dies schließt auch die Option ein, Kinder betreuen zu können. Neben Teilzeit werden Kurzqualifizierungen stark nachgefragt:

- „*Angebote in Teilzeitform*“
- „*kurze Qualifikationen (max. 12 Monate) für Personen ab Mitte 50“*
- „*kurzfristige Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten*“
- „*Teilzeitqualifizierungen und arbeitsmarktrelevante und häufig nachgefragte Kurzqualifizierungen* (*z. B. Alltagsbegleiter, Sicherheitsfachkraft, Triebfahrzeugführer*in)“

Auch unterhalb von Kammerabschlüssen sollen kürzere, praxisorientierte Abschlüsse möglich sein. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass diese Flexibilisierungen mit den aktuellen Rahmenbedingungen – insbesondere dem Vollzeit-Übergangsgeld sowie Anforderungen an Wirtschaftlichkeit – schwer zu vereinbaren sind: „*Kurzqualifikationen für ältere oder einfacheres Niveau oder Angebote in Teilzeit (jedoch aufgrund des Vollzeitübergangsgeld und Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ein schwieriges Thema)*“.

Breite und Qualität des Berufsangebots

Das Spektrum an Berufsrichtungen sollte nach Ansicht der Fachberatenden von handwerklich-technischen Berufen über IT bis hin zu sozialen Berufen und Pflege reichen. Besonders betont wird die Notwendigkeit einer modernen und zukunftsorientierten Ausrichtung: „*zukunftsorientierte Berufe*“ und ein „*breitgefächertes Berufsangebot*“.

Allerdings wird weniger eine Ausweitung der Angebote gefordert, als vielmehr eine Qualitätssteigerung bei den bestehenden: „*Weniger mehr Angebote, sondern eine bessere Qualität bei bestehenden Angeboten*“.

Darüber hinaus wird eine stärkere regionale Anpassung angeregt, etwa durch Betriebskooperationen: „*Betriebskooperationen und konkrete Qualifizierungsangebote die sich am Bedarf des regionalen Arbeitsmarktes orientieren*“.

Individuelle und wohnortnahe Maßnahmen

Die Reha-Fachberatenden wünschen sich mehr auf die jeweilige Person zugeschnittene Qualifizierungen und Reintegrationsmaßnahmen. Dazu gehören kleine Gruppen, mehr 1:1-Betreuung und die Kombination mit psychologischer Unterstützung. Besonders wichtig erscheinen wohnortnahe, ambulante Lösungen: *„Reintegrationsmaßnahmen vor Ort mit umfassenden Teilqualifikationsmaßnahmen, psychologischer Unterstützung (bei Bedarf), einem Arbeitgebernetzwerk für Praktika und bessere 1:1 Betreuung (kleinere Gruppen)“*.

Auch die Begleitung beim betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) wird als zentrale Aufgabe gesehen: *„BEM! Wenn nach über 20 Jahren noch keine sinnstiftende Unterstützung zu diesem Thema durch die BFWen, sollte doch nun endlich einmal das Angebot angepasst werden, um den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Darüber hinaus sollte eine stärkere Zusammenarbeit zwischen BFWen und Werkstätten für Menschen mit Behinderung stattfinden, um langfristig auch einmal den Sprung auf den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen*“.

Assessmentverfahren

Ein weiteres Thema sind die Kapazitäten bei Assessments, insbesondere für psychisch vorbelastete Versicherte. Hier werden häufigere Termine und mehr Kapazitäten eingefordert.

Existenzgründung und Digitalisierung

Neben klassischen Ausbildungswegen wird auch Beratung und Begleitung bei Existenzgründungen gewünscht. Zudem sollen digitale Lern- und Arbeitsformate verstärkt genutzt werden. Dabei wird eine Kombination mit Sprachschulungen und praxisnahen Maßnahmen in regionalen Betrieben vorgeschlagen: *„Kombination mit Sprachschulung, Kurzmaßnahmen in Kooperation mit regionalen Betrieben*“.

Kooperation und Vernetzung

Mehr Zusammenarbeit zwischen den BFW selbst wird ebenfalls gefordert, um etwa nach einem Assessment eine Zuweisung an andere Einrichtungen zu ermöglichen: *„Mehr Zusammenarbeit zwischen den BFWn und damit nach dem Assessment auch eventuelle Zuweisung an andere BFW*“.

5.4 Diskussion der Ergebnisse

Im Zentrum dieses Arbeitspaketes stand die Frage, wie sich die Verweisungspraxis der Reha-Fachberatenden im Verlauf der letzten Jahre verändert hat – insbesondere im Kontext der Corona-Pandemie – und welche Entwicklungen sich darüber hinaus fortgesetzt haben.

Unsere Befunde zeigen, dass die Reha-Fachberatenden mehrheitlich mit der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken zufrieden sind und diese Institutionen auch künftig als zentrale Akteure der beruflichen Rehabilitation betrachten. Für die Zufriedenheit ist dabei weniger die Quantität oder Intensität des Kontakts ausschlaggebend, sondern vielmehr die Qualität, also die Art und Weise der Zusammenarbeit. Ein enger, häufigerer Austausch – etwa gemessen am durchschnittlichen monatlichen Kontakt – steht nach unseren Daten nicht in einem

bedeutsamen Zusammenhang mit der Einschätzung der Zusammenarbeit. Entscheidend ist vielmehr, wie die Kooperation inhaltlich gestaltet und seitens der Reha-Fachberatenden erlebt wird. Eine authentische und verlässliche Zusammenarbeit wird von den Reha-Fachberatenden als bedeutender Grundstein erachtet.

Darüber hinaus bestätigte sich der bereits in der Forschungsliteratur beschriebene Befund, dass persönliche Präsenzkontakte mit den Reha-Fachberatenden zurückgegangen sind. An ihre Stelle traten vor allem mobile Kommunikationsformen wie Telefonate und E-Mail. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass Videotelefonie bislang kaum genutzt wird. Ein wesentlicher Grund hierfür dürfte sein, dass bestimmte Kostenträger aus Datenschutzgründen die gängigen Programme (etwa Zoom) nicht einsetzen können. Hier zeigt sich jedoch ein deutlicher Handlungsspielraum: Videotelefonie könnte, da sie persönlicher ist als Telefon- oder E-Mail-Kommunikation, zukünftig eine wichtige Ergänzung darstellen und die Zusammenarbeit qualitativ bereichern.

Zudem berichteten die Reha-Fachberatenden – ähnlich wie die Sozialdienstmitarbeitenden sowie die befragten Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke – von einer Zunahme komplexer Problemlagen unter den Leistungsberechtigten, die in einer bedeutenden Beziehung zum Abstimmungsbedarf mit den Berufsförderungswerken stehen. Jene Reha-Fachberatenden, die eine Zunahme von Leistungsberechtigten mit komplexen Problemlagen konstatierten, bewerteten auch den Abstimmungsbedarf als signifikant höher. Dennoch darf dieser Zusammenhang nicht über generelle Differenzen bezüglich des Abstimmungsbedarfs hinwegtäuschen: Während einige Fachberatende keinen Anstieg wahrnahmen, berichteten andere durchaus von einem gestiegenen Bedarf.

Der von den Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke vielfach geäußerte Wunsch nach einem engen, dialogischen Austausch und einer darauf basierenden Zusammenarbeit wird von den Reha-Fachberatenden somit nicht uneingeschränkt, wenngleich teilweise geteilt. Offenbar hängt die Intensität des gewünschten Austauschs in erheblichem Maße von der Komplexität der jeweils zugewiesenen Fälle ab.

In den ex ante durchgeführten Workshops mit den Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke wurde die These aufgestellt, dass Reha-Fachberatende umso besser über die aktuellen Leistungsangebote der Einrichtungen informiert seien, je direkter der Kontakt zu den Häusern ist. Dieser angenommene Zusammenhang ließ sich in unseren Daten jedoch nicht bestätigen: Ein engerer Kontakt steht nicht in einem bedeutsamen Zusammenhang mit dem Informationsstand der Reha-Fachberatenden.

Hinsichtlich der Zuweisungspraxis konnten wir ein differenziertes Bild rekonstruieren: Ein Großteil der Reha-Fachberatenden stimmte der Aussage zu, dass Rehabilitand*innen mit komplexen Problemlagen häufiger den Berufsförderungswerken zugewiesen werden. Diese Einschätzung erscheint insofern plausibel, als die Berufsförderungswerke über besonders

ausgeprägte Unterstützungsleistungen verfügen und somit für komplexe Fälle geeignete Angebote bereitstellen. Versicherte mit weniger komplexen Problemlagen können hingegen auf andere Formen der beruflichen Rehabilitation zurückgreifen.

Die Zuweisungspraxis der Reha-Fachberatenden ist eben den formellen Kriterien von verschiedenen Orientierungen geprägt, die auch unterschiedlich in den verschiedenen Generationen der Reha-Fachberatenden vertreten sind. Wir konnten zum einen die Kooperationsorientierung herausarbeiten. Eine Haltung die stark die Angebote und der Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken fokussiert, die maßgeblich ihre die Zuweisungspraxis prägen. Die zweite Haltung nennen wir Output-Orientierung. Hierbei wird weniger die Zusammenarbeit als zentral erachtet, als das Ergebnis der beruflichen Rehabilitation. Die dritte Zuweisungshaltung nennen wir Bedarfsorientierung. Diese ist von einem Fokus auf die Bedürfnisse und Ansichten der Leistungsberechtigten bei der Zuweisungspraxis geprägt und rückt diese dabei in den Mittelpunkt.

Auffällig war nun, dass die jüngste und älteste Generation von Reha-Fachberatenden eher eine Orientierung an der Kooperation und des Outputs vorwiesen, während die mittlere Generation (35 bis 50 Jahre) eine überdurchschnittliche Bedarfsorientierung zeigte und auch deshalb kritischer gegenüber klassischen Angeboten und den tradierten Wegen war. Der zentrale Fokus auf die Bedarfe der Leistungsberechtigten sorgt dafür, dass nicht immer nach dem formalen Status quo gehandelt wird. Daraus ergibt sich ein interessantes Für und Wider: Einerseits kritisieren Befragte mit einer ausgeprägten Bedarfsorientierung teilweise die Berufsförderungswerke, wenn diese aus ihrer Sicht nicht entsprechend der Bedarfe der Leistungsberechtigten handeln. Andererseits kritisieren sie auch ihre eigenen Institutionen und insofern die Kostenträger, die eine solche Bedarfsorientierung strukturell nicht ermöglichen.

Die Reha-Fachberatenden formulieren eine Reihe von Wünschen zur Weiterentwicklung der Berufsförderungswerke, die sich im Kern auf mehr Flexibilität, Qualität und Individualisierung richten. Besonders hervorgehoben wird der Bedarf an flexibleren Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten, etwa in Teilzeit, mit kürzeren Laufzeiten oder mit praxisorientierten Abschlüssen unterhalb von Kammerprüfungen, wobei allerdings bestehende Rahmenbedingungen wie das Vollzeit-Übergangsgeld oder wirtschaftliche Vorgaben eine Umsetzung erschweren. Neben einer modernen, zukunftsorientierten und qualitativ hochwertigen Ausrichtung der Berufspalette wird eine stärkere regionale Anpassung durch Kooperationen mit Betrieben gefordert. Individuell zugeschnittene und wohnortnahe Maßnahmen – mit kleineren Gruppen, intensiver Betreuung, psychologischer Unterstützung und einer stärkeren Verknüpfung mit dem betrieblichen Eingliederungsmanagement – erscheinen ebenso notwendig wie eine engere Zusammenarbeit der BFW insgesamt. Zudem wird auf Engpässe bei Assessments hingewiesen, insbesondere für psychisch vorbelastete Versicherte, sowie auf den Bedarf an Angeboten zur Existenzgründung und einer stärkeren Nutzung digitaler Lern- und

Arbeitsformate, möglichst kombiniert mit Sprachförderung und praxisnahen Qualifizierungen in regionalen Betrieben. Schließlich werden eine intensivere Kooperation und Vernetzung der Berufsförderungswerke untereinander angeregt, um etwa nach einem Assessment auch Zuweisungen an andere Einrichtungen zu ermöglichen.

6. Arbeitspaket 6: Analyse der Interaktionsbeziehungen

6.1 Ziel der Analyse

Das Ziel dieses intermediären analytischen Arbeitspakets war es, die Interaktionsbeziehungen zwischen Reha-Fachberatenden und den Berufsförderungswerken zu analysieren und somit nicht nur den einzelnen Akteur, sondern ihre gemeinsame Praxis im Prozess der beruflichen Rehabilitation zu verstehen.

6.2 Ergebnisse

Einerseits ähneln sich die Ansichten und Erwartungen beider Akteure in vielerlei Hinsicht, was auf einen bestehenden Konsens hinweist, der auch künftig genutzt werden kann, um gemeinsame Handlungspotenziale auszuschöpfen. Andererseits bestehen jedoch Konfliktpotenziale auf beiden Seiten, die vor allem auf Kommunikationsblockaden und fehlende Austauschformate zurückzuführen sind, wodurch gemeinsame Perspektiven bislang nur selten zur Geltung kommen. Im Folgenden stellen wir beide Interaktionsdimensionen und die analysierten Phänomene nacheinander vor.

6.2.1 Konsens

Die notwendige und zufriedenstellende Zusammenarbeit

Grundsätzlich sind sowohl die befragten Mitarbeitenden aus den Berufsförderungswerken sowie die befragten Reha-Fachberatenden mit der gemeinsamen Zusammenarbeit zufrieden und erkennen auch eine Notwendigkeit für die Zusammenarbeit, um den Prozess der beruflichen Rehabilitation nachhaltig und bedarfsgerecht zu gestalten.

Dieser Konsens basiert auf der Annahme der gleichen generellen Zielperspektive: Beiden Akteuren geht es primär darum, Menschen, die aufgrund von gesundheitlichen Problemlagen nicht mehr in der Lage sind einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, bei einer Reintegration ins Erwerbsleben zu unterstützen und berufliche Teilhabe zu ermöglichen. Dieser Konsens der gegenseitigen Anerkennung als relevante Akteure der beruflichen Rehabilitation bildet eine entscheidende Basis dafür, dass auch zukünftig Berufsförderungswerke und Kostenträger eng zusammenarbeiten.

Zunahme komplexer Problemlagen

Einigkeit herrscht auch darüber, dass sich die Anforderungen an die Leistungsberechtigten und ihre Motivation sowie Haltungen gegenüber der Rehabilitation und Return-to-Work-Prozessen aufgrund der aktuellen gesellschaftlichen Krisen verschieben. Häufig liegt nur eine geringe Motivation zur Erwerbsarbeit vor, die von allgemeinen gesellschaftlichen Unsicherheiten

flankiert wird und die gleichzeitig mit komplexen und multidiagnostischen Problemlagen korrespondiert.

Dieser Konsens zwischen den Berufsförderungswerken und den Reha-Fachberatenden ist eine gewichtige Grundlage für die weitere Zusammenarbeit und Interaktion. Denn das sich verändernde Klientel sorgt für mehr Abstimmungsbedarf, wie unsere Analysen zeigen. So stieg mit der Einschätzung der Reha-Fachberatenden, dass häufiger Leistungsberechtigte mit komplexen Problemlagen in die Berufsförderungswerke verwiesen werden, auch die Einschätzung, dass mehr Abstimmung zwischen Kostenträger und Berufsförderungswerk vonnöten ist. Ähnlich bewerteten es auch die befragten Reha- und Integrationsmanager*innen der Berufsförderungswerke im Rahmen unserer Interviews. Wie wir noch sehen werden, bringt dieser Wandel der Zusammenarbeit auch Herausforderungen und Anspruchsdivergenzen mit sich, die wir im kommenden Unterabschnitt genauer betrachten werden.

Anpassung des Angebotsspektrums

Aus dem sich verändernden Klientel resultiert nicht nur eine veränderte Zusammenarbeit zwischen beiden Akteuren, sondern auch der Wunsch nach einem angepassten Angebotsspektrum der Berufsförderungswerke. Sowohl die befragten Reha-Fachberatenden als auch die Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke betonen, dass die angebotenen Berufe sowie die Flexibilität der Leistungen in den Berufsförderungswerken an die sich wandelnde Zielgruppe angepasst werden sollten, um weiterhin für Leistungsberechtigte attraktiv zu bleiben. Zugleich lehnen beide Gruppen eine vollständige Digitalisierung der Leistungsangebote – etwa von Umschulungen – ab, halten jedoch eine teilweise Hybridisierung für sinnvoll. Auch in ihrer Kritik an einer umfassenden Digitalisierung stimmen beide Akteursgruppen überein: Angesichts der zunehmend komplexen Klientel wird die strukturgebende Kraft der analogen Betreuung in den Berufsförderungswerken mehr denn je benötigt. Zugleich besteht der Wunsch, insbesondere für Pendler*innen oder Leistungsberechtigte mit familiären Betreuungsverpflichtungen, ergänzende digitale Angebote bereitzustellen bzw. entsprechende Formate zu entwickeln, die diesen Bedarf aufgreifen.

6.2.2 Konflikte

Das „Wie“ des Abstimmungsbedarfs

Auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass der Abstimmungsbedarf in der Tendenz aufgrund komplexerer Problemlagen von Leistungsberechtigten gestiegen ist, so ist damit noch nicht geklärt, wie konkret der Abstimmungsbedarf gestaltet wird und welche normativen Ansprüche seitens der Akteure damit verbunden sind.

Die Reha- und Integrationsmanager*innen kritisierten in den Interviews die teilweise schwere Erreichbarkeit von Reha-Fachberatenden. Hier traten zwei unterschiedliche Vorstellungen über den Abstimmungsprozess zutage: Während Reha- und Integrationsmanager*innen stärker den dialogorientierten Austausch suchen, bevorzugen Reha-Fachberatende, sich auf die

Einschätzungen und Leistungen der Berufsförderungswerke zu stützen, ohne dabei die Häufigkeit des Austauschs wesentlich zu erhöhen – was vor dem Hintergrund personeller Engpässe und finanzieller Einschränkungen nachvollziehbar erscheint. Mehrere Reha-Fachberatende äußerten die Beobachtung, dass Berufsförderungswerke teilweise verstärkt klassische Angebote wie Umschulungen unterbreiten. Dies wird vereinzelt mit rückläufigen Belegungszahlen in Verbindung gebracht und als potenziell weniger stark an den individuellen Bedarfen der Leistungsberechtigten orientiert wahrgenommen. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass Umschulungen zu den kostenintensiveren Leistungsformen in den Berufsförderungswerken zählen. Aus einer strukturellen Perspektive kann man hier von einer *ökonomischen Zangenkrise* sprechen: Den Berufsförderungswerken wird unterstellt, dass sie nach ökonomischen Kalkül Leistungsangebote empfehlen, während die Reha-Fachberatenden diese selbst aus einer ökonomischen Bewertung ablehnen. Hier herrscht insofern ein Kommunikationsdilemma, dass einer Lösung bedarf.

Widerspruch der Zielgruppenakquise

Der an der sozialen Oberfläche existierende Konsens über die komplexer werdenden Problemlagen der Leistungsberechtigten ist jedoch von einigen Ambivalenzen gekennzeichnet: Während die Reha-Fachberatenden komplexe Problemlagen als entscheidendes Kriterium für die Zuweisung betrachten, bewerten die Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke die steigende Anzahl solcher Fälle kritisch. Sie verweisen darauf, dass viele dieser Rehabilitand*innen als nicht oder nur mit erheblichem Aufwand als rehabilitationsfähig eingeschätzt werden. Die Zuweisungspraxis folgt somit einer Logik, die aus Sicht der Berufsförderungswerke mit erheblichen Herausforderungen verbunden ist.

Hier lässt sich ein latentes Spannungsverhältnis konstatieren, welches sich auch in unterschiedlichen Erwartungshaltungen manifestiert. Die Reha-Fachberatenden sehen in den Berufsförderungswerken Institutionen, die über die Kompetenzen und Ressourcen verfügen, Leistungen für genau dieser Personengruppe anzubieten. Die Berufsförderungswerke sehen in der vermehrten Zuweisung komplexer Fälle ein Problem. Erstens steigt dadurch die Arbeitsintensität und -belastung der Mitarbeitenden in den Berufsförderungswerken, ohne entsprechende finanzielle Zuschüsse zu erhalten. Anders formuliert: Der Betreuungsaufwand pro Fall steigt, ohne mehr Ressourcen dafür zu erhalten, wobei die Ansprüche allgemein z.B. hinsichtlich einer individualisierten Teilhabeplanung zugenommen haben. Zweitens betreffen solche Fälle noch eine weitere Dimension der Berufsförderungswerke. Und zwar die Reputation als effektiver Akteur der beruflichen Rehabilitation. Es herrscht die subjektive Einschätzung, dass die komplexer werdenden Fälle eine geringere Integrationsquote vorweisen, wodurch die bedeutende Kennzahl als Legitimationsressource der Berufsförderungswerke Risse erhält. Jedoch konnten wir anhand der Integrations- und Abbruchquoten im untersuchten Zeitraum (2019-2024) herausarbeiten, dass beide Kennzahlen im Durchschnitt keine bedeutenden Veränderungen aufweisen. Das bedeutet, dass es den Berufsförderungswerken bislang trotz des

Mehraufwands gelingt, die komplexen Problemlagen zu integrieren und Abbrüche zu vermeiden.

Widerspruch zwischen Arbeitsmarkt und Leistungsangeboten/ Verweisungen

Ein weiteres Spannungsverhältnis, welches die Interaktionsbeziehung zwischen beiden Akteuren prägt, ist die Berücksichtigung des Arbeitsmarktes. Beide Seiten werfen einander vor, den Arbeitsmarkt und seine Entwicklungen in ihrer Praxis zu wenig zu berücksichtigen, was sie auf unzureichende bzw. defizitäre Kenntnisse zurückführen. Nach Einschätzung der befragten Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke verfügen Reha-Fachberatende nur über begrenzte Kenntnisse des aktuellen Arbeitsmarktes – und umgekehrt. Die Reha-Fachberatenden wiederum sind der Ansicht, dass die Berufsförderungswerke ihre Leistungsangebote nicht hinreichend an den tatsächlichen Anforderungen des Arbeitsmarktes ausrichten.

6.3 Diskussion der Ergebnisse

Unsere Analyse der Interaktionsbeziehungen zeigt, dass sowohl ein differenzierter Konsens als auch Widersprüche zwischen den Berufsförderungswerken und den Kostenträgern bestehen. Grundsätzliche Einigkeit herrscht hinsichtlich der Notwendigkeit und einer grundlegenden Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit zwischen Berufsförderungswerken und Kostenträgern, der Zunahme komplexer Problemlagen der Leistungsberechtigten und die damit verbundene Anpassung der Leistungsangebote der Berufsförderungswerke im Sinne einer Teilhybridisierung.

Demgegenüber treten unterschiedliche latente und manifeste Konflikte auf, die die Interaktion zwischen beiden Akteuren erschweren. Dazu zählen abweichende Vorstellungen darüber, wie die Zusammenarbeit gestaltet werden sollte, Widersprüche in der Zielgruppenakquise sowie Spannungen zwischen der Lage des Arbeitsmarktes und den vorhandenen Leistungsangeboten.

Nach unseren Analysen spiegeln sich die aktuellen gesellschaftlichen Krisenkonstellationen auch in den Interaktionen der beiden Akteure wider. Beide sind über die Leistungsberechtigten sowie die zunehmend fragile Ausfinanzierung durch Sozialausgaben indirekt von diesen Krisen betroffen. Angesichts der begrenzten Handlungs- und Eingriffsmöglichkeiten kritisieren sich die Akteure gegenseitig und haben eine Kultur des Misstrauens und des Ressentiments entwickelt. Dies erschwert eine lösungsorientierte Suche nach Innovationen und Verbesserungen – obwohl sowohl eine gemeinsame Zielperspektive als auch eine grundsätzliche Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit bestehen.

An diese Gemeinsamkeiten gilt es in Zukunft anzuknüpfen und eine Kultur der geteilten Zielorientierung zu entwickeln, um diese produktiv für innovative Lösungen und bestenfalls strukturelle Veränderungen zu nutzen.

7. Arbeitspaket 7: Analyse der Erwartungen und Orientierungen der Leistungsberechtigten

7.1 Ziel der Analyse

Um ein umfassendes Verständnis der aktuellen Herausforderungen und Möglichkeiten in der beruflichen Rehabilitation zu entwickeln, ist es zentral, die Leistungsberechtigten mit ihren Kenntnissen, Erwartungen, Motiven etc. in den Blick zu nehmen. Ein zentraler Punkt ist der Wissensstand der Leistungsberechtigten bezüglich der Angebote und Anspruchsvoraussetzungen der beruflichen Rehabilitation. Es gilt zu klären, wie gut sie über die verfügbaren Angebote informiert sind und ob sie die Prozesse und Unterstützungsmöglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen, ausreichend verstehen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Vorstellungen und Erwartungen der Leistungsberechtigten beim Eintritt in den Rehabilitationsprozess. Es ist wichtig zu erfahren, welche Ziele sie verfolgen und welche Art von Unterstützung sie im Verlauf ihrer Rehabilitation erwarten. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, inwieweit sich die Erwartungen der Leistungsberechtigten in den letzten Jahren verändert haben. Diese Veränderungen könnten verschiedene Bereiche betreffen, zum Beispiel die Präferenz für stationäre Strukturen gegenüber ambulanten Qualifizierungsformen, die Ausrichtung auf Voll- versus Teilqualifizierung, die Bedeutung aktueller Berufsbilder oder Fragen nach Stärkung der Selbstwirksamkeit und biografischen Orientierung.

Zudem ist es relevant, wie Leistungsberechtigte die Beratungsphase und ihre Integration in die berufliche Rehabilitation erleben. Hierbei könnte es Aspekte geben, die als besonders unterstützend oder hinderlich wahrgenommen werden. Damit verbunden ist die Frage, ob die Leistungsberechtigten eine andere Form der Angebotspräsentation und der Einmündungsphase erwarten. Allenfalls gibt es neue Zielgruppen im Rehabilitationssystem, die andere Vorstellungen und Erwartungen mitbringen und die mit den bestehenden Beratungs-, Verweisungs- und Leistungsangeboten schwerer zu erreichen sind.

Ein zusätzliches Augenmerk liegt auf der Abbruchrate von Leistungsberechtigten beim Übergang von der medizinischen zur beruflichen Rehabilitation. Es gilt zu untersuchen, ob es eine bedeutende Anzahl von Personen gibt, die diesen Übergang nicht schaffen, und welche Gründe hierfür verantwortlich sein könnten. Schließlich spielt der Einfluss des aktuellen Arbeitsmarkts eine bedeutende Rolle. Der anhaltende Fachkräftemangel könnte einen stärkeren Sog ausüben, der die Entscheidungen der Leistungsberechtigten beeinflusst und ihre Integration in den Arbeitsmarkt beschleunigt.

Diese umfassende Analyse erlaubt es, das System der beruflichen Rehabilitation besser zu verstehen und Strategien zur Anpassung an sich verändernde Bedingungen zu entwickeln, um den

Bedürfnissen der Leistungsberechtigten gerecht zu werden und beruflich-soziale Teilhabe zu fördern.

7.2 Methoden

Die quantitative Teiluntersuchung umfasst zwei getrennte Einzeluntersuchungen: Erstens die Befragung potenzieller Leistungsberechtigter und zweitens die Befragung von Rehabilitand*innen, die aktuell eine Maßnahme in einem der beteiligten Berufsförderungswerken durchlaufen.

Für die erste Teiluntersuchung entwickelten wir einen teilstandardisierten Online-Fragebogen mit offenen Fragen zu den Erwartungen, Wünschen und Barrieren zur beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk und geschlossenen soziodemografischen Fragen. Dieser Fragebogen wurde an die beteiligten Berufsförderungswerke mit der Bitte übermittelt, diesen bei Informationstagen und Veranstaltungen an potenzielle Leistungsberechtigte zu übergeben, sodass diese an der Befragung teilnehmen können.

Insgesamt nahmen 128 Personen an der Umfrage teil. Davon waren 47 Prozent männlich und 41 Prozent weiblich (Rest: Fehlwerte). Dass sie sich in einer Partnerschaft zum Befragungszeitpunkt befanden, gaben 45 Prozent der Befragten an (absolut: 57) und 32 Prozent betreuten Kinder (absolut: 41). Für die Pflege von Angehörigen waren 16 Prozent verantwortlich. Die Altersstruktur ist wie folgt gestaltet: 6 Prozent waren zwischen 16 bis 24 Jahre alt (absolut: 8), 20 Prozent zwischen 25 und 34 Jahre (absolut: 26), jeweils 26 Prozent zwischen 35 und 44 Jahre und 45 und 54 Jahre (absolut jeweils: 33) und 13 Prozent zwischen 55 und 64 Jahre (absolut: 16). Die Fehlwerte betrugen 9 Prozent (absolut: 12). Hinsichtlich des Bildungshintergrunds ergab sich das folgende Bild: 2 Prozent gaben an keinen Schulabschluss zu haben (absolute Zahl: 3). 13 Prozent verfügen über einen Hauptschulabschluss (absolut: 16) und 30 Prozent über die mittlere Reife (oder einen Realschulabschluss) verfügen 30 (absolut: 39). Abitur oder Fachhochschulreife gaben 41 Prozent an (absolut: 53). Hier wird ein gewisser Sample-Bias deutlich: Ein Großteil der Befragten verfügt über eine allgemeine oder eine Fachhochschulreife. Im Hinblick auf die berufliche Bildung zeigt das Sample die folgenden Verteilungen: 15 Prozent gaben an, über keinen beruflichen oder akademischen Abschluss zu verfügen (absolut: 19). Eine Berufsausbildung haben 48 Prozent (absolut: 62) und 10 Prozent einen Universitätsabschluss (absolut: 13). Über einen Meister, Techniker oder Fachwirt verfügten nur 5 Prozent der Befragten (absolut: 6) und genauso viele besaßen einen Fachhochschulabschluss.

Die Auswertung dieser Daten erfolgte mittels uni- und bivariater Analysen. Dafür wurden die offenen Fragen zuerst offen in Anlehnung an die Grounded Theory Methodology kodiert (Strauss & Corbin 1996). Anschließend wurden die Verteilungen uni- und bivariat analysiert. Letzteres erfolgte nur im Hinblick auf Alter und Geschlecht.

Im Rahmen der zweiten quantitativen Teilstudie mit den Leistungsberechtigten entwickelten wir einen Online-Fragebogen, der die Themenbereiche Erwartungen und Erfahrung der

beruflichen Rehabilitation, Arbeits- und Lebenseinstellungen sowie gesundheitsbezogene und soziodemografische Merkmale umfasste. Dieser wurde anschließend an die beteiligten Berufsförderungswerke mit der Bitte übermittelt, diese im Rahmen der Unterrichtsstunden an die Leistungsberechtigten zu verteilen und bestenfalls im Rahmen der Lehreinheiten ausfüllen zu lassen. Das Sample umfasste insgesamt 1.272 Befragte. Wir schlossen für die ersten deskriptiven Analysen alle Befragten aus, die kein Geschlecht, Alter, Bildung und berufliche Bildung angaben. Der so bereinigte Datensatz betrug anschließend 985 Befragte. Davon waren 53,7 Prozent männlich, 45,5 Prozent weiblich und 0,8 Prozent divers. Die Befragten waren überwiegend zwischen 25 und 54 Jahren alt (insgesamt 93 Prozent), wobei die größte Gruppe 35–44 Jahre umfasste (39,2 Prozent). Hinsichtlich des allgemeinen Bildungsabschlusses verfügen 45,6 Prozent über einen Realschulabschluss, 28,1 Prozent über Abitur oder Fachhochschulreife und 21,3 Prozent über einen Hauptschulabschluss; nur 0,5 Prozent gaben an, keinen Schulabschluss zu haben. Beim beruflichen Bildungsabschluss zeigt sich, dass 71,2 Prozent eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, während 14,6 Prozent keinen beruflichen oder akademischen Abschluss besitzen. Akademische Abschlüsse (Fachhochschule, Universität, Promotion) erreichen zusammen 6,1 Prozent.

Beim Nettoeinkommen vor der Erkrankung gaben 21,5 Prozent der Befragten ein Einkommen bis 1.499 Euro an, 50,7 Prozent lagen zwischen 1.500 und 2.999 Euro und 13,8 Prozent zwischen 3.000 und 5.000 Euro. Ein Einkommen von mehr als 5.000 Euro hatten 0,8 Prozent der Befragten, bei 13,2 Prozent liegen keine Angaben vor. Nach der Erkrankung veränderte sich die Einkommenssituation deutlich: 42,6 Prozent berichteten über ein Einkommen bis 1.499 Euro, 26,2 Prozent lagen zwischen 1.500 und 2.999 Euro und nur noch 2,8 Prozent zwischen 3.000 und 5.000 Euro. Ein Einkommen von über 5.000 Euro gaben 0,1 Prozent an; bei 28,2 Prozent fehlen entsprechende Angaben.

Die meisten Befragten gaben an, die deutsche Sprache sehr gut zu verstehen (85,4 Prozent), 12,4 Prozent schätzen ihr Verständnis als gut ein, und nur 1,4 Prozent als weniger gut bis schlecht. Die Familiensituation stellte sich wie folgt dar: 54,9 Prozent lebten zum Befragungszeitpunkt in einer Partnerschaft und 39,5 Prozent nicht. 61,0 Prozent haben keine Kinder, 16,1 Prozent ein Kind, 16,5 Prozent zwei Kinder und 6,4 Prozent drei oder mehr Kinder. Bezüglich Pflegeverantwortung geben 19,4 Prozent an, im Alltag Kinder oder Angehörige zu betreuen, während 76,0 Prozent dies nicht tun. Bei 4,6 Prozent liegen keine Angaben vor.

Diesen Teildatensatz werteten wir deskriptiv, bivariat und mittels strukturentdeckender und struktur-prüfender Verfahren aus. Zu den strukturentdeckenden Verfahren zählten explorative Faktorenanalysen, um Erwartungshaltungen und Arbeitsorientierungen zu rekonstruieren. Zu den strukturprüfenden Verfahren zählte die OLS-Regression mithilfe derer wird Hypothesen zu dem Zusammenhang zwischen Erwartungshaltungen und verschiedenen Merkmalen untersuchten.

Der qualitative Datensatz bestand aus vier leitfadengestützten Interviews mit Leistungsberechtigten, die nie oder erst nach Jahren Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Anspruch genommen haben. Hinzu kamen zwei Fokusgruppen mit Teilnehmenden in Berufsförderungswerken (insgesamt sieben Teilnehmende) sowie 19 teilstandardisierte Interviews mit aktuellen beruflichen Rehabilitand*innen in den Berufsförderungswerken. Diesen komplexen Datenkorpus werteten wir mit der Grounded Theory Methodology aus und bildeten so zentrale Kategorien mittels des offenen, axialen und selektiven Kodierens. Zugleich erfolgte die Analyse immer in Abgleich mit den standardisierten und teilstandardisierten Analysen, die parallel erfolgten.

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Teilstandardisierte qualitative Befragung potenzieller Leistungsberechtigter

Wie sind Sie auf das Berufsförderungswerk aufmerksam geworden?

Die offene Frage, wie sind Sie auf das Berufsförderungswerk aufmerksam geworden, kodierten wir in sieben Kategorien. Hierzu zählten die Folgenden sowie deren Verteilung über das Sample:

Tabelle 8: Verteilungen der Kategorien zur Frage „Wie sind Sie auf das Berufsförderungswerk aufmerksam geworden“?

Vermittler	Absolut	%	Kum.
Deutsche Rentenversicherung	20	15,63	15,63
Agentur/Jobcenter/BG	21	16,41	32,03
Reha-Klinik/med. Einrichtung	20	15,63	47,66
Internetrecherche	15	11,72	59,38
Empfehlung aus dem sozialen Umfeld	9	7,03	66,41
Leistungserbringende	8	6,25	72,66
Sonstige	6	4,69	77,34
Missings	29	22,66	100,00

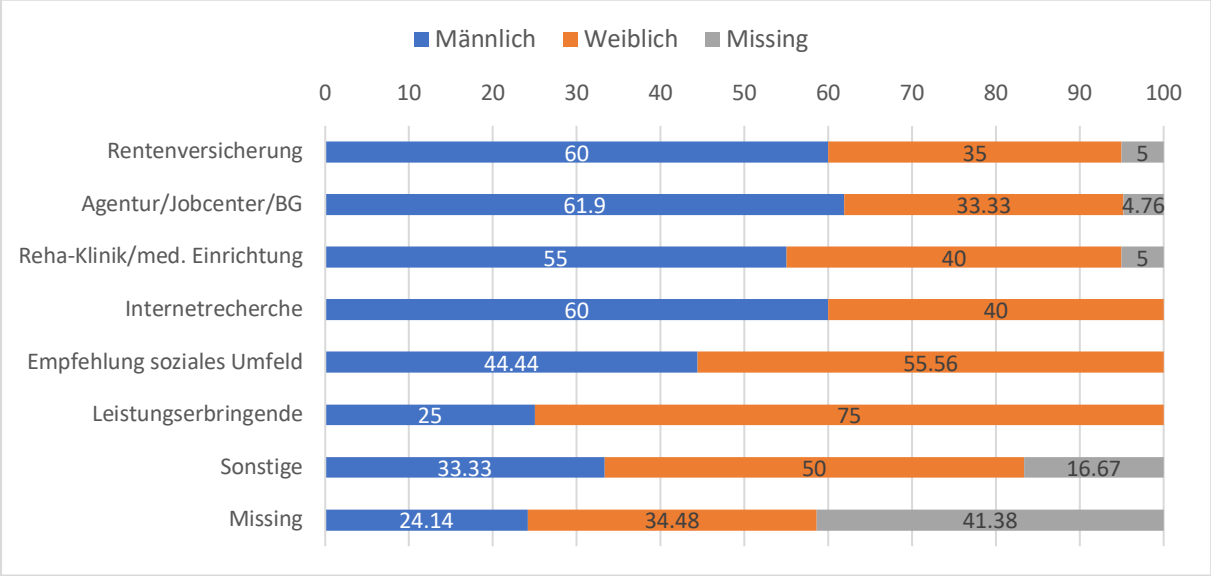
N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Es wird deutlich, dass ein Großteil der Befragten von den Institutionen der Deutschen Rentenversicherung, dem Jobcenter und den Berufsgenossenschaften von den Leistungen der Berufsförderungswerke erfahren hat. Auch die Reha-Kliniken erscheinen hier als relevante Vermittlungsakteure. Etwas mehr als jeder Zehnte hat wiederum durch eine Internetrecherche von den Angeboten erfahren.

Vergleichen wir die Verteilungen zwischen Männern und Frauen in Abbildung 32, so wird deutlich, dass Männer eher über die klassischen institutionellen Wege von den Angeboten der Berufsförderungswerke erfahren, während Frauen eher über das soziale Umfeld und sonstige Wege informiert werden. Möglicherweise ist das auch ein Hinweis darauf, dass Reha-

Fachberatende Frauen bzw. Mütter weniger im Blick haben, wenn sie Berufsförderungswerke vorschlagen.

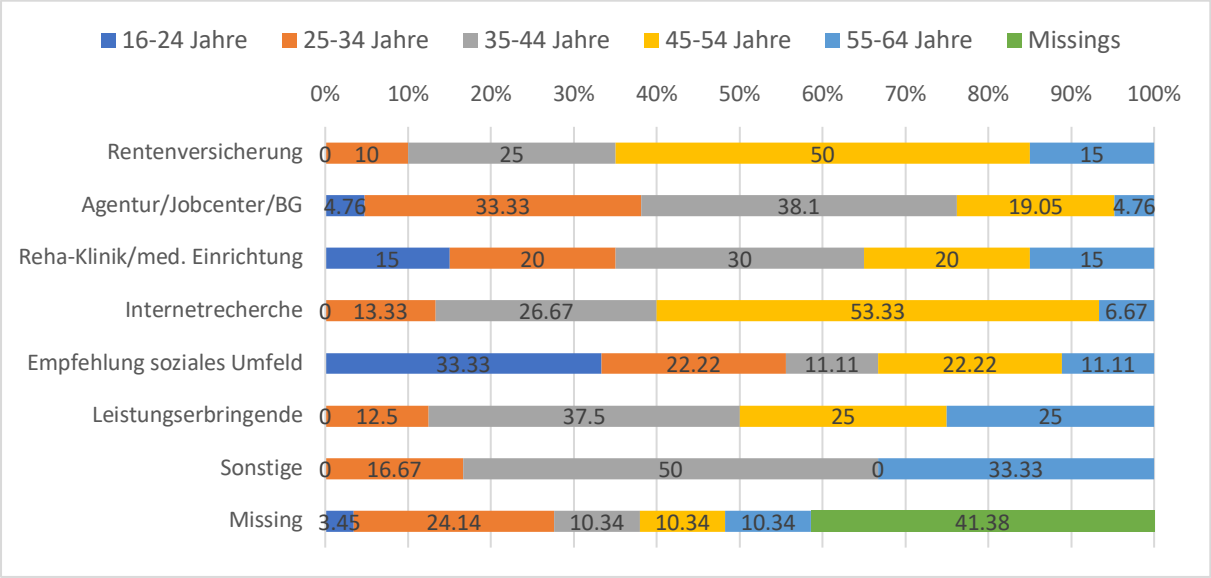
Abbildung 32: Geschlechterdifferenzen der Frage aufmerksam geworden (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Betrachten wir die Verteilungen nach Altersgruppen in Abbildung 33, so zeigt sich, dass 16- bis 24-Jährige als auch die 25- bis 34-Jährigen eher weniger über die Rentenversicherung von den Angeboten erfahren, sondern von der Agentur für Arbeit/Jobcenter oder Berufsgenossenschaft, die Reha-Kliniken oder über das soziale Umfeld auf die Leistungen der Berufsförderungswerke aufmerksam gemacht werden. Ab 35 Jahren erfahren viele potenzielle Leistungsberechtigte durch die Rentenversicherung, Internetrecherche aber auch durch die Leistungserbringenden selbst von den Berufsförderungswerken. Auch die Internetrecherche spielt hier eine bedeutende Rolle. Eher weniger akquiriert sich diese Altersgruppe über die Empfehlung aus dem sozialen Umfeld.

Abbildung 33: Altersgruppendifferenzen der Fragen aufmerksam geworden (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Was spricht für Sie dafür, im Berufsförderungswerk eine Maßnahme zu beginnen?

Die offene Frage, was spricht für Sie dafür, im Berufsförderungswerk eine Maßnahme zu beginnen, wurde wie folgt kodiert.

Tabelle 9: Kategorien auf die Frage „Was spricht für Sie dafür, im BFW eine Maßnahme zu beginnen“?

Kategorien „Pro-Gründe“	Inhaltliche Themen
Berufliche Neuorientierung	Umschulung, Perspektive, Qualifikation, Arbeitsmarktintegration
Medizinische/psychosoziale Unterstützung	Rücksichtnahme und Unterstützung hinsichtlich besonderer Bedarfe
Qualität der BFW	Ruf, Kompetenz, Programmvielfalt, Ausbildungsangebot, persönliche Begleitung usw.
Praktisches und Organisatorisches	finanzielle Unterstützung, Erreichbarkeit, Wohnmöglichkeit, Essen usw.
Persönliche Entwicklung und gesell. Teilhabe	Neuanfang, Teilhabe, Sinn, Lebensqualität
Kritik oder keine Angabe	Unzufriedenheit, Skepsis, schlechte Erfahrungen, keine Angaben

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Die berufliche Neuorientierung zählt zu den Hauptgründen, die dafür sprechen eine Leistung in einem Berufsförderungswerk in Anspruch zu nehmen. 28 Prozent gaben an, dass dies einer der zentralen Aspekte für sie ist, im Berufsförderungswerk eine Maßnahme zu beginnen. Auch

die zugesprochene Qualität in den Berufsförderungswerken ist ein nicht zu unterschätzendes Kriterium für potenzielle Leistungsberechtigte. 16 Prozent gaben dies als entscheidenden Grund an (Tabelle 9).

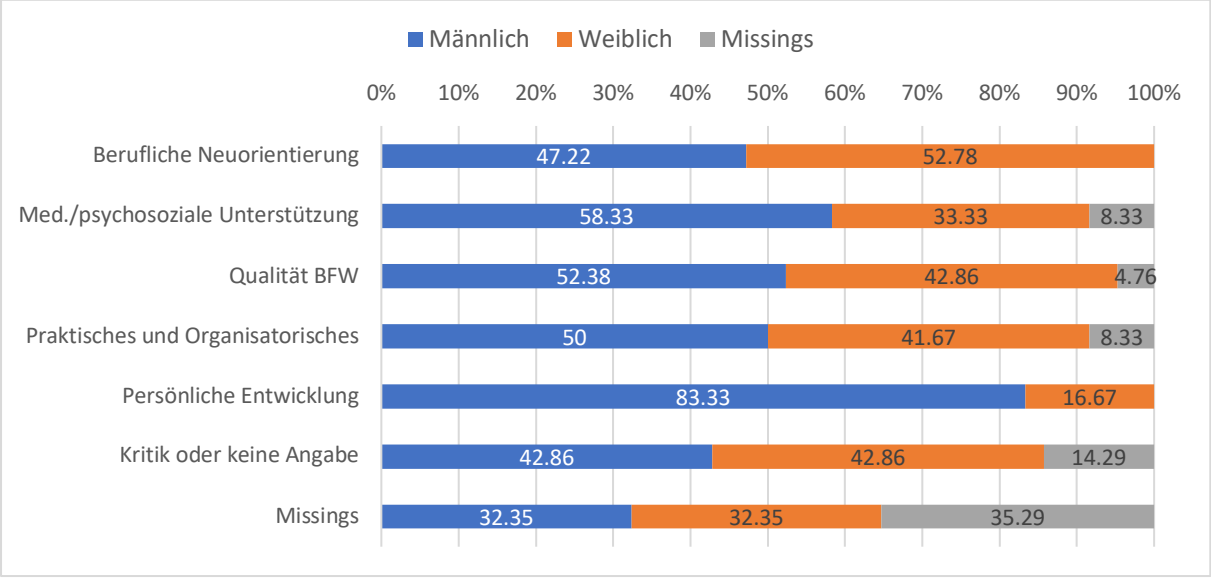
Tabelle 10: Verteilungen der Kategorien „Pro-Gründe“

Pro-Gründe	Absolut	%	Kum.
Berufliche Neuorientierung	36	28,13	28,13
Medizinische/psychosoziale Unterstützung	12	9,38	37,50
Qualität der BFW	21	16,41	53,91
Praktisches und Organisatorisches	12	9,38	63,28
Persönliche Entwicklung	6	4,69	67,97
Kritik oder keine Angabe	7	5,47	73,44
Missings	34	26,56	100,00

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Betrachten wir die geschlechterspezifischen Differenzen bei diesen Pro-Gründen aus Abbildung 34, so wird deutlich, dass nahezu alle Pro-Gründe relativ ausgeglichen zwischen Männern und Frauen vorliegen. Nur bei der medizinischen und psychosozialen Unterstützung und beim Grund persönliche Entwicklung wird ein deutlicher stärkerer Männeranteil ersichtlich. So gaben 58 Prozent der Männer an, dass für sie ein entscheidendes Kriterium für den Beginn einer Maßnahme im Berufsförderungswerk die medizinische und psychosoziale Unterstützung ist und 83 Prozent gaben die persönliche Entwicklung an.

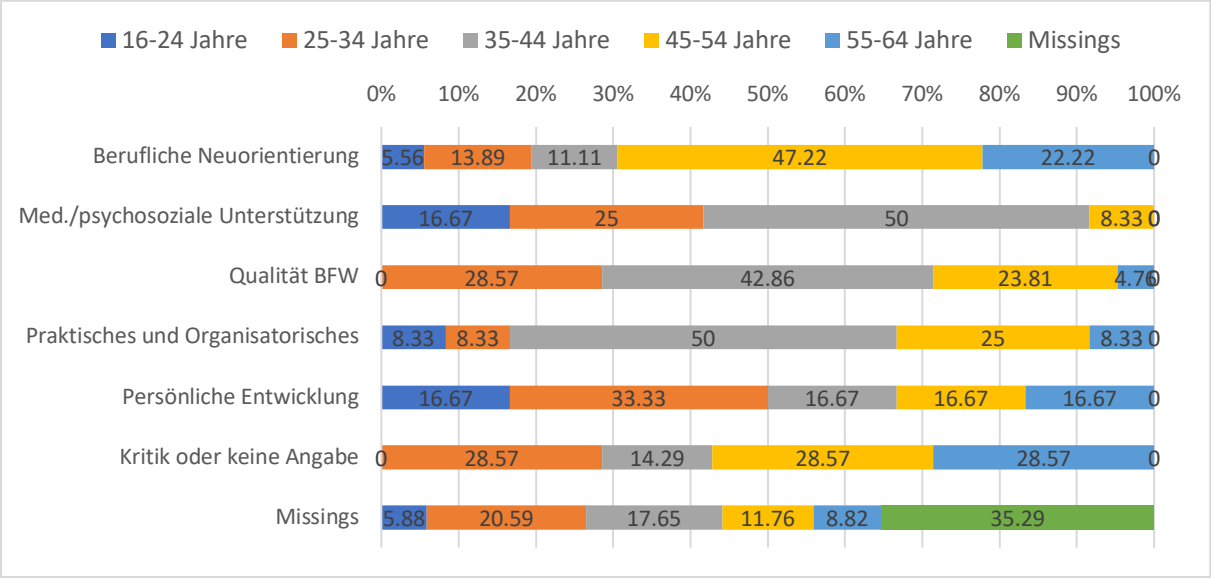
Abbildung 34: Geschlechterdifferenzen der Frage Pro-Gründe (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Hinsichtlich der Verteilung der Pro-Gründe angesichts verschiedener Altersgruppen zeigte sich, dass die persönliche Entwicklung gerade für jüngere Personen (16- bis 34 Jahre) von Bedeutung ist, während ältere potenzielle Leistungsberechtigte (35 Jahre und älter) eher die berufliche Neuorientierung, Praktisches und Organisatorisches präferieren (Abbildung 35).

Abbildung 35: Altersgruppendifferenzen der Frage Pro-Gründe (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Welche Gründe sprechen aus Ihrer Sicht gegen eine Maßnahme im Berufsförderungswerk?

Die Contra-Gründe kodierten wir wie folgt:

Tabelle 11: Kategorien Contra-Gründe

Kategorien „Contra-Gründe“	Inhaltliche Themen
Keine Bedenken	-
Entfernung von Wohnung und/oder Familie	Anfahrt, Pendelzeit, Kinderbetreuung, Trennung von Familie
Gesundheitliche und andere persönliche Einschränkungen	Krankheit, Belastung, fehlende Rücksichtnahme, Alter usw.
Zweifel an Wirkung, Qualität und Auswahl der Angebote	negative Erfahrungen und Berichte von Bekannten, begrenzte Berufswahl, tatsächliche Jobperspektiven
Strukturelle und organisatorische Probleme	Bürokratie, Unsicherheit bei der Finanzierung, fehlende Teilzeitangebote
Sonstiges	-

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

In Tabelle 11 sind die Verteilungen der Contra-Gründe dargestellt: Ein Großteil der Befragten hat mit 28 Prozent keine wesentlichen Bedenken, an einer Leistung im Berufsförderungswerk teilzunehmen. 14 Prozent gaben jedoch an, dass die Entfernung zur eigenen Wohnung und /

oder zur Familie ein relevanter Grund wäre, der gegen eine Leistungsinanspruchnahme sprechen würde. Für ein Sechstel spielen auch flexible Lernformate zumindest indirekt eine Rolle. Nochmals 9 Prozent gaben wiederum an, dass strukturelle oder organisatorische Gründe wie bürokratische Herausforderungen, Unsicherheiten bei der Finanzierung sowie fehlende Teilzeitangebote einen wichtigen Grund gegen eine Inanspruchnahme einer Leistung in einem Berufsförderungswerk darstellen.

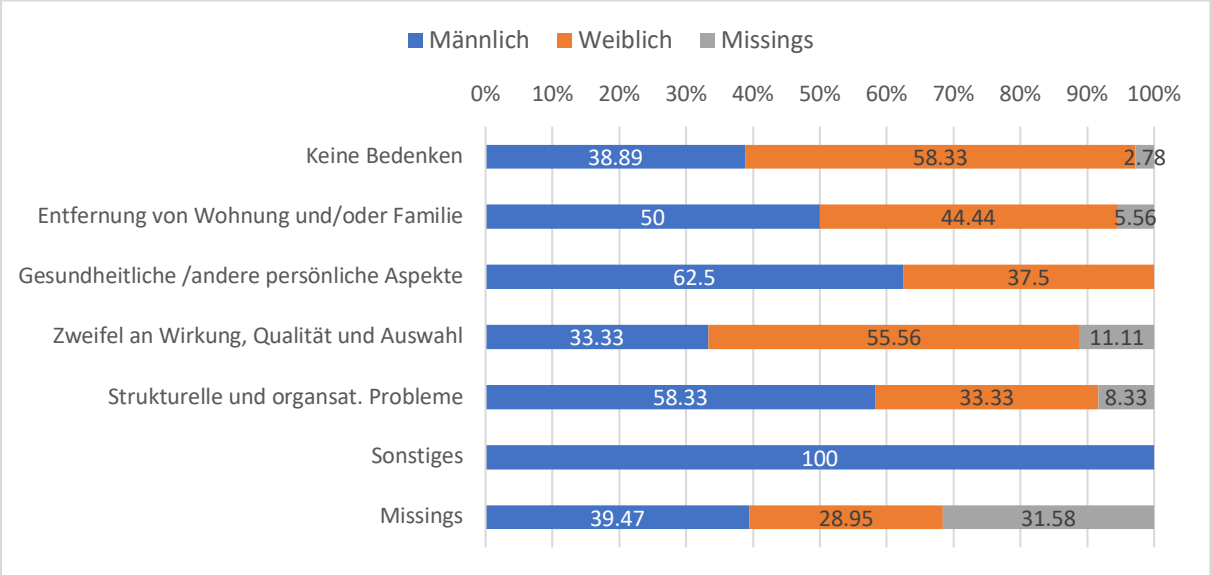
Tabelle 12: Verteilungen der Kategorien Contra-Gründe

Contra-Gründe	Absolut	%	Kum.
Keine Bedenken	36	28,13	28,13
Entfernung von Wohnung und /oder Familie	18	14,06	42,19
Gesundheitliche / andere persönliche Aspekte	8	6,25	48,44
Zweifel an der Wirkung	9	7,03	55,47
Strukturelle und organisatorische Probleme	12	9,38	64,84
Sonstiges	7	5,47	70,31
Missings	38	29,69	100,00

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Bei den Geschlechterdifferenzen zeigt sich (Abbildung 36), dass Frauen generell weniger Bedenken äußern als Männer, jedoch größere Zweifel an der Wirkung und der Qualität der Maßnahmen hegen. Gleichzeitig sind für Männer gesundheitliche und andere persönliche Einschränkungen ein bedeutender Grund, keine Leistung in Anspruch zu nehmen sowie strukturelle und organisatorische Probleme.

Abbildung 36: Geschlechterdifferenzen der Contra-Gründe (Angaben in Prozent)

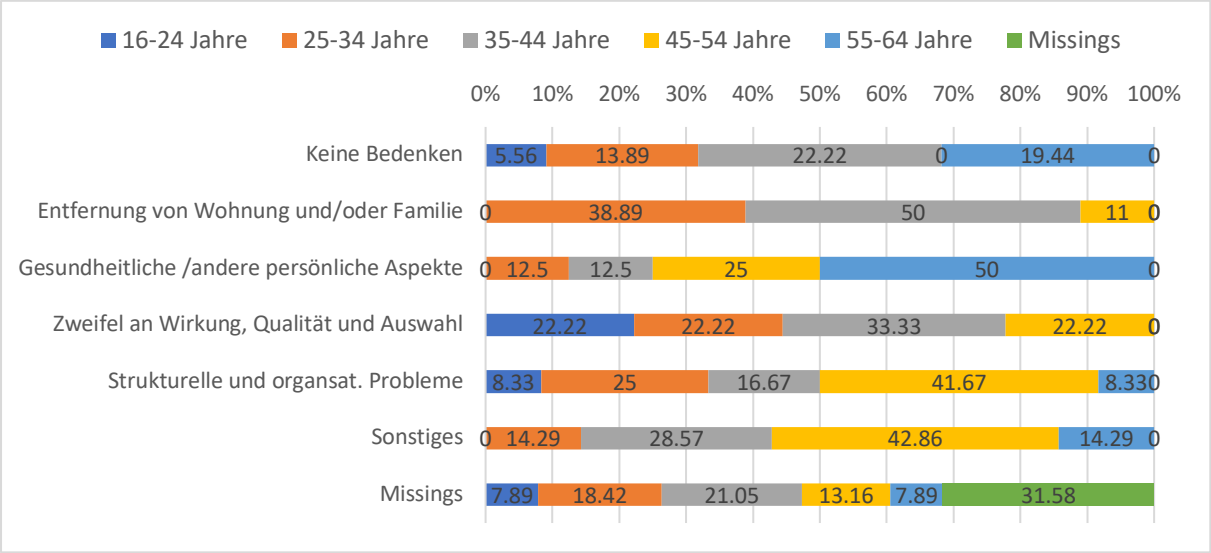


N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Vergleichen wir die Alterskategorien hinsichtlich der Contra-Gründe, wie in Abbildung 37 dargestellt, so können wir konstatieren, dass Jüngere zwischen 16-und 24-Jahren vor allem

Zweifel an der Qualität und Wirkung der Maßnahmen haben. Bei der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen sowie der Gruppe der 35- bis 44-Jährigen stellte die Entfernung zur Familie die entscheidende Herausforderung dar, was vermutlich auch damit zusammenhängt, dass dies das typische Alter ist, um eine Familie zu gründen bzw. Arbeit und Familie zu vereinbaren. Bei den 45- bis 54-Jährigen stellten strukturelle, organisatorische und sonstige Gründe eine Herausforderung dar, während für die Gruppe der 55- bis 64-Jährigen gesundheitliche und persönliche Einschränkungen am relevantesten sind.

Abbildung 37: Altersgruppendifferenzen der Frage Contra-Gründe (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Welche Angebote des Berufsförderungswerkes sind für Sie relevant?

Zu den relevanten Angeboten zählen die folgenden Kategorien:

Tabelle 13: Kategorien der Frage Relevanz der Angebote

Kategorien „relevante Angebote“	Inhaltliche Themen
Umschulung und Ausbildung	konkrete Umschulungsberufe oder allgemein formuliert, Ausbildung(sabschlüsse), Arbeitsmarktintegration
Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung für eine Ausbildung	Schulungen, Bewerbungstrainings, PC-Kurse, Assessment
Rahmenbedingungen und Infrastruktur	Sport, Mensa, Freizeitangebote, Internat, Nähe zum Wohnort
Unterstützung und Begleitung	psychologischer Dienst, Ansprechpartner, Reha-Beratung, Programme für ältere Menschen
Keine oder noch unklar	fehlende Informationen, Unentschlossenheit, keine Angaben
Alle Angebote	-

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Umschulung und Ausbildung zählen mit 34 Prozent zu den relevantesten Angeboten in unserem Sample, gefolgt von Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitungskursen mit 11 Prozent. Als weniger relevant erachtet werden dagegen die Unterstützung und Begleitung sowie generell alle Angebote (Tabelle 13).

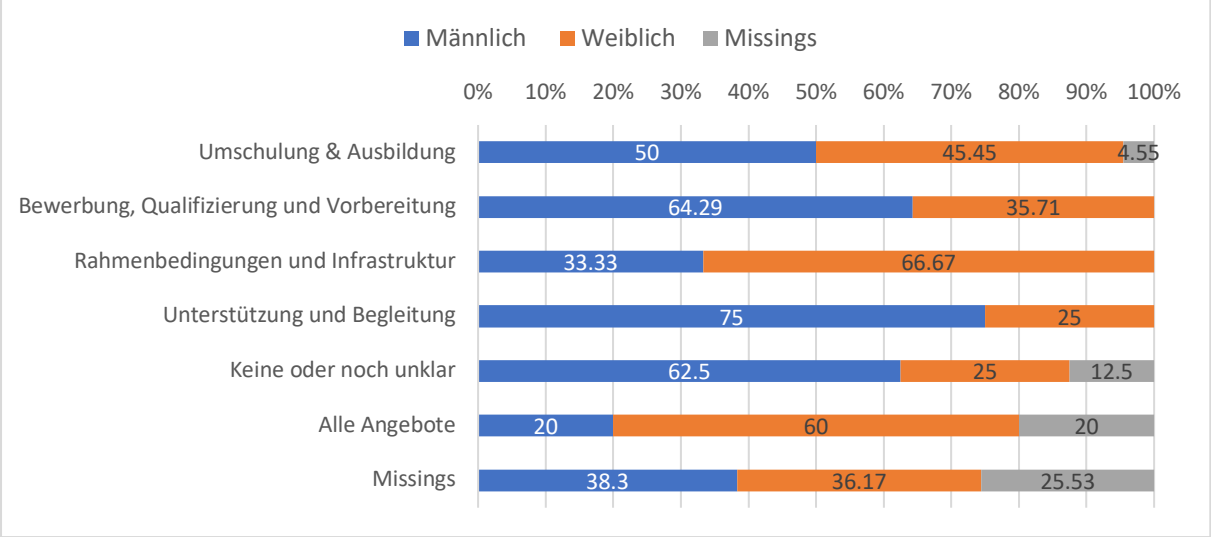
Tabelle 14: Verteilungen der Kategorien Relevanz der Angebote

Relevante Angebote	Absolut	%	Kum.
Umschulung und Ausbildung	44	34,38	34,38
Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung	14	10,94	45,31
Rahmenbedingungen und Infrastruktur	6	4,69	50
Unterstützung und Begleitung	4	3,13	53,13
Keine oder noch unklar	8	6,25	59,38
Alle Angebote	5	3,91	63,28
Missings	47	36,72	100,00

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich bei fast allen Kategorien außer dem Thema Umschulung und Ausbildung, wie in Abbildung 38 deutlich wird. Für Männer waren deutlich häufiger Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung relevant, sowie das Thema Unterstützung und Begleitung, während für Frauen eher die Rahmenbedingungen und Infrastruktur sowie ein generelles Befürworten aller Angebote als wichtig erachteten. Bemerkenswert ist außerdem, dass Männer deutlich häufiger unsicher oder unwissend über die relevanten Angebote waren. Die geschlechtsspezifischen Muster sollten in weiteren Analysen dezidiert betrachtet werden.

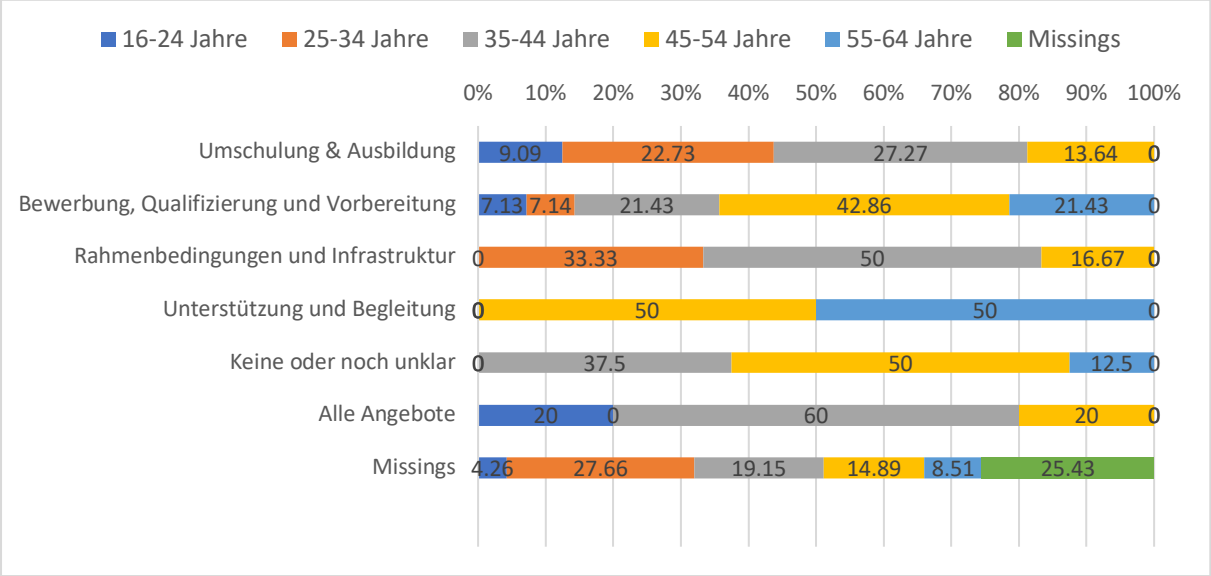
Abbildung 38: Geschlechterdifferenzen der Frage Relevanz der Angebote (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Es zeigen sich auch deutlich Altersunterschiede (Abbildung 39): Für 16- bis 24-Jährige waren vor allem eher Umschulung und Ausbildung, Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung sowie generell alle Angebote interessant. Für die 35- bis 44-Jährigen waren es eher Umschulungs- und Ausbildungsmaßnahmen sowie Rahmenbedingungen und Infrastruktur. Gleiches gilt auch für die Gruppe der 35- bis 44-Jährigen. Für die 45- bis 54-Jähringen waren Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung als auch Unterstützung und Begleitung wichtig, zugleich zeigen sich bei diesen jedoch auch generelle Ablehnung und Unsicherheiten. Für die Ältesten war wiederum eher weniger das Thema Umschulung und Ausbildung wichtig, sondern Unterstützung und Begleitung sowie Bewerbung, Qualifizierung und Vorbereitung.

Abbildung 39: Altersgruppendifferenzen der Frage Relevanz der Angebote (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Was gehört aus Ihrer Sicht zu einer zukunftsfähigen beruflichen Rehabilitation?
Die Kategorien, die aus den Antworten auf diese Frage gebildet wurden, sind in der folgenden Abbildung dargestellt.

Tabelle 15: Kategorien „Zukunftsfähige Reha“

Kategorien „zukunftsfähige Reha“	Inhaltliche Themen
Individuelle Betreuung und kompetente Begleitung	Einzelfallorientierung, passgenaue Unterstützung, empathischer/ganzheitlicher Blick auf das Individuum
Arbeitsmarktorientierung und reale Perspektiven	Jobperspektiven, Praxisbezug, echte Vermittlungschancen
Gesundheitsbezogene Unterstützung	Psychische/physische Gesundheit im Blick
Qualifizierte Dozenten sowie aktuelle Lerninhalte, -methoden und -formate	Fachlich starke, aktuelle, moderne Lerninhalte
Sonstiges	„keine Angabe“, „gratis Essen …“, „gutes Arbeitsklima“, „Fähigkeit und Bereitschaft zum Lernen“, „Möglichkeit unter der Woche auf dem Campus zu leben“ usw.

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Die Verteilungen in Tabelle 15 zeigen, dass die individuelle Betreuung und kompetente Begleitung von mehr als einem Fünftel der Befragten als wichtiger Aspekt der beruflichen Rehabilitation bewertet wird (23 Prozent). 14 Prozent formulierten, dass reale und arbeitsmarktorientierte Perspektiven für sie zu einer zukunftsfähigen Rehabilitation dazugehören und 13 Prozent wählten sonstiges aus. Gesundheitsbezogene Unterstützung und die Qualität der Lehrpersonen sowie Lerninhalten werden ebenfalls jedoch weitaus geringer genannt.

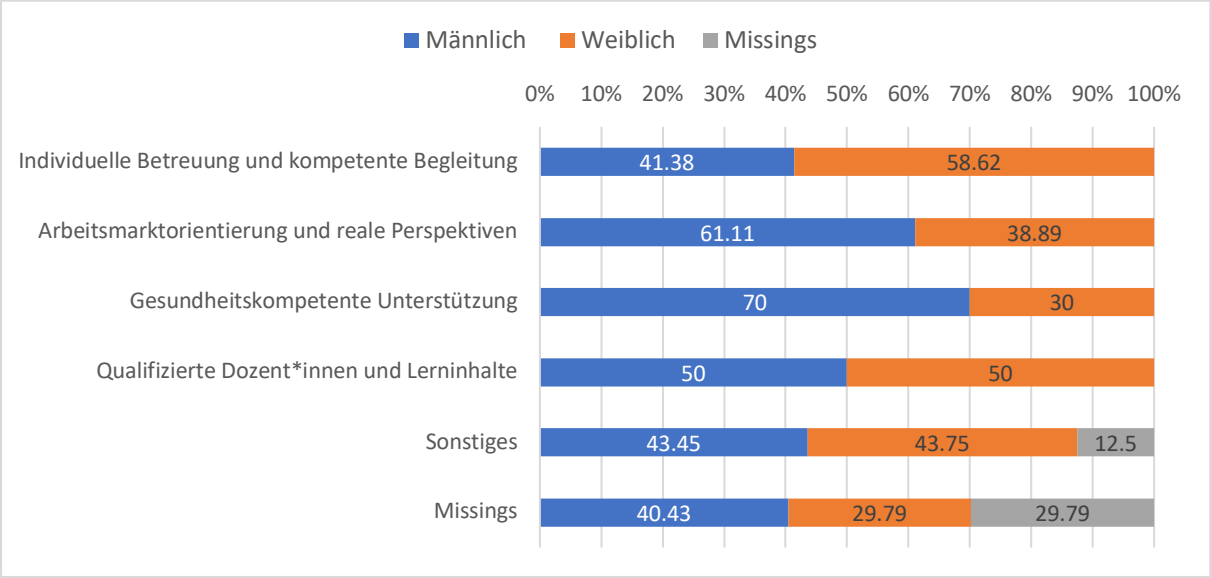
Tabelle 16: Verteilungen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“

Zukunftsfähige Aspekte	Absolut	%	Kum.
Individuelle Betreuung und kompetente Begleitung	29	22,66	22,66
Arbeitsmarktorientierte und reale Perspektiven	18	14,06	36,72
Gesundheitskompetente Unterstützung	10	7,81	44,53
Qualifizierte Dozent*innen und Lerninhalte	8	6,25	50,78
Sonstiges	16	12,50	63,28
Missings	47	36,72	100,00

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Betrachten wir die Geschlechterdifferenzen in Abbildung 40, so wird deutlich, dass eine individuelle Betreuung und kompetente Begleitung vor allem von Frauen als wichtig erachtet wird, während für Männer eher die gesundheitskompetente Unterstützung und die Qualität der Lerninhalte und -personen von Relevanz sind.

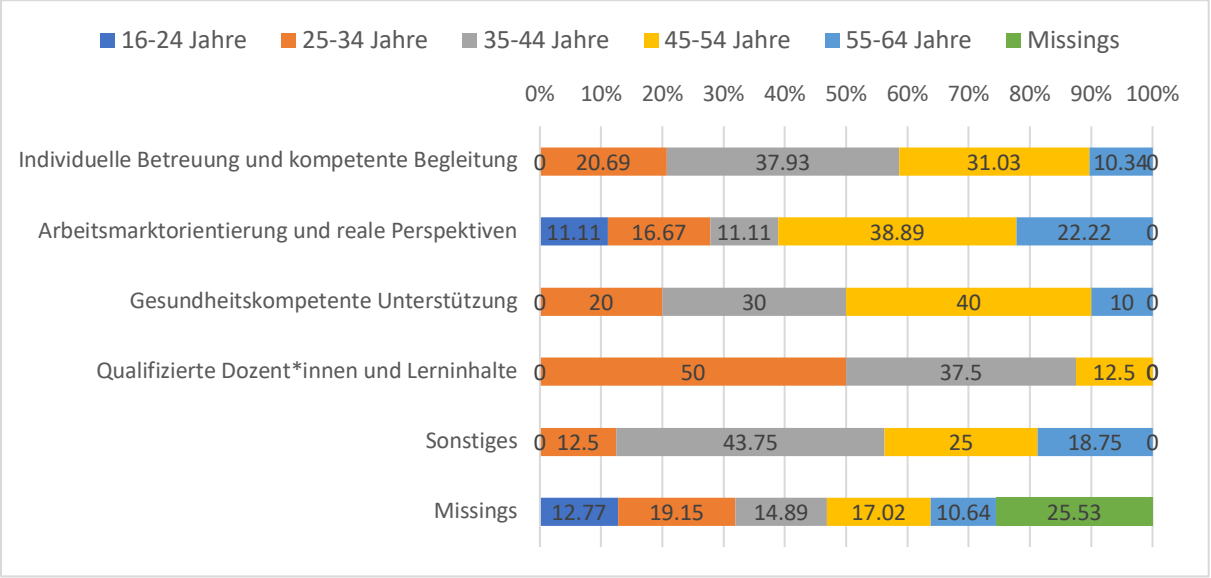
Abbildung 40: Geschlechterdifferenzen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Bei den Altersdifferenzen in Abbildung 41 zeigt sich, dass bei den Älteren eher eine Arbeitsmarktorientierung und die gesundheitskompetente Unterstützung zukünftig von Bedeutung sein wird, während jüngere eher qualifizierte Lehrinhalte und -personen als wichtig erachten.

Abbildung 41: Altersgruppendifferenzen der Kategorien „Zukunftsfähige Reha“ (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Haben Sie spezielle Wünsche oder Anforderungen an die Rahmenbedingungen?

Spezielle Wünsche und Anforderungen an die Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation sind als Kategorien in der folgenden Abbildung dargestellt:

Tabelle 17: Kategorien „Wünsche und Anforderungen“

Kategorien „Anforderungen/Wünsche“	Inhaltliche Themen
Digitale und/oder flexible Angebote und Formate	Wunsch nach digitalen Zugängen, Remote-Angeboten oder hybriden Modellen
Keine Anforderungen	Keine Wünsche, positive Rückmeldungen zu bestehenden Angeboten
Begleitung und/oder Ausstattung	Kompetente Begleitung, gut ausgestattete Einzelzimmer, ruhige Lernorte, Parkplätze, W-Lan, Essen
Barrierefreiheit und Inklusion	Barrierefreier Zugang, spezielle Rückzugsräume
Sonstiges	„Jobangebote“, „BFW Angebote sind nahezu identisch mit dem Programm der medizinischen Reha“, „Lokführer“ usw.

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Die Verteilungen sind in Tabelle 17 dargestellt: Digitale und flexible Angebote und Formate sind für 20 Prozent ein wünschenswerter Aspekt der Zukunft, während 14 Prozent Begleitung oder Ausstattung als wichtig erachten. 16 Prozent gaben demgegenüber an, keine Anforderungen oder Wünsche zu haben und 41 Prozent machten zu dieser Frage überhaupt keine Angaben, was darauf hindeutet, dass es ihnen schwergefallen ist, vor dem Eintritt in ein Berufsförderungswerk neue Aspekte und Anforderungen herauszustellen.

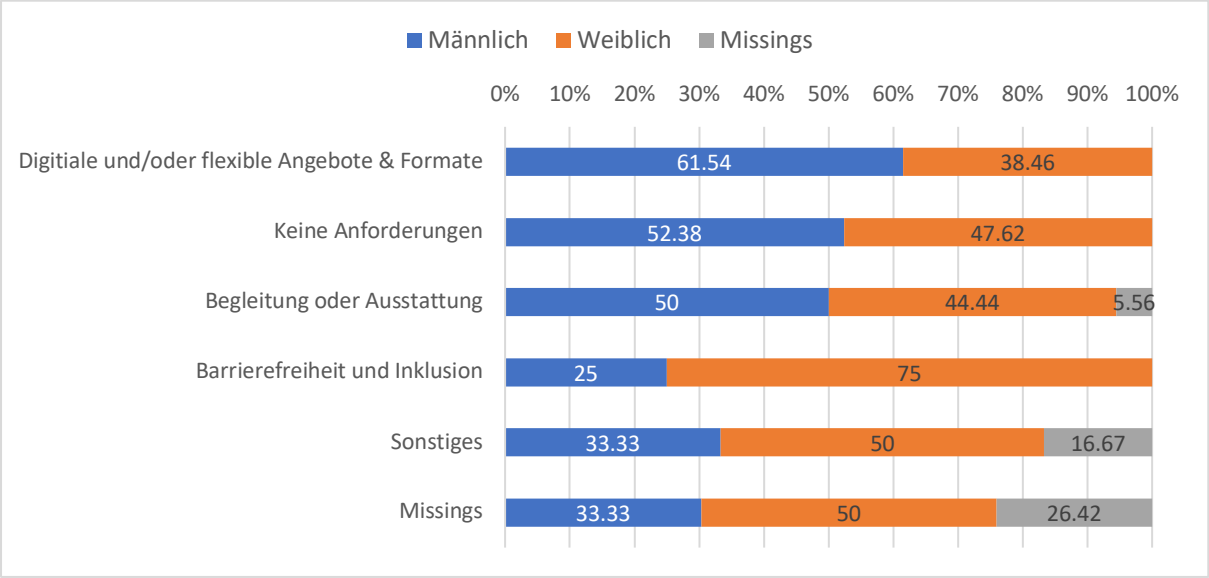
Tabelle 18: Verteilungen der Kategorien „Wünsche und Anforderungen“

Wünsche	Absolut	%	Kum.
Digitale und/oder flexible Angebote und Formate	26	20,31	20,31
Keine Anforderungen	21	16,41	36,72
Begleitung oder Ausstattung	18	14,06	50,78
Barrierefreiheit und Inklusion	4	3,13	53,91
Sonstiges	6	4,69	58,59
Missings	53	41,41	100,00

N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Geschlechterdifferenzen werden vor allem bei den Wünschen nach Digitalisierung und Flexibilisierung sowie Barrierefreiheit und Inklusion deutlich, wie aus Abbildung 42 ersichtlich wird: Während für Männer eher ersteres als Wunsch formuliert wird, erachten Frauen tendenziell eher zweiteres als wichtig.

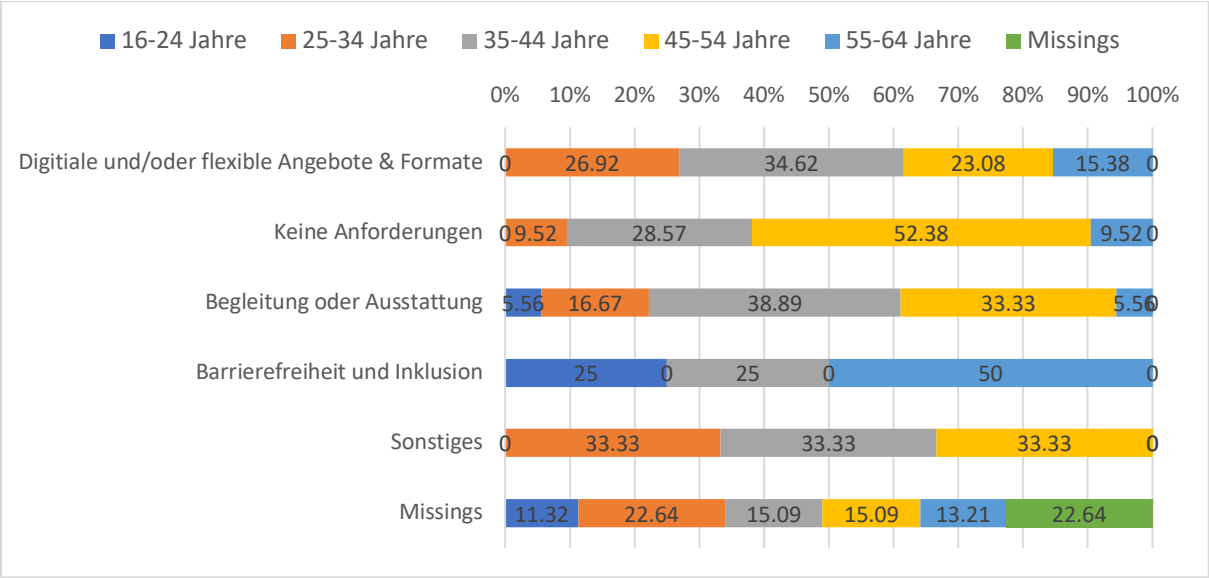
Abbildung 42: Geschlechterdifferenzen der Kategorien „Wünsche & Anforderungen“ (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

Altersunterschiede zeigen sich ebenfalls vor allem hinsichtlich des Themas Barrierefreiheit und Inklusion. Hier sind es vor allem jüngere und die älteren potenziellen Leistungsberechtigten, die diese Anforderung für wichtig erachten (Abbildung 43).

Abbildung 43: Altersgruppendifferenzen der Kategorien „Wünsche und Anforderungen“ (Angaben in Prozent)



N = 128; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes

7.3.2 Standardisierte Befragung aktueller Leistungsberechtigter

In Tabelle 19 sind die Verteilungen auf die Frage, wie die Leistungsberechtigten von den Angeboten der Berufsförderungswerke erfahren haben, dargestellt. Es wird deutlich, dass fast die Hälfte der Befragten von der Deutschen Rentenversicherung über die Angebote erfahren hat (46 Prozent), gefolgt von der Agentur für Arbeit mit fast einem Fünftel (19 Prozent). Dies entspricht exakt der Anzahl der Teilnehmenden, die über einen Reha-Fachberatenden aufgeklärt wurden. So gaben genau 74 Prozent der Befragten an, von einem Reha-Fachberatenden in die Maßnahme im Berufsförderungswerk vermittelt worden zu sein. Die Reha-Fachberatenden bleiben daher die zentralen Vermittlungsakteure in die Berufsförderungswerke.

Bemerkenswert ist außerdem, dass die Rehabilitationskliniken erst an dritter Stelle mit etwa 8 Prozent als Vermittlungsakteure genannt werden. Diese geringe Anzahl an Befragten spiegelt auch die Erfahrungen der Sozialdienstmitarbeitenden wider, die ebenfalls davon berichten, die Berufsförderungswerke als Akteure der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben noch nicht während der Zeit der medizinischen Rehabilitation einzuführen. Dies lässt den Schluss zu, dass die Bewerbung der Angebote in den Rehabilitationskliniken ein Potenzial bildet, das zukünftig ausgeschöpft werden kann und sollte. Vor allem angesichts der Verlagerung der Beratung zur beruflichen Rehabilitation von den Reha-Fachberatenden der Deutschen Rentenversicherung zu den Sozialdienstmitarbeitenden in den Reha-Kliniken erscheint auch hier wieder als neuralgischer Punkt, als Auseinanderklaffen zwischen Anspruch und empirischer Wirklichkeit, das zukünftig auch von den Berufsförderungswerken bearbeitet werden sollte.

Außerdem erfuhren nur 0,71 Prozent der befragten Rehabilitand*innen von den Angeboten im Berufsförderungswerk im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit. Wir interpretieren das als evidenten Hinweis darauf, dass dies auch aus der Unwissenheit und der fehlenden Aufklärung durch die Arbeitgebenden resultiert, was wir bereits in Arbeitspaket 2 der Prozessanalyse herausgearbeitet haben.

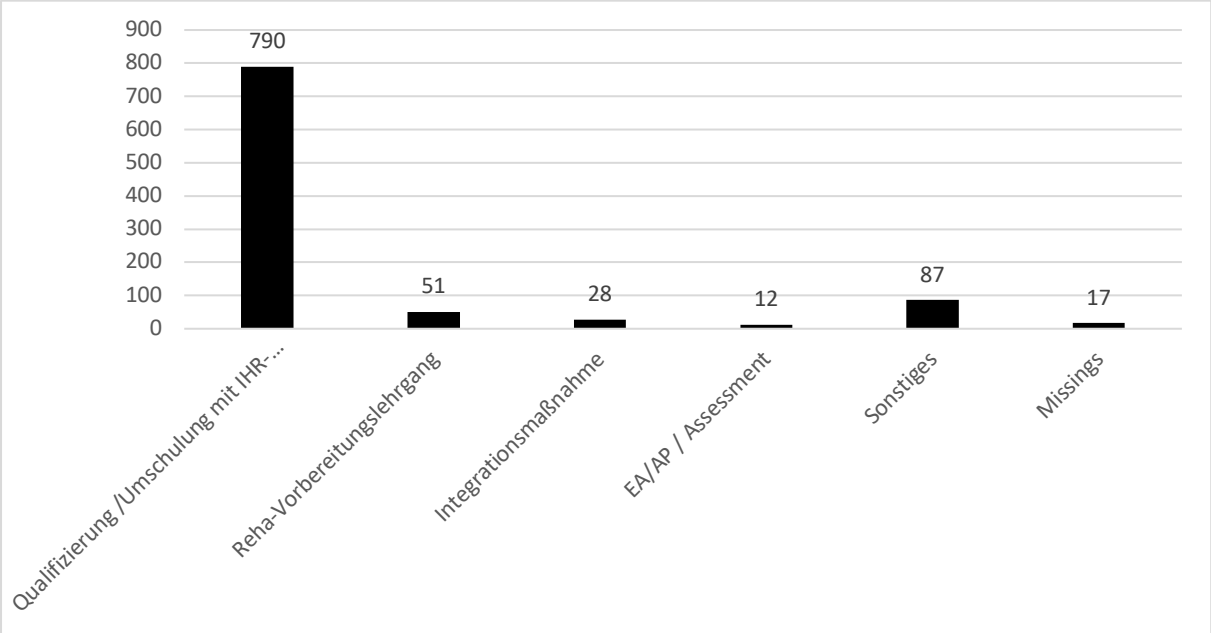
Tabelle 19: Verteilungen „Von Angeboten erfahren“

Von Angeboten im BFW erfahren	Absolut	%	Kum.
Deutsche Rentenversicherung	455	46,19	46,19
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	7	0,71	46,90
Agentur für Arbeit	191	19,39	66,29
Krankenkasse	3	0,30	66,60
Jobcenter	27	2,74	69,34
Reha-Klinik	82	8,32	77,66
Über einen Arzt/Ärztin außerhalb Reha-Klinik	18	1,83	79,49
Im Rahmen der Erwerbstätigkeit	7	0,71	80,20
Von Freunden und Bekannten	24	2,44	82,64
Selbstständige Recherche	65	6,60	89,24
Andere Rehabilitierte	30	3,05	92,28
Sonstige	63	6,40	98,68
Missings	13	1,32	100,00

N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

In welcher Maßnahme sich die Leistungsberechtigten zum Befragungszeitpunkt befanden, ist in Abbildung 44 dargestellt. Ein Großteil der Befragten war zu diesem Zeitpunkt in einer Qualifizierungsmaßnahme, was auch angesichts der Erhebungsstrategie im Rahmen des Unterrichts nicht überrascht. 790 von den 985 im Sample eingeschlossenen Leistungsberechtigten gaben an, sich in einer Qualifizierung zu befinden (80 Prozent). 51 befanden sich zum Zeitpunkt in einem Reha-Vorbereitungslehrgang, 28 in einer Integrationsmaßnahme, 12 im Assessment und 87 in einer sonstigen Maßnahme.

Abbildung 44: Maßnahmenintegration der Leistungsberechtigten zum Befragungszeitpunkt (absolute Zahlen)



N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Bereits im Rahmen der anderen Arbeitspakete tauchte immer wieder die Frage auf, welche Rolle die Internatsunterbringung in den Berufsförderungswerken spielt. Aus verschiedenen Perspektiven wurde berichtet, dass einerseits Leistungsberechtigte weniger Interesse an einer Internatsunterbringung hätten, andererseits jedoch diese Unterbringung aufgrund der Zunahme komplexer Problemlagen für die Stabilisierung der Leistungsberechtigten in der Relevanz steige.

Von den von uns Befragten gaben 56 Prozent an, in das Berufsförderungswerk zu pendeln. Die andere Hälfte gab an, im Internat untergebracht zu sein. Anhand unserer Querschnittsdaten lässt sich daher keine konkrete Tendenz ermitteln, inwiefern die Leistungsberechtigten eine Internatsunterbringung präfieren.

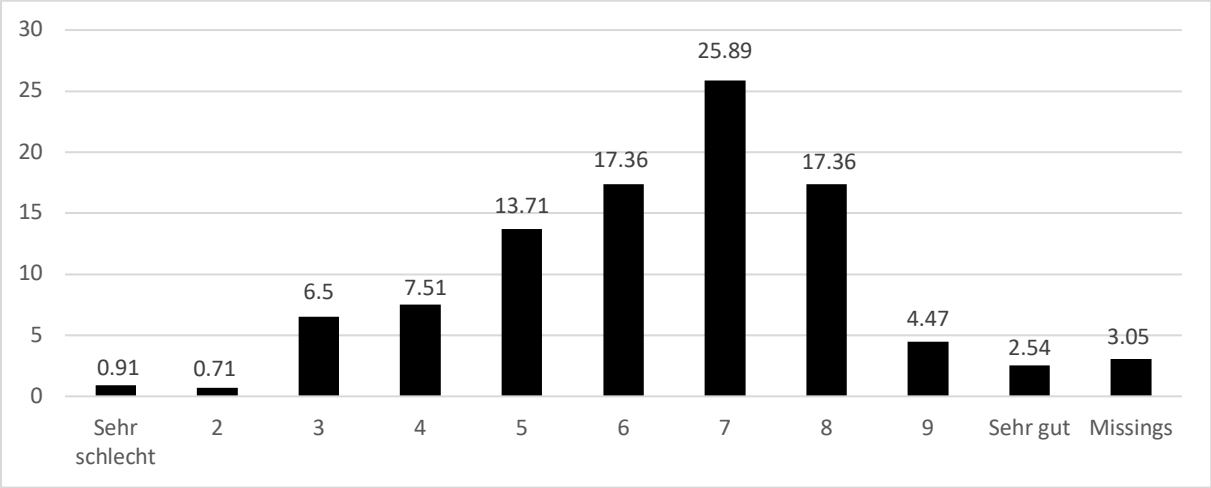
Betrachten wir die Zusammenhänge der Internatsunterbringung mit anderen Merkmalen, so ergibt sich das folgende Bild: Die Wahrscheinlichkeit zu pendeln, steigt signifikant bei Leistungsberechtigten die Pflegeverantwortung haben, weiblich sind, sich in einer Partnerschaft befinden. Wir interpretieren diese Befunde so, dass gerade der Aspekt der Reproduktionsarbeit einen zentralen Aspekt bildet, unabhängig vom Bedarf und dem eigenen Gesundheitszustand auf eine Internatsunterbringung zu verzichten.

Gesundheit und Zeitpunkt der beruflichen Rehabilitation

In einem zweiten Schritt betrachten wir die Einschätzungen zur subjektiven Gesundheit der Befragten sowie die Einschätzung, inwiefern die Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt (biografisch, familiär, gesundheitlich) begonnen wurde.

Die Einschätzungen der subjektiven Gesundheit der Leistungsberechtigten ist in Abbildung 45 dargestellt. Es wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der Befragten ihren eigenen Gesundheitszustand mit einer Tendenz zu gut einschätzen (67 Prozent > 5 Skalenpunkte). Betrachtet man eine gute Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands als grundlegende Voraussetzung für die berufliche Rehabilitation und deren Erfolg, so erfüllt ein Großteil der Befragten genau dieses Kriterium.

Abbildung 45: Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent)

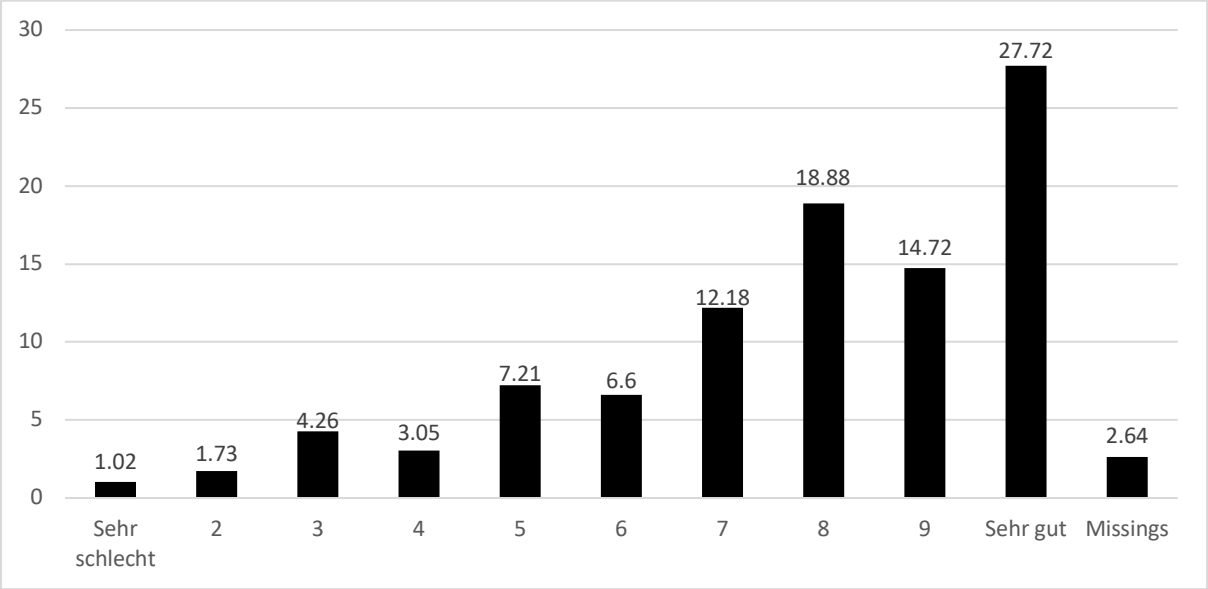


N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Darüber hinaus wurde abgefragt, ob die Leistungsberechtigten das Gefühl haben, dass die Maßnahme für sie zum richtigen Zeitpunkt begonnen hat. Diese Antwortverteilungen sind im Abbildung 46 dargestellt. 28 Prozent – und damit fast ein Drittel der befragten Leistungsberechtigten – hat das Gefühl, dass die Maßnahme für sie zum richtigen Zeitpunkt begonnen hat. Maximal kontrastiv schätzten nur 1 Prozent der Befragten den Zeitpunkt als sehr schlecht ein. Betrachtet man prozentual den Anteil der Leistungsberechtigten ab einem Skalenwert 7 aufwärts, so wird deutlich, dass für zwei Drittel (ca. 67 Prozent) der Befragten die berufliche Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk zum richtigen Zeitpunkt kam.

Zusätzlich dazu fragten wir ab, ob die Leistungsberechtigten ihrer Meinung nach zu lange auf die berufliche Rehabilitation warten mussten. Dieser Aspekt wurde vor allem von den befragten Sozialdienstmitarbeitenden als auch den befragten Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke immer wieder kritisch angemerkt. Es gaben nur 23 Prozent der Leistungsberechtigten an, zu lange nach ihrem Empfinden auf die berufliche Rehabilitation gewartet zu haben. Die Erfahrung der zu langen Wartezeiten zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation lässt sich somit aus der Perspektive der von uns befragten Leistungsberechtigten nicht aufrechterhalten.

Abbildung 46: Einschätzung „Maßnahme kam zum richtigen Zeitpunkt“ (Angaben in Prozent)



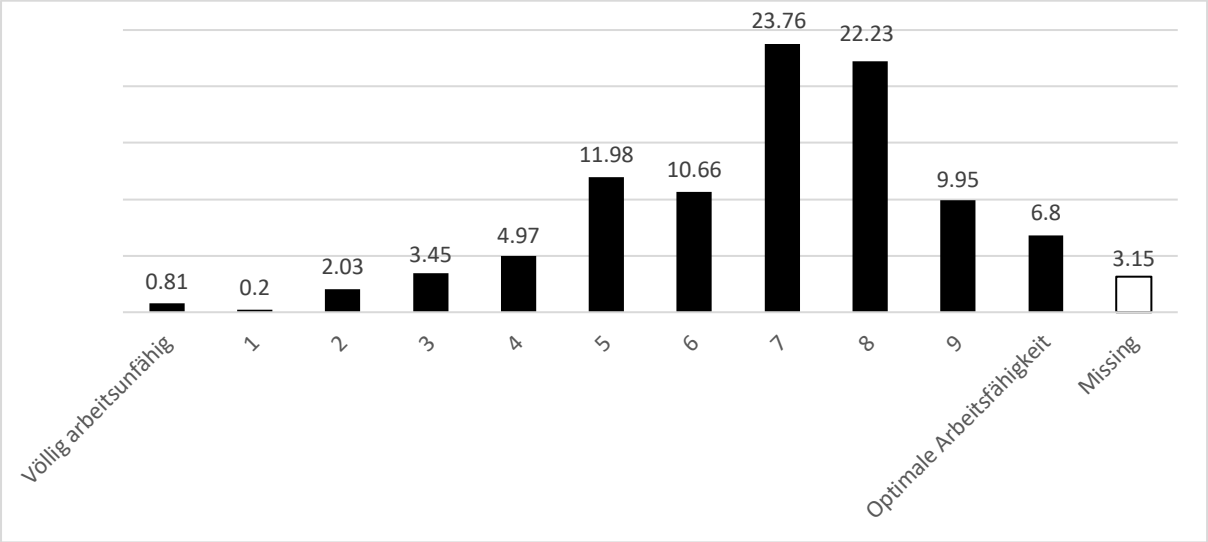
N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Arbeit und Leben

In einem dritten Schritt betrachten wir die Verteilungen der Merkmale zum Thema Arbeit und Leben. In Abbildung 47 sind die Verteilungen des Workability-Scores abgebildet. Dieser Wert ist eine Selbsteinschätzung darüber, wie hoch man subjektiv seine aktuelle Arbeitsfähigkeit einschätzt.

Es zeigt sich, dass ein Großteil der befragten Leistungsberechtigten ihre eigene Arbeitsfähigkeit im oberen Drittel einschätzt Ungefähr 63 Prozent der Leistungsberechtigten schätzten ihre aktuelle Arbeitsfähigkeit auf einem Skalenpunkt 7 von 10 oder höher ein. Wir interpretieren dies als weitere, dritte Voraussetzung für den Erfolg der beruflichen Rehabilitation.

Abbildung 47: Verteilungen des Workability-Scores der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent)



N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Darüber hinaus nutzten wir die Skala Arbeitsorientierungen, die auch in der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) seit den 1980ern genutzt wird, um zu erforschen, welche arbeitsbezogenen Haltungen sich empirisch aufzeigen lassen.

Aufgrund der Tatsache, dass die Skala bereits seit dieser Zeit in derselben Form umgesetzt wird, sich jedoch zugleich die Arbeitswelt in rasantem Tempo ändert und verändert hat, haben wir verschiedene neue Items in die Skala implementiert, um so ein sensibleres Bild der aktuellen Arbeitsorientierungen einfangen zu können. In Tabelle 20 ist die modifizierte Skala dargestellt. Die fett markierten Items bilden die neu implementierten Skalenmerkmale.[14]

Als Ergebnis konnten wir fünf Faktoren anhand des Datensatzes explorativ mittels des Verfahrens der Faktorenanalyse extrahieren. Klassischerweise wurden in anderen Studien (Schmidt 1983), mit derselben Skala drei Faktoren extrahiert, die auch wir hier herausarbeiten konnten. Dazu zählen erstens eine *sozialaltruistische Arbeitsorientierung* (F1), eine *subjektivierte Arbeitsorientierung* (F2) und eine *materiell-statusbezogene Arbeitsorientierung* (F3) (Ohlbrecht et al. 2025). Neben diesen konnten wir noch zwei weitere Arbeitsorientierungen herausarbeiten: zum einen die *achtsame Arbeitsorientierung* (F4) und zum anderen die *sicherheitsbezogene Arbeitsorientierung* (F5), die gerade angesichts der gesundheitsbezogenen Lage der Leistungsberechtigten, aber auch angesichts der zunehmend psychisch belastenden Arbeitswelt als bedeutend für die beruflichen Rehabilitation und deren Erfolg betrachtet werden können.

[14] Die Eignung der Daten für eine explorative Faktorenanalyse wurde überprüft. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) ergab einen Wert von 0,85, was als gut einzustufen ist. Der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ($\chi^2(136) = 5195.70$, $p < .001$), womit die Nullhypothese einer nichtinterkorrelierten Korrelationsmatrix zurückgewiesen wird. Die Korrelationsmatrix ist damit faktoranalytisch geeignet. Die Determinante der Korrelationsmatrix betrug 0.003, was oberhalb der kritischen Grenze von 0.00001 liegt und keine schwerwiegenden Multikollinearitätsprobleme anzeigt.

Tabelle 20: Explorative Faktorenanalyse der Berufswerte

	Faktorladungen					Kommunalität
Variable	**F1**	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	
Sichere Berufsstellung					0,78	0,68
Hohes Einkommen			0,75			0,68
Gute Aufstiegsmöglichkeiten			0,81			0,71
Ein Beruf der anerkannt und geachtet wird			0,58			0,50
Ein Beruf, der genug Freizeit lässt				0,59		0,56
Eine Tätigkeit, die mir Spaß macht		0,75				0,65
Nette Kollegen (ohne Konkurrenzdruck)		(0,45)		(0,40)		0,53
Aufgaben, die nicht zu anstrengend sind				0,86		0,76
Beruf, Vereinbarkeit Arbeit & Lebensbereiche		(0,47)		0,60		0,59
Eine interessante Tätigkeit		0,76				0,69
Eine Tätigkeit, bei der ich selbstständig arbeiten kann		0,61				0,55
Aufgaben, die viel Verantwortungsbewusstsein erfordern			0,63			0,70
Viel Kontakt zu anderen Menschen	0,75					0,64
Ein Beruf, bei dem ich anderen helfen kann	0,87					0,79
Ein Beruf, der für die Gesellschaft nützlich ist	0,81					0,73
Beruf, der mir das Gefühl gibt, was Sinnvolles zu tun	0,65					0,70
Sichere & gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen					0,58	0,53
Eigenwerte	5,05	2,24	1,63	1,05	1,02	

N = 884, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Erwartungen an und Erfahrungen mit den Leistungen in den Berufsförderungswerken

Im vierten Schritt verglichen wir die Erwartungen an und Erfahrungen mit den Leistungen der Berufsförderungswerke. Zuvor ein kurzer Blick auf die Teilnahme der Befragten: 22,13 Prozent absolvierten kein Assessment. 58,07 Prozent konnten darin ein berufliches Ziel entwickeln, 14,13 Prozent nicht. Von den Teilnehmenden setzten 89 Prozent ihr Ziel in der anschließenden Qualifizierung fort. 81 Prozent begannen das gewünschte Angebot im Berufsförderungswerk, 12 Prozent nicht. Das Assessment erweist sich somit als zentraler Orientierungspunkt im Rehabilitationsprozess, in dem die meisten Leistungsberechtigten ein berufliches Ziel entwickeln und weiterverfolgen.

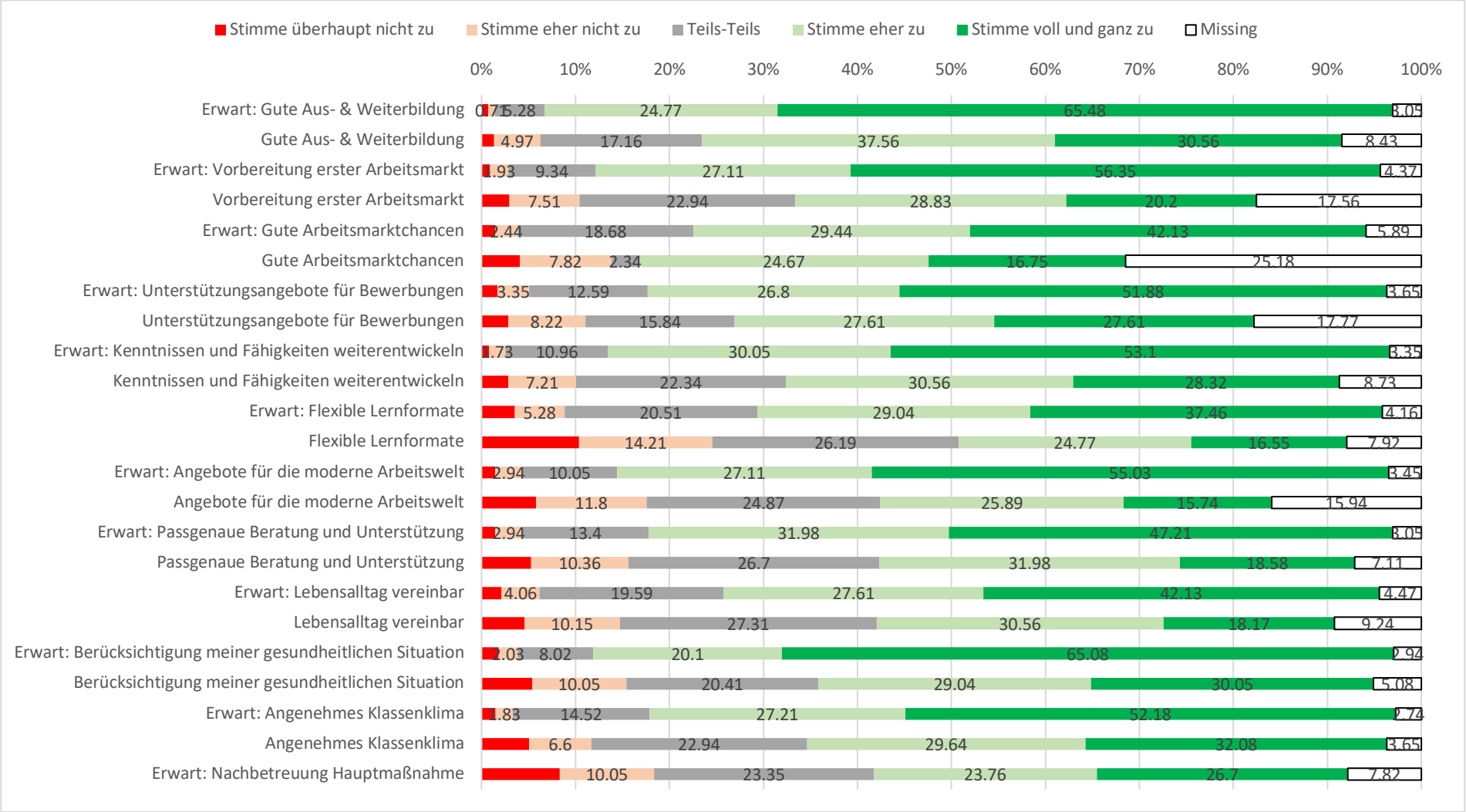
Für den Vergleich zwischen Erwartungen an und Erfahrungen mit den Leistungen der beruflichen Rehabilitation entwickelten wir verschiedene Items zu Erwartungen an die Leistungen im Berufsförderungswerk sowie Items, die daran anknüpften und die Erfahrungen im

Berufsförderungswerk abfragten. Dadurch war es möglich – trotz des Querschnittsdesigns – die Erwartungen und Erfahrungen zu kontrastieren. Dieser Vergleich ist in Abbildung 48 dargestellt.

Zu den prozentual am stärksten ausgeprägten Erwartungen zählen eine gute Aus- und Weiterbildung (90 Prozent Zustimmung), die Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation der Leistungsberechtigten (85 Prozent Zustimmung), dicht gefolgt von einer guten Vorbereitung auf den ersten Arbeitsmarkt (84 Prozent Zustimmung), Kenntnisse und Fähigkeiten weiterentwickeln (83 Prozent Zustimmung) und einem angenehmen Klassenklima (79 Prozent Zustimmung). Am stärksten sind damit die Erwartungen an die Qualität der Leistungen im Hinblick auf den Arbeitsmarkt, die Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation sowie das soziale Gefüge im Rahmen der Leistung.

Die geringsten Zustimmungen erhielten die Erwartung an flexible Lernformate (67 Prozent Zustimmung) und Nachbetreuung im Anschluss an die Hauptmaßnahme (50 Prozent Zustimmung). Die Möglichkeit von zeit- und ortflexiblen Lernformaten spielt damit dennoch für ungefähr zwei Drittel eine bedeutende Rolle und damit verbunden auch das Thema Digitalisierung. Dennoch – und das wird an der relativ geringen Ausprägung deutlich – ist das Thema Flexibilisierung der Lernformate keine einheitliche Kategorie, sondern umfasst verschiedene Bedarfe. Auf die Frage, würden Sie Ausbildungsinhalte gern (auch) zeitlich und örtlich flexibel – also zu einem Zeitpunkt und an einem Ort ihrer Wahl auf einer digitalen Lernplattform – bearbeiten, antworteten 70 Prozent mit ja, während 25 Prozent dies verneinten. Ausbildungsinhalte gern per Videokonferenz von einem Ausbilder oder einer Ausbilderin vermittelt bekommen, bejahten wiederum 48 Prozent und 45 Prozent verneinten dies. Das nur die Hälfte der Befragten eine Nachbetreuung an die Hauptmaßnahme erwarten, zeigt, dass auch hier unterschiedliche Bedarfe bestehen. Während ein Teil eine solche Leistung erwartet, ist der andere Teil dabei ambivalent. Dies hängt vermutlich auch mit den Bedarfen zusammen, die zum Befragungszeitpunkt vermutlich noch nicht gänzlich für die Befragten abschätzbar waren. Vergleichen wir die Erwartungen mit den Erfahrungen, so ergeben sich die folgenden Befunde: Erstens stiegen bei den Items zu den Arbeitsmarktchancen und -möglichkeiten die Fehlwerte stark an. Die hängt vermutlich damit zusammen, dass es den Leistungsberechtigten zum Zeitpunkt der Befragung schwerfiel, ihre späteren Perspektiven einzuschätzen. Zwischen Erwartungen und Erfahrungen bestehen durchaus Spannungszustände (siehe Abb. 48).

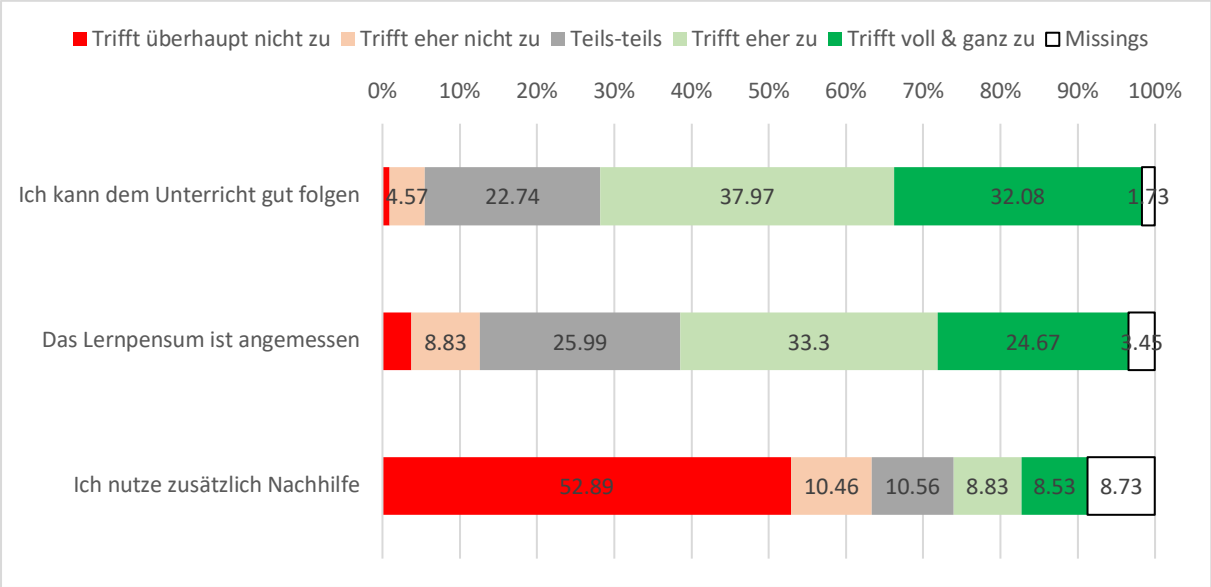
Abbildung 48: Erwartungen und Erfahrungen der Leistungsberechtigten (Angaben in Prozent)



N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Neben dem Abgleich der Erwartungen und Erfahrungen mit den Leistungen fragten wir darüber hinaus ab, wie die Befragten den Unterricht wahrnehmen (Abbildung 49). Mehr als zwei Drittel gaben an, dass sie dem Unterricht gut folgen können (70 Prozent) und etwas weniger, dass das Lernpensum angemessen ist (58 Prozent). Spiegelbildlich dazu verhalten sich die Antworten auf die Frage, inwiefern zusätzlich Nachhilfe genutzt wird: 63 Prozent verneinten die Nutzung von Nachhilfe und ein Fünftel bejahte dies (18 Prozent). Die Lernatmosphäre wird für einen Großteil der Leistungsberechtigten als angemessen und bewältigbar empfunden.

Abbildung 49: Erfahrungen mit dem Unterricht und dem Lernpensum (Angaben in Prozent)



N = 985, eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Explorative Faktorenanalyse der Orientierungen der beruflichen Rehabilitation im BFW

Anschließend haben wir mit der Erwartungs-Skala eine explorative Faktorenanalyse ähnlich wie bei den Arbeitsorientierungen durchgeführt, um die latenten Orientierungen im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation statistisch herauszuarbeiten. [15]

In Tabelle 21 ist das Ergebnis der explorativen Faktorenanalyse dargestellt: Die Datenstruktur ergibt eine zweifaktorielle Lösung. Der erste Faktor basiert vor allem auf Merkmalen, die die Ausbildung und deren Qualität sowie die daraus resultierenden Chancen umfassen. Wir nannten diese Erwartungshaltung *Ergebnis-Orientierung*. Der zweite Faktor lädt demgegenüber auf Merkmale, die eher den Prozess und das Erleben im Kontext der beruflichen Rehabilitation

[15] Zuerst prüften wir die Datenstruktur und Merkmale für ein solches Vorgehen. Die Eignung der Daten für eine Faktorenanalyse wurde überprüft. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) ergab einen Wert von 89,5, was als gut einzustufen ist. Der Bartlett-Test auf Sphärizität war signifikant ($\chi^2(45) = 3015.14$, $p < .001$), womit die Nullhypothese einer nichtinterkorrelierten Korrelationsmatrix zurückgewiesen wird. Die Korrelationsmatrix ist damit faktoranalytisch geeignet. Die Determinante der Korrelationsmatrix betrug 0.023, was oberhalb der kritischen Grenze von 0.00001 liegt und keine schwerwiegenden Multikollinearitätsprobleme anzeigt.

im Berufsförderungswerk fokussieren. Wir nannten diese Erwartungshaltung deshalb *Achtsamkeits-Orientierung*.

Tabelle 21: Explorative Faktorenanalyse mit den Erwartungen an die berufliche Rehabilitation

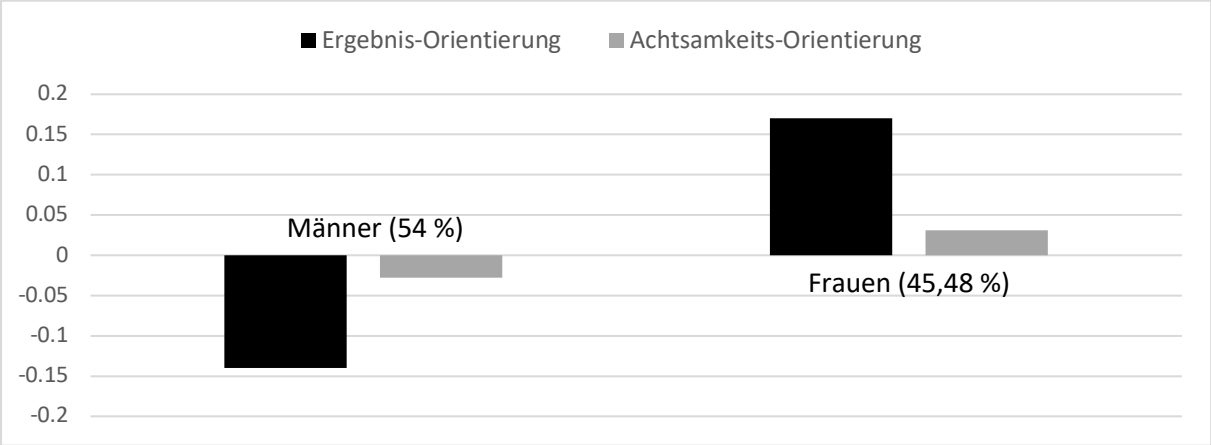
Variablen	Faktorladungen		Kommunalitäten
	F1	F2	
Ich erwarte im BFW eine gute Aus- und Weiterbildung	0,84		0,73
... im BFW eine gute Vorbereitung erster Arbeitsmarkt	0,86		0,75
Ich erwarte im BFW gute Arbeitsmarktchancen	0,74		0,59
... Beratung & Unterstützung bei Bewerb. & Vorstellungsgespräch	0,57		0,48
... Fähigkeiten und Kenntnisse weiterentwickeln	0,69		0,63
... im BFW flexible Lernformate		0,55	0,41
... Nachbetreuung nach abgeschlossener Hauptmaßnahme		0,72	0,53
... Angebote, die mit meinem Lebensalltag vereinbar sind		0,75	0,63
... eine Berücksichtigung meiner gesundheitlichen Situation		0,56	0,47
... ein angenehmes Klassenklima in den Gruppenangeboten		0,55	0,45
Eigenwerte	4,62	1,05	

N = 809; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Bivariate Analysen der Erwartungshaltungen

Im Anschluss betrachteten wir deskriptiv die durchschnittlichen Verteilungen der beiden Erwartungshaltungen der Leistungsberechtigten bivariat nach Geschlecht und Alter. Hier konnten wir erstens geschlechterspezifische Differenzen herausarbeiten. Im Vergleich zu Männern weisen Frauen insgesamt eine überdurchschnittlich höhere Erwartungshaltung beider Orientierungen auf. Sowohl die Ergebnis-Orientierung als auch die Achtsamkeits-Orientierung sind bei Frauen im Durchschnitt höher als bei den Männern trotz ungefähr gleicher Altersstruktur.

Abbildung 50: Geschlechterdifferenzen der Erwartungshaltungen (durchschnittlichen Faktorwerte)

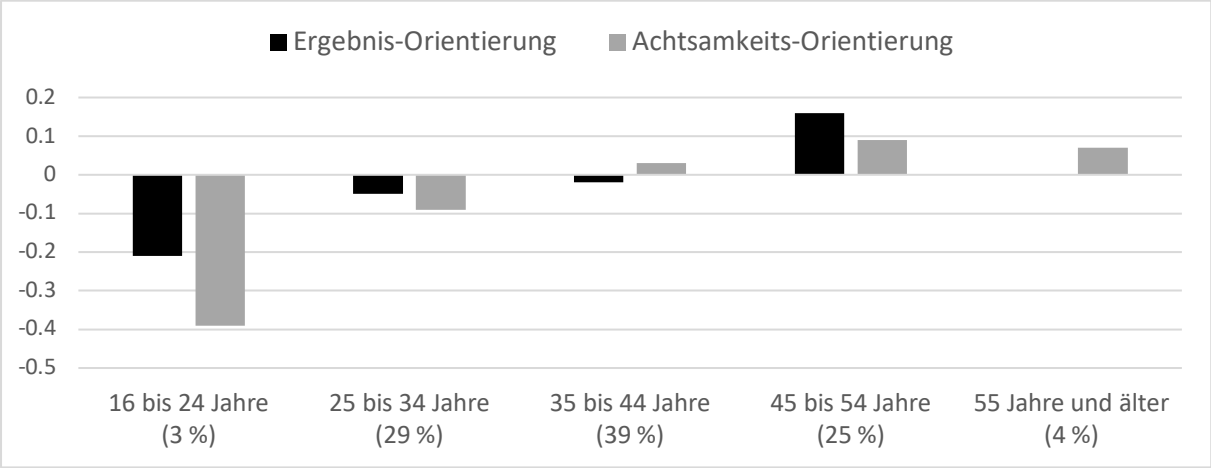


N = 809; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Betrachten wir die Differenzen nach den verschiedenen Altersgruppen in Abbildung 51, so wird deutlich, dass gerade die jüngeren Befragten eher eine allgemein geringe Erwartungshaltung an die berufliche Rehabilitation vorweisen. So zeigt sowohl die Gruppe der 16- bis 24-Jährigen als auch die der 25- bis 34-Jährigen jeweils unterdurchschnittliche Ausprägungen beider Orientierungen im Mittel.

Ab dem Alter 35 kehrt sich dieses Bild teilweise um: Die 35- bis 44-Jährigen zeigen zwar als relativ größte Gruppe im Sample noch eine leicht unterdurchschnittliche Ergebnis-Orientierung gleichzeitig aber auch eine leicht überdurchschnittliche Achtsamkeits-Orientierung. Bei den 45- bis 54-Jährigen wird eine stark überdurchschnittliche Ergebnis-Orientierung und eine ebenfalls überdurchschnittliche Achtsamkeits-Orientierung deutlich. Gerade diese Gruppe, die zu dem Kernklientel der Berufsförderungswerke gehört, zeigt somit Erwartungen in Richtungen Qualifizierung und dem prozessualen sozialen Gefüge. Beides bildet hier einen zentralen Aspekt der Erwartungshaltungen und stellt somit eine maßgebliche Voraussetzung für den Erfolg der Maßnahmen und der Bewertung der Berufsförderungswerke dar. Bei der Gruppe der Leistungsberechtigten, die 55 Jahre und älter sind, zeigt sich eine durchschnittliche Ergebnis-Orientierung und eine überdurchschnittliche Achtsamkeits-Orientierung. Die Älteren legen damit mehr Wert auf eine achtsames und an den Bedürfnissen orientiertes Miteinander als an eine starke Ergebnisorientierung.

Abbildung 51: Altersgruppendifferenzen der Erwartungshaltungen (durchschnittlichen Faktorwerte)



N = 809; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigte“

Multivariate Analysen

In einem fünften Schritt untersuchten wir multivariat die Zusammenhänge zwischen den beiden Erwartungshaltungen und den rekonstruierten Arbeitsorientierungen unter Kontrolle verschiedener soziodemografischer und gesundheitsbezogener Merkmale (Tabelle 22). Wir prüften hierfür zwei Hypothesen: Erstens nahmen wir an, dass mit einer starken materiell-statusbezogenen Arbeitsorientierung, auch die Ergebnis-Orientierung zunimmt (**H1**). Gleichzeitig und dem entsprechend nahmen wir darüber hinaus an, dass vor allem ältere Leistungsberechtigte, diese Haltung vorweisen (**H2**). Darüber hinaus nahmen wir an, dass sich die subjektbezogenen Arbeitsorientierungen, die den aktuellen Zeitgeist der Arbeitswelt widerspiegeln, positiv auf die Achtsamkeits-Orientierung auswirken (**H3**).

In Tabelle 22 sind die zwei Regressionsmodelle mit den Reha-Orientierungen als abhängige Variable dargestellt.[16] Wir sehen, dass die sozialaltruistische und subjektivierte Arbeitsorientierung einen signifikanten positiven Einfluss auf die Achtsamkeit-Orientierung hat. Die achtsame und sicherheitsbezogene Arbeitsorientierung wirkt sich ebenfalls signifikant und positiv auf beide Erwartungshaltungen aus, während die materiell-statusbezogenen keinen signifikanten Einfluss auf beide hat. Damit bestätigt sich unsere Hypothese, dass die subjektivierten Arbeitsorientierungen einen bedeutenden Einfluss auf die Erwartungen an die berufliche Rehabilitation haben. Wem in der Arbeitswelt ein starker Subjektbezug wichtig ist, dem ist dies auch unabhängig von Alter, Bildung, Geschlecht und Gesundheitszustand in der Reha wichtig. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass sich bei den gesundheitsbezogenen Arbeitsorientierungen keine eindeutige Differenz bei den Erwartungshaltungen herausstellen lässt. Wenn mit

[16] Wir haben hierfür die Merkmale, mit einer überdurchschnittlichen Faktorladung (>.5) zu je einem Mittelwert-Index kodiert. Vorab haben wir nochmals die interne Reliabilität mittels Cronbachs Alpha getestet. Für die Ergebnis-Orientierung lag der Wert bei 0,84, was auf eine gute Konsistenz des Index hindeutet. Für die Achtsamkeits-Orientierung lag der Wert bei 0,72, was auf ähnliche Eigenschaften hindeutet. Genauso sind wir auch mit den Arbeitsorientierungen verfahren. Die sozialaltruistische Arbeitsorientierung wies einen Cronbachs-Alpha-Wert von 0,82 auf, die subjektivierte von 0,69, materiell-statusbezogene von 0,70, die achtsame von 0,63 und die sicherheitsbezogene von 0,54.

Blick auf die Arbeitswelt die Gesundheit eine entscheidende Rolle spielt, so steigt sowohl die Ergebnis- als auch die Achtsamkeits-Orientierung. Darüber hinaus konnten wir die Hypothese nicht bestätigen, dass die klassische materiell-statusbezogene Arbeitsorientierung einen bedeutenden Einfluss auf die Ergebnis-Orientierung hat.

Neben dem Zusammenhang zwischen Arbeits- und Reha-Orientierungen konnten wir noch weitere relevante Kausalitäten feststellen: Das Alter scheint entgegen unserer Erwartungen keine bedeutende Rolle bei der Erwartungshaltung zu spielen, womit sich die Hypothese zwei nicht bestätigte. Deutlich wurde stattdessen, dass Frauen im Vergleich zu Männern in beiden Erwartungshaltungen signifikant positivere Wert vorweisen. Frauen sind damit unabhängig von den Arbeitsorientierungen, Alter und Gesundheitszustand stärker als Männer am Ergebnis der Leistungen sowie dem sozialen Gefüge innerhalb der Maßnahmen orientiert. Außerdem wurde deutlich, dass Leistungsberechtigte mit einem Hauptschulabschluss im Vergleich zu jenen mit mittlerer Reife eine stärkere Ergebnis-Orientierung zeigen. Gleichzeitig aber auch Leistungsberechtigte mit keinem beruflichen Abschluss im Vergleich zu Personen mit einer Berufsausbildung eine geringere Ergebnis-Orientierung vorweisen. Die Erfahrung einer in der Vergangenheit absolvierten Berufsausbildung ist anscheinend mit dem Wissen verbunden, dass eine Leistung im Berufsförderungswerk auch die Arbeitsmarktchancen erhöht, während Rehabilitand*innen, die eine solche Erfahrung in der Vergangenheit nicht gemacht haben, eher pessimistischer an die Maßnahmen herangehen. Abschließend ist hervorzuheben, dass Leistungsberechtigte, für die Erwerbsarbeit eine zentrale Rolle spielt, stärker ergebnisorientiert sind: Je wichtiger die Erwerbsarbeit, desto bedeutsamer wird das Ergebnis der beruflichen Rehabilitation für die Integration in die moderne Arbeitswelt.

Tabelle 22: OLS-Regressionsmodelle mit den Erwartungshaltungen als abhängige Variablen

Variablen	Ergebnis-Orientierung	Achtsamkeits-Orientierung
Geschlecht (Ref.: männlich)	0,11* (0,04)	0,12* (0,05)
Über 44 Jahre alt (Ref.: Unter 44 Jahre)	0,06 (0,06)	0,09 (0,06)
Partnerschaft (Ref.: Keine)	-0,08+ (0,04)	-0,05 (0,05)
Pflegeverantwortung (Ref.: Keine)	0,1+ (0,05)	0,06 (0,06)
Bildung (Ref.: Mittlere Reife)		
Keinen Abschluss	-0,46+ (0,25)	-0,24 (0,23)
Hauptschule	0,11* (0,06)	0,02 (0,06)
Polytechnische Oberschule	0,05 (0,15)	0,03 (0,18)
Abitur	0,11+ (0,06)	0,06 (0,06)
Sonstiger Abschluss	0,14 (0,12)	0,12 (0,17)
Berufsbildung (Ref.: Berufsausbildung)		
Keinen Abschluss	-0,15* (0,06)	-0,04 (0,07)
Meister, Techniker, Fachwirt	-0,06 (0,08)	-0,03 (0,09)
Fachhochschulabschluss	-0,01 (0,14)	-0,10 (0,16)
Hochschulabschluss	-0,27 (0,18)	-0,23 (0,18)
Sonstiger Abschluss	-0,07 (0,12)	0,10 (0,15)
Subjektive Gesundheit	0,02 (0,02)	0,02 (0,02)
Workability-Score	0,02 (0,01)	-0,02 (0,02)
Wichtigkeit: Erwerbsarbeit	0,04* (0,02)	0,01 (0,01)
Sozialaltruistische Arbeitsorientierung	0,00 (0,01)	0,04* (0,02)
Subjektivierte Arbeitsorientierung	0,04 (0,04)	0,08* (0,04)
Materiell-statusbezogene Arbeitsorientierung	-0,01 (0,02)	-0,02 (0,03)
Achtsame Arbeitsorientierung	0,08** (0,03)	0,14*** (0,03)
Sicherheitsbezogene Arbeitsorientierung	0,14** (0,04)	0,10* (0,04)
Konstante	2,12*** (0,22)	1,80*** (0,04)
N	835	837
Korrigiertes R^2	0,1295	0,1151

N = 839; eigene Berechnung anhand des selbsterhobenen Datensatzes „Leistungsberechtigt“

7.3.3 Qualitative Analyse aktueller Leistungsberechtigter

Über die quantifizierende Teiluntersuchung hinaus wurden Teilnehmende von Berufsförderungswerken *qualitativ* befragt. In zwei Focus Groups mit insgesamt 7 Teilnehmenden aus zwei Berufsförderungswerken sowie in 19 leitfadengestützten qualitativen Interviews mit Teilnehmenden aus 9 Berufsförderungswerken wurden die Erfahrungen von Teilnehmenden mit Berufsförderungswerken sowie ihre Erfahrungen in den Phasen vor der Einmündung ins Berufsförderungswerk fokussiert. Darüber hinaus wurden vier Interviews mit Personen betrachtet, die trotz einschlägiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit arbeitsbezogenen Auswirkungen nicht oder erst nach mehreren Jahren den Weg in die berufliche Rehabilitation eingeschlagen haben.

Die Teilnehmenden der Focus Groups wurden von den Berufsförderungswerken für die Teilnahme an der Datenerhebung gewonnen, beide Focus Groups fanden vor Ort in den jeweiligen Berufsförderungswerken statt. Ein Teil der interviewten Informanten wurde ebenfalls direkt von den beteiligten Berufsförderungswerken angesprochen, ein anderer Teil hat sich auf Informationsschreiben der Berufsförderungswerke hin selbstmotiviert für die Interviews gemeldet. Von den vier Interviews mit Leistungsberechtigten, die nicht oder erst sehr verspätet den Weg in die berufliche Rehabilitation gegangen sind, wurden zwei Interviews aus einem anderen Forschungskontext zur beruflichen Rehabilitation gewonnen und zwei Interviews neu für die Bedarfsanalyse erhoben.

In den Focus Groups und in den Interviews mit Teilnehmenden in Berufsförderungswerken sind Männer deutlich überrepräsentiert, es haben 18 Männer und 8 Frauen teilgenommen. Die Erhebung konnte einen breiten Alterskorridor der Teilnehmenden fokussieren. Es wurden ausschließlich Teilnehmende in Berufsförderungswerken befragt, die Gruppe der Interessierten an beruflicher Rehabilitation im Rahmen von Infotagen und anderen Informationssettings im Vorfeld einer beruflichen Rehabilitation in einem Berufsförderungswerk wurde nicht in die qualitative Interviewerhebung miteinbezogen.

Ergebnisse der qualitativen Befragung von Teilnehmenden (Focus Groups und leitfadengestützte Interviews:

Auffällig in der Analyse der Interviews ist die deutlich positive Bewertung des Aufenthaltes in den Berufsförderungswerken, sowohl hinsichtlich der Aufenthaltsqualität als auch hinsichtlich der insgesamt angebotenen bzw. der tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen der Berufsförderungswerke durch die befragten Teilnehmenden. Dieser Befund ist auf der einen Seite selbstverständlich vor dem Hintergrund zu bewerten, dass die Akquise der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner über die Berufsförderungswerke selbst erfolgte. Es wurde von uns auf der anderen Seite keinerlei Feedback zu den Gesprächsinhalten an die vermittelnden Berufsförderungswerke gegeben. Dies wurde den Gesprächsteilnehmenden vor den Interviews

und Focus Groups auch deutlich gemacht. Jeder Gesprächsteilnehmende konnte davon ausgehen, dass keinerlei individuelle Informationen aus den Gesprächen in personalisierter Form an ein Berufsförderungswerk (oder an eine andere Stelle) weitergegeben werden.

Folgende Aspekte wurden von den befragten Teilnehmenden kritisch bewertet:

Wie bereits an anderer Stelle der Abschlussberichte vorgestellt, zeigen sich die Informationsveranstaltungen der Berufsförderungswerke für interessierte Leistungsberechtigte (z.B. Infotage) überaus effektiv in der Ansprache von potenziellen Teilnehmenden. Der direkte Kontakt mit einem Berufsförderungswerk ist eine sehr gute Ausgangsbedingung dafür, dass die Leistungsberechtigten dann auch tatsächlich in ein Angebot des Berufsförderungswerkes einmünden. In den Informationsveranstaltungen wird ein attraktives Bild von den Leistungsangeboten der Berufsförderungswerke vermittelt und auch mit konkretisierbaren Zielen für die Interessierten verknüpft, woraus eine gute Motivationsgrundlage erwachsen kann. Das umfasst nicht nur die Qualifizierungsangebote im engeren Sinne, sondern insbesondere auch die flankierenden Angebote, die in dieser Form ein Markenzeichen der Berufsförderungswerke sind. Sind einzelne dieser Angebote dann während des Aufenthaltes faktisch nicht zugänglich, zeigt sich die erwartbare Enttäuschung bei den Leistungsberechtigten. Diese Kritik bezieht sich in aller Regel jedoch nicht auf zentrale Kernbereiche wie etwa die psychologische Unterstützung, sondern vor allem auf Nebenaspekte wie die Möglichkeit, einen Fitnessraum oder bestimmte Freizeitangebote im Internat zu nutzen.

Kritik an der konkreten Umsetzung des fachlichen Unterrichts werden vor allem mit Blick auf partielle oder zeitweise Mängel in der Organisation des fachlichen Unterrichts vorgebracht. Die Ausbildungsqualität wird weit überwiegend nicht in Frage gestellt, sondern positiv bewertet. Partielle personelle Engpässe beim Ausbildungspersonal können allerdings durchaus von den Teilnehmenden als Leerlauf wahrgenommen werden oder auch zu Überforderung bei der Umsetzung von länger andauernden Selbstlernphasen führen. Verschärft kann dieser Umstand bei besonders gut selbstorganisierten Teilnehmenden werden, wenn bei Personalengpässen die Anwesenheitspflicht in der Präsenzmaßnahme dazu führt, dass die Teilnehmenden in ungeplanten Phasen ohne Ausbildungspersonal den starren Ablauf von Zeit und Ort beibehalten müssen.

Weitere Aspekte aus der Befragung der Teilnehmenden in Berufsförderungswerken:

Die Kooperation von mehreren Berufsförderungswerken bei der Umsetzung von Qualifizierungsmodulen in digitalem Unterricht über Videokonferenzen mit dem Ausbildungspersonal eines anderen Berufsförderungswerkes wird von den Teilnehmenden als eine geeignete Möglichkeit neben dem dominierenden Präsenzunterricht angesehen. Dabei wird die

Präsenzpflicht beibehalten, die Teilnehmenden sind vor Ort in „ihrem“ Berufsförderungswerk, das Ausbildungspersonal des jeweils anderen Berufsförderungswerkes wird über Video in Echtzeit dazugeschaltet. So bleiben Interaktionen möglich.

Ein durchziehender Befund der Befragung ist die positive Haltung der Teilnehmenden an Qualifizierungsmaßnahmen zur grundsätzlichen Anwesenheitspflicht im Präsenzunterricht. Entgegen aktuellen Tendenzen in der Arbeitswelt im Zuge der Möglichkeiten der voranschreitenden Digitalisierung (inkl. der Gegenbewegungen bei einem Teil der Arbeitgebenden) und partiell auch im Widerspruch zu Befunden aus unserer quantitativen Teilnehmendenbefragung zeigt sich in der qualitativen Befragung, dass der Wunsch nach modernen digitalen Lehr- und Lernformaten, die insbesondere auch zeit- und ortsflexibles Lernen ermöglichen, keine Priorität bei den befragten Teilnehmenden hat. Zum einen musste im Interviewsetting dieses Thema durchgehend von den Interviewenden angesprochen werden. Der explizite Wunsch nach digitalen Lehr- und Lernformaten wurde von keinem der Befragten selbst prominent in das Interview eingebracht, lediglich in beschreibender Art wurden digitale Formate – wie etwa einrichtungsübergreifender digitaler Präsenzunterricht über Videokonferenzformate – von Teilnehmenden erwähnt und organisatorische Fragen dabei thematisiert. Zum anderen wurden von den Befragten die besonderen Vorteile des verpflichtenden Präsenzunterrichtes vor Ort in den Berufsförderungswerken hervorgehoben. Teilnehmende können sich dadurch in besonderer Weise motiviert sehen, weil der Präsenzunterricht die Sicherheit von Ablaufstrukturen und sozialen Kontakten garantiert. Teilnehmende motivieren sich untereinander, der damit verbunden soziale Druck wird tendenziell als positiv wahrgenommen, weil er die innere Selbstdisziplin, den eigenen Durchhaltewillen unterstützt. Die gewissenmaßen „geschlossene Welt“ der Berufsförderungswerke kann in diesem Sinne den Ausbildungserfolg unterstützen. Die in der qualitativen Befragung von Teilnehmenden zutage geförderte vergleichsweise schwach ausgeprägte Digitalisierungsaffinität hinsichtlich der Umsetzung der beruflichen Qualifizierungen deckt sich der Tendenz nach auch mit Erkenntnissen aus den Interviews mit Reha- und Integrationsmanagerinnen und -managern. Auch in der Akteursgruppe der RIM ist keine besondere Affinität zur Weiterentwicklung digitaler Qualifizierungsformate erkennbar, vielmehr werden ebenfalls die Zugkraft und die Verbindlichkeit persönlicher Begegnung betont. Dieser Gesamtbefund sollte jedoch nicht überstrapaziert werden. Die Auswertung der statistischen Erhebung bei den Teilnehmenden zeigt durchaus auch einen Wunsch nach modernen digitalen Lehr- und Lernformaten. Wird ein ausdifferenziertes didaktisches Konzept zugrunde gelegt, dann wird erwartbar ein relevanter Teil der Teilnehmenden die Vorteile orts- und zeitflexibler – begleitender – Qualifizierungsmodule zu schätzen lernen. Hier liegt aus unserer Sicht eine Chance für die Berufsförderungswerke, den Markenkern der hochwertigen Vollausbildung in Präsenz mit modernden digitalen Formaten zu verknüpfen, die für eine immer größer werdende Zielgruppe von potenziellen Teilnehmenden wichtig sind.

In der statistischen Auswertung der standardisierten Fragebogenerhebung bei den Interessierten an einer beruflichen Rehabilitation und bei den Teilnehmenden in den Berufsförderungswerken wurde bereits deutlich, dass ein relevanter Teil der beiden genannten Gruppen über eine selbständige Internetrecherche auf die Berufsförderungswerke aufmerksam geworden ist – bei der Suche nach geeigneten Leistungsanbietern sowie generell nach Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation und deren Voraussetzungen. Auch in der qualitativen Interviewbefragung hat sich gezeigt, dass ein Teil der Teilnehmenden sehr selbstorganisiert und aktiv den Weg in die Berufsförderungswerke gesucht und gefunden hat. Dabei spielten die Webauftritte der entsprechenden Berufsförderungswerke eine zentrale Rolle. Besonders positiv wurde hervorgehoben, wenn praxisnahe und hilfreiche Informationen sowohl zu den Möglichkeiten und Voraussetzungen der beruflichen Rehabilitation insgesamt als auch Informationen zu den konkreten Angeboten des betreffenden Berufsförderungswerkes verfügbar waren.

Ein interessanter Befund betrifft die Rolle und die Funktion der Reha- und Integrationsmanagerinnen und -managern aus der Perspektive der Teilnehmenden in Berufsförderungswerken. In den qualitativen Interviews wurde von den Befragten überwiegend die Bedeutung des Ausbildungspersonals für den eigenen Qualifizierungserfolg betont. Die RIMs wurden durchaus in ihrer Koordinationsfunktion und insbesondere als äußerst wichtige Unterstützung im Kontakt mit den Kostenträgern gewürdigt. Auch das Monitoring von Fehlstunden und die Möglichkeit, hier Ansprechpartner bei maßnahmebezogenen Zweifeln und Sorgen zu finden, wurde von den Befragten positiv bewertet. Oft musste die Rolle der RIM in den Interviews jedoch explizit nachgefragt werden, wohingehend die Rolle des Ausbildungspersonals präsenter zu sein scheint. Diese Beobachtung ist an sich nicht überraschend, da der Kontakt zum Ausbildungspersonal intensiver ist. Interessant wird dieser Befund vor allem vor dem Hintergrund der beobachteten starken Beanspruchung der RIM im Kontext von Personalengpässen und von Arbeitsverdichtung durch zunehmend komplexe Fallgestalten bei den Teilnehmenden. Die Frage ist, ob die Bindung der RIM als Fachkräfte durch eine verstärkte Sichtbarkeit ihrer Steuerungs- und Dokumentationsarbeit verstärkt werden könnte.

Die Bedeutung des psychologischen Dienstes wird von den Befragten unterschiedlich bewertet. Grundsätzlich abgelehnt wird dieses Angebot von keinem der interviewten Teilnehmenden, die individuelle Bedeutung der flankierenden psychologischen Unterstützung variiert erwartungsgemäß je nach der individuellen Belastungssituation. Es dominieren in der qualitativen Befragung die Stimmen, die sehr gern und regelmäßig auf diese Form der begleitenden Unterstützung zugreifen und einen relevanten Nutzen für sich daraus ziehen. Insgesamt kann festgehalten werden, dass dieses Angebot einen wichtigen Bereich der Gesamtangebotspalette der Berufsförderungswerke darstellt.

Ein positiver Befund und die daraus resultierende Verantwortung muss deutlich hervorgehoben werden: in der qualitativen Befragung von Teilnehmenden wird sichtbar, dass die

Berufsförderungswerke eine ganz zentrale Funktion im Aufbau einer konkreten beruflichen Neuorientierung von Leistungsberechtigten innehaben. Die vertiefenden Interviews zeigen auf, dass zwar in den Rehabilitationskliniken durchaus Fragen der beruflichen Reintegration thematisiert werden, jedoch weitgehend im Sinne theoretischer Möglichkeitsräume und grundsätzlicher Entwicklungschancen. Eine für die betreffenden Leistungsberechtigten greifbare Orientierung hin auf einen konkreten beruflichen Reintegrationsentwurf entsteht dann entweder im Kontakt mit den Kostenträgern – oder insbesondere im Kontakt mit den Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke. Hier sind zum einen die bereits häufiger angesprochenen Informationsveranstaltungen der Berufsförderungswerke und die individuellen Informationsgespräche mit Mitarbeitenden der Berufsförderungswerke zu nennen, aber dann auch die Einmündungsphase nach Beginn der jeweiligen Maßnahme. Damit ist natürlich nicht garantiert, dass sich alle Erwartungen der Teilnehmenden in der Qualifizierungsmaßnahme dann auch erfüllen – auf diesen Befund wurde bereits mehrfach hingewiesen. Vielmehr ist damit die permanente Herausforderung für die Berufsförderungswerke verbunden, die Auswahl geeigneter Qualifizierungsziele mit der immergleichen Sorgfalt und Umsicht zu unterstützen und ein realistisches Anspruchsniveau zugrunde zu legen.

Die Phase der Arbeits- und Berufserprobung wird von den Befragten positiv eingeschätzt. Unter den befragten Teilnehmenden zeigte sich eine große Bereitschaft, sich offen auf die in aller Regel ungewohnte Rolle als Assesssment-Teilnehmender einzulassen und die dort generierten Einschätzungen und Qualifizierungsvorschläge positiv zu würdigen. Auch bei Teilnehmenden, die mit einem konkreten Qualifizierungsziel in die Arbeits- und Berufserprobung gegangen sind, zeigten sich im Interview kaum Aspekte von Versagensdruck oder Überforderung hinsichtlich dieser Phase des Rehabilitationsprozesses.

Bemerkenswerterweise wird der Phase der Nachbetreuung nach Ende der Maßnahme in einem Berufsförderungswerk von den qualitativ befragten Teilnehmenden nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung zugeschrieben. Das Angebot der Unterstützung auch über das Qualifizierungsende hinaus wird zwar grundsätzlich geschätzt, es kommen in den qualitativen Interviews aber nur wenig konkrete Erwartungen an die Berufsförderungswerke zur Sprache, die sich auf die Zeit nach dem Verlassen des Berufsförderungswerkes beziehen. Die Befragten wünschen sich – und nicht nur nach Abschluss, sondern gerade auch in der letzten Qualifizierungsphase – insbesondere Unterstützung bei der Anbahnung von Kontakten zu potenziellen Arbeitgebenden, also im unmittelbaren Übergang von der letzten Phase der Qualifizierung in den Arbeitsmarkt.

7.4 Diskussion der Ergebnisse

Anhand der teilstandardisierten qualitativen Befragung konnten wir herausarbeiten, über welches Wissen potenzielle Leistungsberechtigte über die Berufsförderungswerke verfügen und welche Erwartungen sie an den Prozess und das Ergebnis der beruflichen Rehabilitation herantragen.

Es wurde deutlich, dass viele potenzielle Leistungsberechtigte über die Kostenträger zu den Leistungen und Möglichkeiten in den Berufsförderungswerken informiert werden. Demgegenüber findet ein direktes Informieren über die Berufsförderungswerke eher selten statt. Auffällig sind in diesem Zusammenhang auch alters- und geschlechtsbezogene Unterschiede: So werden jüngere potenzielle Leistungsberechtigte tendenziell eher über die Reha-Kliniken vermittelt und erhalten darüber hinaus, genauso wie Frauen, eher über ihr soziales Umfeld Informationen über die Leistungen der Berufsförderungswerke. Ältere dagegen nutzen stärker die Kostenträger und das Internet. Anhand der Befunde wird deutlich, wie wichtig verschiedene zielgruppenspezifische Kommunikationsstrategien für die Berufsförderungswerke sind, um ein möglichst breites Personenspektrum abzudecken.

Das wichtigste Motiv, eine Leistung im Berufsförderungswerk in Anspruch zu nehmen, ist für die potenziellen Leistungsberechtigten die berufliche Neuorientierung. Auf dem zweiten Platz folgt die Qualität der Leistungen der Berufsförderungswerke. Deutlich wurden auch hier alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. So ist für Männer die psychosoziale Unterstützung und die persönliche Entwicklung ein zentrales Kriterium im Berufsförderungswerk eine Leistung in Anspruch zu nehmen. Auch jüngere potenzielle Teilnehmende legen Wert auf persönliche Entwicklung, während die Älteren stärker praxis- und berufsorientiert auf die Leistungen blicken. Wir betrachten dies als Hinweis unterschiedlicher generationeller Orientierungen. Während ältere potenzielle Leistungsberechtigte sich eher an einer soliden und marktfähigen Berufsausbildung orientieren, legen jüngere mehr auf Wert auf sogenannte Soft-Skills, die in der Arbeitswelt ebenfalls an Bedeutung gewinnen.

Ein differenziertes Bild konnten wir auch hinsichtlich der Gründe für eine Teilnahme oder Nicht-Teilnahme einfangen. Fast ein Drittel der Befragten (28 Prozent) gaben an, keine Bedenken bezüglich einer Teilnahme an einer Maßnahme im Berufsförderungswerk zu haben. Zu den Hauptgründen einer Nicht-Teilnahme zählten die familiäre Entfernung, organisatorische Herausforderungen und gesundheitliche Einschränkungen. Geschlechtsspezifisch zeigte sich, dass Frauen insgesamt weniger Bedenken hegen. Jedoch äußerten sie häufiger Zweifel an der Qualität der Maßnahmen. Männer sahen häufiger gesundheitliche oder persönliche Einschränkungen als Hauptgrund keine Maßnahme in einem Berufsförderungswerk zu beginnen.

Hinsichtlich der Angebote der Berufsförderungswerke werden Qualifizierungen als wichtigste Leistungen seitens der potenziellen Leistungsberechtigten bewertet. Männliche Befragte zeigten hier eine deutliche Tendenz zu Qualifizierungsleistungen, während Frauen stärker die

Rahmenbedingungen und die Infrastruktur der Berufsförderungswerke als wichtig erachteten. Ausbildung und Bewerbungstrainings sind eher für jüngere Teilnehmende relevant, während ältere eher unterstützende und begleitende Maßnahmen als bedeutende Kriterien der Berufsförderungswerke bewerten.

Die Wünsche an die Rahmenbedingungen verdeutlichen den Bedarf nach digitalen und flexiblen Formaten, wobei 20 Prozent diese als wünschenswert erachteten und 41 Prozent keine Angaben machten, was auf Unsicherheit oder fehlende Vorstellungskraft in dieser Zielgruppe hindeutet. Männer priorisierten digitale Angebote, während Frauen Barrierefreiheit und Inklusion betonten. Jüngere und ältere potenzielle Leistungsberechtigte forderten ebenfalls eine stärkere Berücksichtigung von Inklusionsaspekten. Insgesamt zeigen die Ergebnisse ein hohes grundsätzliches Vertrauen in die Berufsförderungswerke, machen aber gleichzeitig strukturelle Schwächen in Kommunikation, Flexibilität und individueller Passung deutlich. Die Befunde legen nahe, dass die BFW künftig stärker als integrierte Lern- und Unterstützungsräume agieren sollten, ihre Sichtbarkeit und Zugänglichkeit erhöhen müssen und Angebote sowohl digital als auch sozial eingebettet gestalten sollten, um die unterschiedlichen Bedürfnisse von Geschlechtern, Altersgruppen und Lebenslagen angemessen zu adressieren.

Die Ergebnisse der standardisierten Befragung aktueller Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen ein differenziertes Bild der Wahrnehmung, Nutzungsmotive und Erwartungen an die Berufsförderungswerke. Hinsichtlich der Bekanntheit wird deutlich, dass die meisten potenziellen Leistungsberechtigten über institutionelle Kanäle wie Rentenversicherung, Jobcenter oder Berufsgenossenschaften auf die Berufsförderungswerke aufmerksam werden, während Reha-Kliniken ebenfalls eine Rolle spielen. Direkte Information durch die Berufsförderungswerke selbst erfolgt nur selten. Dabei informieren sich Männer häufiger über institutionelle Wege, Frauen hingegen über das soziale Umfeld. Altersbezogene Unterschiede zeigen, dass jüngere Erwachsene (16–34 Jahre) stärker auf Jobcenter, Reha-Kliniken und soziale Netzwerke angewiesen sind, während ältere potenzielle Leistungsberechtigte (ab 35 Jahren) häufiger über die Rentenversicherung oder Internet recherchieren. Dies weist auf die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Kommunikationsstrategien hin, um die Sichtbarkeit der Berufsförderungswerke zu erhöhen.

Als Hauptmotiv für die Teilnahme an einer Maßnahme wurde die berufliche Neuorientierung genannt, gefolgt von der wahrgenommenen Qualität der Berufsförderungswerke. Männer legten zudem besonderen Wert auf medizinisch-psychosoziale Unterstützung und persönliche Entwicklung, während jüngere Personen stärker die persönliche Entwicklung betonten und ältere vor allem berufliche Neuorientierung und praktische Aspekte gewichteten. Gründe gegen eine Teilnahme waren überwiegend struktureller Natur, etwa die Entfernung zur Familie oder bürokratische Hürden. Frauen äußerten insgesamt weniger Bedenken, haben jedoch häufiger Zweifel an der Qualität der Maßnahmen, während Männer gesundheitliche oder

persönliche Einschränkungen nannten. Altersbezogen kritisierten Jüngere eher die Qualität, mittlere Altersgruppen familiäre Entfernung und ältere potenzielle Leistungsberechtigte gesundheitliche Gründe.

Ein Großteil der befragten Leistungsberechtigten befand sich zum Befragungszeitpunkt in einer Qualifizierungsmaßnahme und etwa die Hälfte war im Internat unterbracht, während die andere pendelte. Zu den Pendler*innen zählten vorrangig Frauen, Leistungsberechtigte mit Pflegeverantwortung oder Leistungsberechtigte, die sich in einer Partnerschaft befinden.

Überwiegend gut wurde die subjektive Gesundheit von den Befragten selbst eingeschätzt und ein überwiegender Teil empfand auch, dass die Maßnahme zum richtigen Zeitpunkt im Berufsförderungswerk begonnen hat. Zu lange Wartezeiten wurden nur von einem geringen Teil beklagt. Neben der Selbsteinschätzung der Gesundheit war auch die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Tendenz hoch, was wir als gute Voraussetzungen des Erfolgs der beruflichen Rehabilitation interpretieren. Dies ist ein wichtiger Befund der ein Stück weit der von vielen beklagten Zunahme der komplexen Fälle widerspricht.

Der Vergleich von Erwartungen an die und die Erfahrungen mit den Berufsförderungswerke zeigt eine Diskrepanz, was als einen Hinweis auf potenzielle Enttäuschungen interpretierbar ist und weiteren Forschungsbedarf aufzeigt. Dagegen sind die Bewertungen des Unterrichts überwiegend positiv.

Darüber hinaus konnten wir zwei Erwartungshaltungen an die berufliche Rehabilitation bei den Leistungsberechtigten herausarbeiten: Erstens die Ergebnis-Orientierung. Diese Haltung legt besonderen Wert auf das Resultat der beruflichen Rehabilitation, also die Qualität der Qualifizierung sowie die Arbeitsmarktchancen. Davon unabhängig konnten wir zweitens die Achtsamkeits-Orientierung herausarbeiten, bei der vor allem der Prozess des Miteinanders im Berufsförderungswerk in den Fokus gerückt wird. Bei diesen Erwartungshaltungen konnten wir verschiedene geschlechter- als auch altersspezifische Differenzen herausarbeiten: Während Frauen überdurchschnittliche Werte in beiden Haltungen aufweisen, zeigen jüngere eher unterdurchschnittliche Werte in beiden Bereichen. Die Hauptzielgruppe der Berufsförderungswerke, die 45- bis 54-Jähringen zeigen dagegen sowohl eine überdurchschnittliche Ergebnis- sowie Achtsamkeits-Orientierung.

Mittels multivariater Regressionsanalysen konnten wir darüber hinaus zeigen, dass die Arbeitsorientierungen der Leistungsberechtigten die Erwartungshaltungen an die berufliche Rehabilitation signifikant beeinflussen. Somit spielen auch die Arbeits- und Lebenserfahrungen eine zentrale Rolle dabei, was die Leistungsberechtigtem im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erwarten und wie sie diese für sich nutzen.

In der qualitativen Befragung von Teilnehmenden in Berufsförderungswerken wurde die besondere Orientierungsfunktion der Berufsförderungswerke hinsichtlich der Ausbildung einer konkreten individuellen beruflichen Neuorientierung bzw. einer individuellen

Reintegrationsorientierung von Leistungsberechtigten deutlich. Die Berufsförderungswerke agieren hier in der Anbahnungs- sowie in der Einmündungsphase der Maßnahmen im Spannungsfeld zwischen Motivationsanreizen durch vielversprechende Qualifizierungs- und Integrationsperspektiven einerseits und einem Enttäuschungspotenzial aus unerfüllten bzw. unerfüllbaren Erwartungen anderseits.

In den Interviews mit den Teilnehmenden bestätigte sich der Befund aus der quantifizierenden Erhebung, dass es durchaus ein grundsätzliches Interesse eines Teils der Teilnehmenden an digitalen Lehr- und Lernformaten gibt. Jedoch zeigte sich auch deutlich, dass zeit- und ortsflexibles Lernen keine Priorität für die Befragten hat, sondern vielmehr die soziale Verbindlichkeit der Präsenzformate als förderlich für den eigenen Durchhaltewillen eingeschätzt wird. Zusammengenommen lässt sich ableiten, dass die *Ergänzung* der bestehenden Präsenzformate um moderne digitale Lehr- und Lernformate auf der Grundlage eines ausdifferenzierten didaktischen Konzeptes für die Breite der aktuellen und der künftigen Zielgruppen ein attraktives Angebot darstellen wird.

Literatur

Ahlers, E. & V. Quispe Villalobos, 2022: Fachkräftemangel in Deutschland? - Befunden der WSI-Betriebs- und Personalrätebefragung 2021/22 76.

Bacher, J., 2008: Clusteranalyse. Anwendungsorientierte Einführung. München: Oldenbourg R.

Backhaus, K., B. Erichson, R. Weiber & W. Plinke, 2016: Clusteranalyse. S. 453–516 in: K. Backhaus, B. Erichson, W. Plinke & R. Weiber (Hrsg.), Multivariate Analysemethoden. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Blasius, J. & A. Schmitz, 2013: Sozialraum- und Habituskonstruktion Die Korrespondenzanalyse in Pierre Bourdieus Forschungsprogramm. S. 201–218 in: A. Lenger, C. Schneickert & F. Schumacher (Hrsg.), Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Bohnsack, R., 2021: Praxeologische Wissenssoziologie. ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung 22: 87–105.

Burzlaff, C., o. J.: Berufliche Rehabilitation in Zeiten multipler Herausforderungen: Exemplarische Statusanalyse anhand der Situation von Berufsförderungswerken in Deutschland.

Burzlaff, C., 2022: Berufliche Rehabilitation in Zeiten multipler Herausforderungen: Exemplarische Statusanalyse anhand der Situation von Berufsförderungswerken in Deutschland.

Buschmann-Steinhage, R., 2016: Reha-Ziele und Arbeitsleben. Die Rehabilitation 55: 141–142.

DBSH, 2012: Heidelberger Erklärung. Berufspolitische Positionen des DBSH. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlooGb6oOMAxWJVPEDHcw1IqoQFnoECBoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.dbsh.de%2Fmedia%2Fdbsh-www%2Fdownloads%2FHeidelberger_24.10.2012_Druckfreigabe3.pdf&usg=AOvVaw2yWiWy63NGpXPGAHJo762f&opi=89978449 (12.3.2025).

Deutsche Rentenversicherung, 2023: Soziale Arbeit in der medzinischen Rehabilitation. Praxisempfehlung für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0jr7iju6LAxUzBNsEHf5lIcEQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.deutsche-rentenversicherung.de%2FSharedDocs%2FDownloads%2FDE%2FExperten%2Finfos_reha_einrichtungen%2Fkonzepte_systemfragen%2Fkonzepte%2FPraxisempfehlungen_Soziale_Arbeit.pdf%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D3&usg=AOvVaw0VCmjN-3PlyyURDDP7GMAu&opi=89978449 (3.3.2025).

Diaz-Bone, R., 2019: Statistik für Soziologen. München, Tübingen: UVK Verlag; Narr Francke Attempto Verlag GmbH & Co. KG.

DRV Bund: Reha-Beratungsdienst der DRV Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Traeger/Bund/reha_berater.html (21.8.2025).

Dunkel, W. & M. Weihrich, 2018: Arbeit als Interaktion. S. 201–230 in: F. Böhle, G.G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Durkheim, É., 1992: Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Eysel, I., 2012: Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und berufsbezogenen Rehabilitationsleistungen – Ergebnisse einer Verlaufsbeobachtung.

Friemelt, G. & J. Ritter, 2012: Welche Hilfen benötigen Betriebe und Unternehmen beim Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter--Was kann die Rentenversicherung tun? Die Rehabilitation 51: 24–30.

Gard, G. & A. Larrson, 2006: How can cooperation between rehabilitation professionals in rehabilitation planning be improved? A qualitative study from the employer's perspective. Work 26: 191–196.

Grundke, S., J. Behrens, K. Parthier, M. Schubert, K. Fiala, W. Mau & A. Klement, 2013: Rehabilitationszugangs- und Schnittstellenoptimierung in der ambulanten Versorgung. Prävention und Rehabilitation 25: 43–51.

Hanses, A., 2011: Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. S. 64–80 in: R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hesse, B., J. Heuer & E. Gebauer, 2008: Rehabilitation aus der Sicht kleiner und mittlerer Unternehmen: Wissen, Wertschätzung und Kooperationsmöglichkeiten - Ergebnisse des KoRB-Projektes. Die Rehabilitation 47: 324–333.

KAPS, P. & F. OSCHMIANSKY, 2023: Digitalisierung in der Bundesagentur für Arbeit. Entwicklung und aktueller Stand. WSI-Mitteilungen 76: 93–102.

Knoop, T., S. Dettmers & T. Meyer, 2019: Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. Die Rehabilitation 58: 89–95.

Kranert, H.-W-, Stein, R., Warmuth, M., 2022: Dropout in der Beruflichen Rehabilitation.

Kruse, J., 2015: Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Meschnig, A., S. Bartel & E. von Kardorff, 2015: Individuelle und kontextbezogene Ursachen von Abbrüchen beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen. Die Rehabilitation 54: 184–189.

Moldaschl, M., 2018: Organisierung und Organisation von Arbeit. S. 359–400 in: F. Böhle, G.G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), Handbuch Arbeitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Neumann, M., Werner, D., 2012: Berufliche Rehabilitation behinderter Jugendlicher.

Nivorozhkin, A., 2019: Overcoming barriers: Effects of entering vocational rehabilitation on labour market outcomes. International Journal of Social Welfare 28: 260–270.

Ohlbrecht, H., 2013: Soziale Gesetzmäßigkeiten rekonstruieren zur Forschungsstrategie der objektiven Hermeneutik In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online - Weinheim: Beltz-Juventa, 2009, Bd. 0.2013,, S. 1-25, Weinheim: Juventa

Ohlbrecht, H., C. Grobys, B. Lange & J. Anacker, 2025: Arbeitsorientierungen in der spätmodernen Arbeitswelt. Arbeit 34: 63–86.

Rauch, A. & N. Reims, 2024: Berufliche Rehabilitation in Zeiten der Covid-19-Pandemie. Die Rehabilitation 63: 282–288.

Reims, N., 2021: Return to Work of Sick-Listed People After Vocational Rehabilitation in Germany. S. 73–87 in: T. Johansen & W. H. Dittrich (Hrsg.), Occupational Health and Rehabilitation. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Reims, N., A. Rauch & A. Nivorozhkin, 2023: Herausforderungen und Anpassungsstrategien von Leistungserbringern in der beruflichen Rehabilitation – Eine gemischt-methodische Analyse. Die Rehabilitation 62: 207–215.

Reims, N., Rauch, A., Tophoven, S., Jahn, K., Neumann, K., Nivorozhkin, A., Baatz, A., Reinold, L., & Dony, E., 2020: Perspektive der Leistungserbringer – Modul 4 des Projekts „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Berlin.

Schmidt, P., 1983: Messung von Arbeitsorientierungen: Theoretische Fundierung und Test alternativer kausaler Meßmodelle. Analyse & Kritik 5: 115–153.

Schmidt, R., 2023: Taylorismus. S. 352–356 in: R. Bohn, H. Hirsch-Kreinsen, S. Pfeiffer & M. Will-Zocholl (Hrsg.), Lexikon der Arbeits- und Industriesoziologie. Baden-Baden: Nomos.

Strauss, A.L. & J.M. Corbin, 1996: Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz PsychologieVerlagsUnion.

Wengemuth, E., L. Kleist, L. Kühn & K.-E.A. Choi, 2025: Challenges in the transition between medical and vocational rehabilitation: a qualitative focus group study with service providers in Germany. BMC health services research 25: 184.