

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens

**Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung:
Wer bekommt sie, wer nicht?**

**Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)

für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Michael Schubert

geboren am 05.01.1979 in Leipzig

Gutachter: Prof. Dr. Johann Behrens

Prof. Dr. Wilfried Mau

Prof. Dr. Wolfgang Seyd

06.04.2010 Eröffnungsdatum des Promotionsverfahrens

30.11.2010 Datum der Verteidigung

Referat

Zielsetzung: Für die Personengruppe gesundheitlich beeinträchtigt Menschen, die Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II empfangen (umgangssprachlich „Hartz IV-Empfänger“), werden sowohl die institutionellen Strukturen der Arbeitsverwaltungen hinsichtlich des Zugangs zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen analysiert als auch die in diesen Strukturen ablaufenden Arbeits- und Entscheidungsprozesse herausgearbeitet. Dies geschieht spezifisch für den Bereich Wiedereingliederung bei Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit.

Methode: Da die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltungen die Leistungsprozesse strukturieren und bestimmen, wurden im Rahmen einer qualitativen Studie bundesweit 32 leitfadengestützte Interviews mit Experten der Sozialverwaltung in 22 Kommunen mittels Fallvignetten durchgeführt.

Ergebnisse: Ein Drittel der SGB II-Leistungsberechtigter ist gesundheitlich beeinträchtigt. Beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestehen – durch (sozialrechtlich) diversifizierte angelegte Zuständigkeiten – für die Betroffenen komplexe institutionelle Betreuungsstrukturen, an denen zwei Institutionen (Arbeitsagentur, SGB II-Träger) und mindestens drei Akteure (Vermittler/Fallmanager, Ärztlicher Dienst, Rehabilitationsberater) mitwirken. In der institutionellen Praxis der Arbeit mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im SGB II-Leistungsbezug steht die schnelle und weniger die dauerhafte Re-Integration ins Arbeitsleben im Vordergrund (SGB II-versus SGB IX-Zielrichtung). Im Betreuungsprozess haben berufsbezogene Aspekte oftmals einen höheren Stellenwert als gesundheitliche, deren arbeitsmedizinische Prüfung (mittels ärztlichem Gutachten) häufig erst im Kontext einer angezweifelten Erwerbsfähigkeit erfolgt. Die Praxis der Leistungsbewilligung kann (vereinfacht) durch folgende Eckpunkte charakterisiert werden: a) Die Wirtschaftlichkeit ist bei der Auswahl der für die Erwerbsintegration notwendigen Leistungen besonders relevant. b) Bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen werden seitens der institutionellen Akteure sowohl (spezifische) Teilhabeleistungen als auch allgemeine Integrationsleistungen des SGB II eingesetzt und c) Kürzere, arbeitsmarktnahe Leistungen zur Teilhabe werden seitens der Leistungsträger präferiert. Darüber hinaus wird die Bereitschaft rehabilitationsbedürftiger Personen zur Teilnahme an umfangreicheren Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation dadurch negativ beeinflusst, dass Rehabilitanden (und ihre Bedarfsgemeinschaften) für die gesamte Dauer der Bildungsmaßnahme auf Grundsicherung („Hartz IV“) angewiesen sind.

Schlussfolgerungen: Die Untersuchung liefert wesentliche Erklärungen der Zugangsprozesse gesundheitlich beeinträchtigter Personen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Entwicklung der Zugangszahlen zu diesen Leistungen. Für eine umfassendere Bewertung dieser Prozesse und der damit verbundenen Bewilligungspraxis ist es allerdings erforderlich, diese aus der Sicht der Betroffenen durch vergleichende Verlaufsstudien zur Arbeitsmarktwirksamkeit der unterschiedlichen Leistungen hinsichtlich der Verwirklichung des angestrebten gesellschaftlichen Ziels der dauerhaften Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben zu untersuchen.

Bibliografische Beschreibung

Schubert, Michael: Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben in Deutschland	4
2.1	Terminologische Vorbemerkung	4
2.2	Zur Partizipation von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung am Erwerbsleben	5
2.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des SGB IX	8
2.3.1	Zielbestimmung und Leistungskatalog	8
2.3.2	Stellenwert beruflicher Bildungsleistungen im Kanon der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	9
2.3.3	Rehabilitationsträger	11
2.4	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung	12
2.4.1	Das SGB II: Definition des Personenkreises und Ziel des Gesetzes	12
2.4.2	Leistungen für gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher im SGB II	14
2.4.3	Zuständigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die erwerbsfähig hilfebedürftig sind, beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	18
2.5	Entwicklungstendenzen in der beruflichen Rehabilitation	18
3	Zielstellung	23
4	Material und Methodik	25
4.1	Experteninterviews als spezifische Methode	25
4.2	Auswahl der Befragungspersonen	26
4.3	Interviewleitfaden- und Fallvignettenentwicklung	26
4.4	Stichprobe	29
4.5	Interviewdurchführung	30
4.6	Auswertungsmethodik: qualitative Inhaltsanalyse	31
4.7	Tätigkeits- und Ausbildungsspektrum der Interviewpartner	31

5	Ergebnisse	33
5.1	Zur Klientenstruktur in den Institutionen der Arbeitsverwaltung	34
5.2	Betreuungsstrukturen für gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher	34
5.3	Handlungsmuster und Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten SGB II-Leistungsbeziehern im Blick auf den Zugang zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen	36
5.4	Maßnahmeauswahlprozesse und -angebote für gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher	41
5.5	Berücksichtigung der Klientenperspektive von Rehabilitanden	46
5.6	Zur Definition des Rehabilitationserfolgs	47
5.7	Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den SGB II-Trägern und den Agenturen für Arbeit beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	48
5.8	Institutionelle Einflussfaktoren auf den Leistungszugang zu beruflicher Rehabilitation	51
5.9	Individuelle Einflussfaktoren der Betroffenen auf den Zugang zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation	53
6	Diskussion	56
6.1	Zur Wirkung sozialrechtlicher Normen auf den Zugang zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen	56
6.2	Betreuungsstrukturen und Interaktionsprozesse	57
6.3	Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsförderungsmaßnahmen und berufliche Rehabilitation	60
7	Schlussfolgerungen	65
7.1	Ansätze zur Weiterentwicklung der Zugangsprozesse	65
7.2	Kritische Betrachtung der Arbeit und weitergehende Forschungsperspektiven	68
	Literaturverzeichnis	71
	Thesen	77

Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsagentur
ALG I	Arbeitslosengeld I
ALG II	Arbeitslosengeld II
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (zwischen Bundesagentur für Arbeit und SGB II-Träger)
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
Reha-Berater	Rehabilitationsberater (der Bundesagentur für Arbeit)
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II-Träger	Institutionen, die für die Erbringung von Leistungen nach SGB II zuständig sind, dazu zählen: Arbeitsgemeinschaften, zugelassene kommunale Träger und getrennte Trägerschaften

1 Einleitung

Erwerbsfähige Menschen mit Behinderung sind von der Ausgestaltung der Arbeits- und Sozialpolitik und von gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen in besonderem Maße betroffen. Aufgrund der häufig behinderungsbedingt erschwerten Partizipation an gesellschaftlichen Funktionsbezügen (im Sinne von Luhmann [1-4]) ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft eine wichtige sozialpolitische und gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) kodifiziert ist. Ein zentrales Element der Inklusion ist die Partizipation am Erwerbsleben. Folgerichtig stellen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein wichtiges Instrument dar, durch welches – wenn notwendig – Menschen mit Behinderung bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem Arbeitsmarkt durch spezifische Hilfen unterstützt und gefördert werden sollen.

Menschen mit Behinderung, aber ohne reguläre Beschäftigung bedürfen dieser Leistungen oftmals besonders, da dieser Personenkreis als gesundheitsbezogene Hochrisikogruppe verstanden werden kann [5] und es nicht „nur“ um die Sicherung bestehender Erwerbsintegration geht, sondern zusätzlich auch die Überwindung der Zutrittsschwelle zum Arbeitsmarkt zu erreichen ist. Mit Einführung des SGB II („Grundsicherung für Arbeitssuchende“) zum 1.1.2005 haben behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, die als erwerbsfähig hilfebedürftig gelten¹, Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dies ist von besonderer Relevanz, da viele Menschen mit Behinderungen – auch aufgrund einer geringeren Erwerbsbeteiligung im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung – in den Geltungsbereich des SGB II fallen [7].

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung bewegen sich – anders als andere rehabilitative Maßnahmen – im „Spannungsfeld von Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik“ [8: 196], wobei es im Kern um die Sicherung bzw. Realisierung der Partizipation am Erwerbsleben (Arbeitsmarktpolitik) von Rehabilitanden (Gesundheitspolitik) mittels spezifischer Leistungen (oftmals: Bildungspolitik) geht. Dies bedeutet, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Kontext von Entwicklungen des Arbeitsmarktes sowie in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik zu verorten sind.

Mit den sogenannten Hartz-Gesetzen I–IV wurden in den Jahren 2003 bis 2005 wesentliche Strukturreformen des Arbeitsmarktes durch aktive, gestaltende Arbeitsmarktpolitik umgesetzt [9]. Während die Gesetze Hartz I–III im Wesentlichen auf die Reform der Organisationsstruktur und von Leistungen der Bundesagentur für Arbeit, also auf die aktive Arbeitsmarktpolitik, beschränkt blieben, wurde mit dem vierten Hartz-Gesetz der Handlungsraum des Arbeitsmarktes deutlich

¹ Als „erwerbsfähig hilfebedürftig“ gelten alle Personen, die Leistungen nach SGB II beziehen (alternativ: SGB II-Leistungsbezieher). Der Personenkreis wird umgangssprachlich auch als „Hartz IV-Empfänger“ bezeichnet. Wenngleich rechtswissenschaftlich argumentiert wird, dass bereits die Leistungsberechtigung gegenüber dem SGB II-Träger und nicht der Leistungsbezug von Grundsicherung oder Eingliederungsleistungen als anspruchswirksam für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gelten kann, machen die zu erfüllenden Kriterien einer „Hilfebedürftigkeit“ (vgl. Kap. 2.4.1) einen SGB II-Leistungsbezug zur materiellen Existenzsicherung faktisch notwendig [6].

überschritten [10]². Kernbestandteil dieses Gesetzes war die Einführung des SGB II, welches insbesondere die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitssuchende regelt. Zentral ist dabei, dass alle Leistungsbezieher nach SGB II per Definition als „erwerbsfähig hilfebedürftig“ gelten. Die Hartz-Reform IV ist mit 6,7 Millionen direkt betroffenen Menschen die größte Sozialrechtsreform der Nachkriegsgeschichte [12-15].

Diese grundlegend veränderten politischen Rahmenbedingungen sind Ausdruck genereller sozialstaatlicher Reformnotwendigkeiten [16]. Mit dem Systemumbruch 1989/1990 brach in den neuen Bundesländern weitgehend die vormals häufige Übernahme sozialpolitischer Aufgaben durch die Betriebe weg, was gesellschaftlich durch Ausweitung und Ausdifferenzierung von Aufgaben und Leistungen des sozialen Sektors zu kompensieren versucht wurde. Zudem zeichneten sich bereits (spätestens) seit den 1980-er Jahren in den alten Bundesländern Erosionsprozesse innerhalb der festgefühten sozialpolitischen Strukturen ab, die neben der zunehmenden Externalisierung bislang betriebszentrierter sozialpolitischer Maßnahmen auch die Finanzierungsgrundlage der sozialen Sicherungssysteme erreichten (u. a. durch steigende und sich verfestigende Arbeitslosigkeit, stetige Zunahme an Personen, die (dauerhaft) auf Hilfen zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) angewiesen waren, sinkende Geburtenrate). Akzeleriert durch die Finanzierung eines Teils der enormen Kosten der deutschen Wiedervereinigung über die Sozialversicherungssysteme, führten diese Entwicklungen zur inhaltlichen wie finanziellen Überforderung des sozialen Sektors, die häufig als „Krise des Sozialstaats“ etikettiert wird [17].

Im Kontext dieser Entwicklungen, die nicht nur verkürzt als „Preis der Einheit“ [18] verstanden werden können, sind Selbst-Rationalisierungsversuche des sozialen Sektors zu verorten, zu denen neben der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe³ im Rahmen des SGB II auch die Heraufsetzung des Rentenalters, die stärkere Betonung des Subsidiaritätsprinzips staatlicher Sozialpolitik, die Verkürzung der Bezugsdauer des beitragsfinanzierten Arbeitslosengeldes I für ältere Personen, die Vereinbarkeit der Pflege von Angehörigen mit eigener Erwerbstätigkeit sowie die Evidenzbasierung der medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Interventionen zu zählen sind [16].

Neben diesen Selbst-Rationalisierungsversuchen als Antwort auf die skizzierte gesellschaftliche Entwicklung können die Sozialgesetzbücher IX im Jahre 2001 und II im Jahre 2005 auch als spezifische Reaktion auf parallele Kontextfaktoren dieser Entwicklung, speziell auf die zunehmende Bedeutung

² Die Gesetze Hartz I und II, in Kraft getreten am 1.1.2003, beinhalten insbesondere Regelungen zur Einrichtung von Personal-Service-Agenturen, die die Arbeitsämter in ihrem Vermittlungsauftrag unterstützen sollten, Regelungen zur Leih- bzw. Zeitarbeit, zur Förderung von geringfügiger Beschäftigung durch sog. Mini- und Midijobs und von Selbstständigkeit aus der Arbeitslosigkeit (sogenannte Ich-AG) sowie die Verschärfung von Regeln über die Zumutbarkeit angebotener Arbeit. Mit dem dritten Hartz-Gesetz (Hartz III), in Kraft getreten am 1.1.2004, wurde im Rahmen einer umfassenden Strukturreform der Arbeitsverwaltung die „Bundesanstalt für Arbeit“ zur „Bundesagentur für Arbeit“ umgestaltet [9; 11].

³ Faktisch wurden die sozialen Leistungen für anspruchsberechtigte (Langzeit-)Arbeitslose durch diesen Schritt nicht nur deutlich reformiert, sondern auch reduziert. Die Höhe der laufenden Unterhaltsleistungen des Arbeitslosengeldes II (ALG II) wurde auf Grundsicherungs- (also Sozialhilfe-)Niveau – bei gleichzeitigem Wegfall der Arbeitslosenhilfe – festgeschrieben. Zudem schließt sich in der Regel bereits nach 12 Monaten des Arbeitslosengeld I-Bezuges, welches am vorherigen Erwerbseinkommen orientiert ist, die steuerfinanzierte Grundsicherungsleistung ALG II an [14].

chronischer Erkrankungen sowie auf die Folgen der enormen Verstärkung der seit der Industrialisierung beginnenden Globalisierung von Produktion und Dienstleistungen, verstanden werden.

Bisherige Forschungsarbeiten im Themenfeld der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung zielen insbesondere in zwei – sich zum Teil überschneidende – Erkenntnisrichtungen: Zum einen stehen Fragen der inhaltlichen Ausgestaltung und Weiterentwicklung erwerbsbezogener Teilhabeleistungen im Zentrum der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Auseinandersetzung. Hierzu zählen neben Fragen des Assessments vor allem auch Reflexionen von Entwicklungen des Arbeitsmarktes für die inhaltliche Weiterentwicklung beruflicher Bildungsangebote für Menschen mit Behinderung [u. a. 19; 20-22]. Als zentral kann hierbei aktuell die konzeptionelle Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitationsleistungen im Rahmen von „rehafutur“ und das „neue Reha-Modell“ der Berufsförderungswerke gelten [23-24].

Zum anderen stehen Fragen des Erfolges und der Effektivität dieser Leistungen im wissenschaftlichen Erkenntnisinteresse. Hierzu zählen insbesondere Arbeiten zur Analyse von Maßnahmeabbrüchen sowie zu Prädiktoren der beruflichen Wiedereingliederung von behinderten Menschen und der erfolgreichen Maßnahmeteilnahme [u. a. 21; 25; 26-31].

Diese Arbeit setzt an einem dritten Komplex an, der sowohl Auswirkung auf die inhaltliche Leistungsgestaltung als auch den Erfolg von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen hat: an der Ausgestaltung der institutionellen Zugangsprozesse zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben seitens der Leistungsträger und deren Determinanten. Denn die Steuerung des Leistungszugangs wirkt sich über die persönlichen, beruflichen, sozialen und gesundheitlichen Voraussetzungen der Teilnehmer sowohl auf Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung als auch auf die Erfolgswahrscheinlichkeit von erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen aus. Anders gesagt: Verändert sich der über die Leistungsträger zugewiesene Personenkreis, verändern sich auch die Rahmenbedingungen für die Leistungsanbieter.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher erstmalig mit *Strukturen und Prozessen des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen*. Der theoretische Teil bearbeitet zunächst die Teilhabe am Arbeitsleben gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in Deutschland und diskutiert dabei Daten zur Partizipation dieser Personengruppe am Erwerbsleben und relevante sozialrechtliche Rahmenbedingungen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie auch aktuelle Entwicklungstendenzen im Bereich beruflicher Rehabilitationsleistungen. Im Hauptteil der Arbeit werden – im Anschluss an die Darstellung von Zielstellung, Material und Methodik – die Ergebnisse einer bundesweiten qualitativen Befragung von Akteuren der Arbeitsverwaltungen präsentiert und vor dem Hintergrund der theoretischen Befunde diskutiert. Abschließend werden Ansätze zur Weiterentwicklung der Zugangsprozesse zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen und weitergehende Forschungsperspektiven dargelegt.

2 Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Arbeitsleben in Deutschland

2.1 Terminologische Vorbemerkung

Gesundheitsbezogene Einschränkungen werden abhängig vom spezifischen Kontext und wissenschaftlichen Erklärungsansatz unterschiedlich beschrieben, beurteilt und bezeichnet, was eine terminologische Klärung notwendig macht.

Unter einer „*Behinderung*“ wird unter Bezug auf die ICF⁴ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) keine individuelle Kategorie, sondern ein soziales Phänomen verstanden, das erst aus dem Zusammenwirken von personen- und umweltbezogenen Faktoren entsteht. Eine Behinderung liegt dann vor, wenn aus einer gesundheitlichen Störung bzw. Schädigung eine Beeinträchtigung (Funktionsdefizit) körperlicher Funktionen, geistiger Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit resultiert, die im Zusammenwirken mit Kontextfaktoren zu einer Teilhabebeeinträchtigung mit Auswirkungen in einem oder mehreren Lebensbereichen führt. Ein gesundheitliches Problem schränkt dabei die Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens ein und stellt somit eine Barriere der gesellschaftlichen Partizipation dar (ICF, [32]).

Der *sozialrechtliche Behinderungsbegriff* (§2 Abs. 1 SGB IX) ist an die Konzeptualisierung der ICF angelehnt und definiert, dass Menschen als „behindert“ gelten, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, wodurch ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist [33-36]. Definitorisch enger gefasst ist der Personenkreis der schwerbehinderten Menschen im Sinne des zweiten Teils des SGB IX, mit einem – amtlich festgestellten – Grad der Behinderung von 50 oder mehr (§2 Abs. 2 SGB IX)⁵.

Das Begriffsverständnis von „*gesundheitlicher Beeinträchtigung*“⁶, wie es auch in dieser Arbeit verwendet wird, geht von einer breiter gefassten Personengruppe mit gesundheitlicher „Grundproblematik“ aus. Die Personengruppe umfasst sowohl Personen mit anerkannter Behinderung als auch von Behinderung bedrohte Menschen. Im Kontext dieser Arbeit sind insbesondere Gesundheitsproblematiken mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit, die Ausübung einer Erwerbstätigkeit und die Möglichkeit der Vermittlung in Arbeit relevant. Hierbei ist die Diskrepanz zwischen den individuellen kognitiven, körperlichen und psychischen Fähigkeiten einerseits und arbeitsmarkt-, berufs- und arbeitsplatzspezifischen Anforderungen andererseits entscheidend [10; 39].

⁴ ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health

⁵ Zum Personenkreis der schwerbehinderten Menschen gleichgestellten Personen und zum Feststellungsverfahren vgl. §68f. SGB IX. Die offizielle Statistik des Statistischen Bundesamtes erfasst – mangels praktikabler alternativer Messinstrumente – unter „behinderten Menschen“ nur Personen mit einem anerkannten Grad der Behinderung [37-38].

⁶ Alternativ: gesundheitliche Einschränkung

Für Fragen des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe ist zweierlei wesentlich:

- Nicht jede gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben schlägt sich in einem anerkannten Grad der Behinderung nieder. Andererseits muss eine anerkannte Schwerbehinderung nicht zwangsläufig eine erwerbsbezogene Beeinträchtigung darstellen [40-43]⁷. Die Beschränkung auf Personen mit anerkannter Behinderung wäre somit Ausdruck einer verkürzten Problemsicht.
- Mit der Terminologie „gesundheitsliche Beeinträchtigung“ bleibt zunächst offen, inwieweit sich aus der gesundheitlichen Belastung eine erwerbsrelevante Teilhabestörung und somit ein Bedarf an Teilhabeleistungen ergibt. Dies ist für diese Arbeit insofern wesentlich, als dass der institutionelle Umgang mit gesundheitlich belasteten, potenziell rehabilitationsbedürftigen Personen untersucht wird, bei dem auch Mechanismen der Erkennung von Rehabilitationsbedarf relevant sind.

Die inhaltliche Bestimmung von „*Leistungsfähigkeit*“ schließlich ist in Bezug auf das Erwerbsleben vorrangig sozialmedizinisch und sozialrechtlich geprägt, da sich in Kombination mit dem Erwerbsfähigkeitsbegriff oftmals leistungsrechtliche Konsequenzen ergeben (z. B. im Rentenrecht zur Erwerbsminderung). Die sozialmedizinische Feststellung der Leistungsfähigkeit bildet in der Regel das Ergebnis einer Beurteilung der individuellen Einschränkungen der Betroffenen auf Basis der ICF, tätigkeitsbezogenen Belastungsfaktoren⁸ und individueller Belastbarkeit [46]. Das konkrete Begutachtungsergebnis beinhaltet qualitativ das noch vorhandene positive (und das negative) Leistungsbild sowie quantitativ das zeitliche Leistungsvermögen. Der Status „anerkannte Schwerbehinderung“ kann hiermit nicht verglichen werden [47-48].

2.2 Zur Partizipation von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung am Erwerbsleben

Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit ist in unserer Gesellschaft sowohl wesentliche Subsistenzgrundlage als auch zentrales Mittel der Einbindung des Menschen in gesellschaftliche Funktionsbezüge [49-50]. Mit der Exklusion⁹ aus dem Erwerbsleben ist neben materiellen Folgen die Gefahr des Ausschlusses aus sozialen Zusammenhängen und dem System statusbezogener Anerkennung verbunden. Ein solcher Ausschluss kann – nicht nur für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen – über die direkten wirtschaftlichen und sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen hinaus auch weitreichende Auswirkungen auf psychologische, kommunikative, soziale und statusbezogene Aspekte haben [10; 52].

⁷ Selbst in den spezialisierten stationären Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation stellen Personen mit anerkannter Schwerbehinderung eine Minderheit des Nutzerkreises dar [44-45].

⁸ Die Leistungsfähigkeit einer Person wird somit in Bezug zu einer konkreten beruflichen Tätigkeit beurteilt.

⁹ Unter Exklusion (als Gegenbegriff der Inklusion) werden Phänomene sozialer Ausgrenzung verstanden. [3; 51]

Die Möglichkeit der Partizipation am Erwerbsleben ist den Mechanismen des Arbeitsmarktes unterworfen. Grundlegend ist hierbei die *Dualität der Akteursinteressen* in Bezug auf Angebot (Arbeitgeber¹⁰, AG) und Nachfrage (Arbeitnehmer, AN), die jeweils mit spezifischen Merkmalen (Arbeitsplatzanforderungen (AG); individuellen Ressourcen (AN)) besetzt sind. Die Arbeitsaufnahme bzw. Arbeitsausübung lässt sich somit als positives Passungsverhältnis zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen des Arbeitgebers einerseits und den individuellen Ressourcen des (zukünftigen) Arbeitnehmers (insbesondere persönliche, fachliche, soziale Kompetenzen) andererseits beschreiben. Dieses Passungsverhältnis ist für Personen mit weniger umfangreichen Ressourcen wie Personen im fortgeschrittenen Alter, mit fehlender Berufsausbildung, mit geringerer Flexibilität, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen usf. häufig in besonderem Maße ungünstig [42; 53]. Bei Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung sind dabei nicht selten mehrere der benannten Merkmale gleichzeitig erfüllt: So steigt das Risiko des Auftretens und der Persistenz gesundheitlicher Einschränkungen mit zunehmendem Alter an und Menschen mit Behinderung haben oftmals geringere Qualifikationsabschlüsse als Menschen ohne Behinderung [37].

Wenngleich viele gesundheitlich eingeschränkte Menschen einer Erwerbstätigkeit nachgehen, ist dieser Personenkreis – auch aufgrund der dauerhaft angespannten Arbeitsmarktlage – dennoch zunehmend einem *höheren Arbeitslosigkeitsrisiko* ausgesetzt (vgl. Abbildung 1) [29; 54-56], wozu auch betriebliche Entlassungs- und Einstellungspraktiken beitragen [57-58]. Für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einer anerkannten (Schwer-)Behinderung¹¹, zeigen Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2005, dass deren durchschnittliche Erwerbsquote (50,1 Prozent)

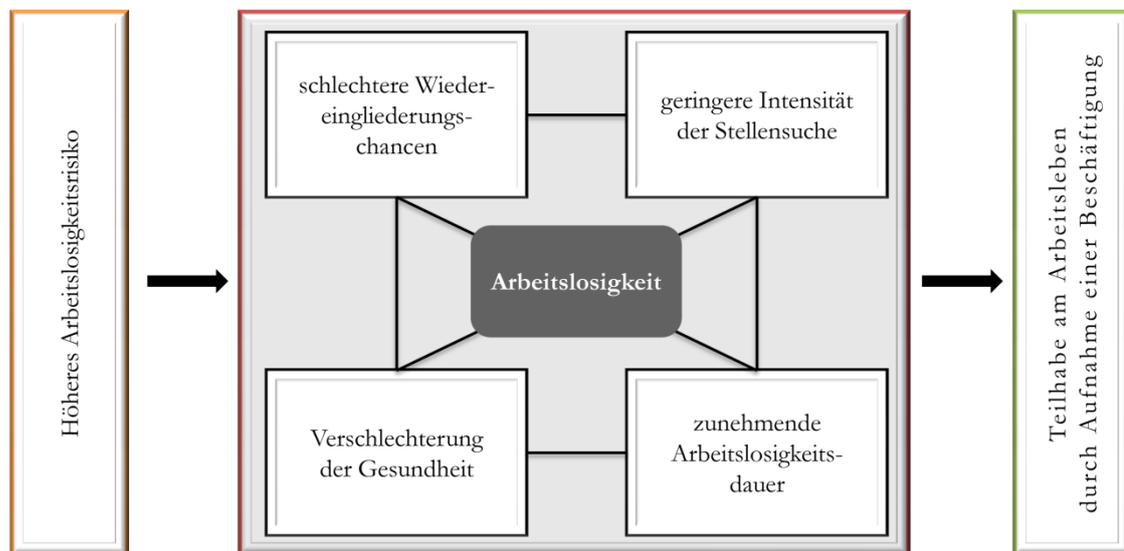


Abbildung 1: Spezifische Einflussfaktoren auf die Partizipationschancen gesundheitlich beeinträchtigter Menschen am Erwerbsleben (eigene Darstellung)

¹⁰ Hier und im Folgenden wird sich – ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit – auf die Verwendung der männlichen Form beschränkt. Frauen sind in gleicher Weise gemeint und entsprechend mitzudenken.

¹¹ Im Jahr 2005 lebten 6,8 Mio. Personen mit einer anerkannten Behinderung in Deutschland, von denen 4,4 Mio. Menschen im erwerbsfähigen Alter waren (15-65 Jahre, [38]).

wesentlich geringer ist als von nichtbehinderten Menschen (75,9 Prozent) [10; 37].¹² Zeitreihen verdeutlichen, dass die Anzahl Schwerbehinderter im erwerbsfähigen Alter im Zeitverlauf leicht ansteigt, die Erwerbsquote Schwerbehinderter jedoch parallel sinkt; im Gegensatz zur ansteigenden Quote in der Gesamtbevölkerung [10; 59].

Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung – und insbesondere Personen mit anerkannter (Schwer-)Behinderung – sind in der Gruppe arbeitsloser Personen überrepräsentiert [60]. Im Jahr 2005 betrug die Erwerbslosenquote von Menschen mit anerkannter Behinderung 14,5 Prozent; bei Personen ohne Behinderung belief sie sich nur auf 11,1 Prozent [37]. Die Bundesagentur für Arbeit berichtet, dass in 2003 fast jeder vierte Arbeitslose (was mehr als einer Million Menschen entspricht) vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen aufwies, von denen wiederum bei 28 Prozent eine Behinderung (Grad der Behinderung ≥ 30) amtlich anerkannt war [13; 40]. Zudem ist bekannt, dass die Statistik der Bundesagentur für Arbeit den Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser unterschätzt¹³, sodass dieser Anteil als noch höher anzusehen ist [61].

Eine Vielzahl an Studien wies darüber hinaus nach, dass gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose signifikant *schlechtere Wiedereingliederungschancen* haben, was zu überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeitszeiten führt [42; 55; 57; 62-63]. Gesundheitliche Beeinträchtigungen stellen zudem für die Betroffenen ein großes *Hemmnis bei der Stellensuche* dar [64], sodass weniger als die Hälfte dieser Personen aktiv auf Stellensuche ist. Bei Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen, die ihre subjektive Eingliederungsperspektive oftmals in besonderem Maße kritisch einschätzen, betrifft dies sogar nur ein Drittel [41].

Da Erwerbsarbeit „potenziell gesundheitsförderliche materielle und nichtmaterielle Funktionen“ [52; 60] zugeschrieben werden, steht Arbeitslosigkeit insgesamt in negativem Zusammenhang mit der *physischen und psychischen Gesundheit*, wie eine Vielzahl an Befunden belegt [53; 55; 65-67]. Dies betrifft u. a. eine erhöhte Mortalität, gesundheitlich riskantere Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum etc.) sowie einen schlechteren Gesundheitsstand (auch in der subjektiven Wahrnehmung) von Arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Personen, der sich zudem mit steigender Dauer der Erwerbslosigkeit weiter verschlechtert [55].

Die Statistik arbeitsamtsärztlicher Begutachtung des Jahres 2001 weist auf Grundlage von mehr als 390.000 Gutachten folgendes Erstdiagnosespektrum bei von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen aus (Abbildung 2) [61]:

¹² Behinderte Männer haben eine durchschnittliche Erwerbsquote von 30 Prozent (nichtbehinderte Männer: 71 Prozent), behinderte Frauen: 23 Prozent (nicht behinderte Frauen: 53 Prozent). [37]

¹³ Begründet durch die statistische Zählweise fehlen (bei Querschnittbetrachtungen) in der Statistik die zum jeweiligen Zeitpunkt arbeitsunfähigen Arbeitslosen, da diese aufgrund der Arbeitsunfähigkeit als Abgang aus Arbeitslosigkeit ausgebucht werden [61].

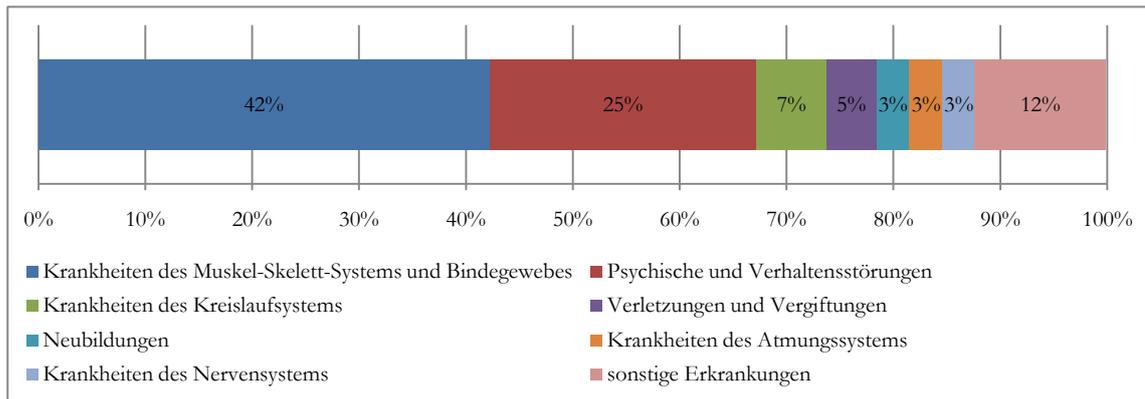


Abbildung 2: Erstdiagnosen arbeitsärztlicher Begutachtungen von Arbeitslosen im Jahr 2001

Arbeitslose Menschen leiden dabei im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich häufiger an psychischen und psychosomatischen Belastungssymptomen und Erkrankungen, wie Schlaflosigkeit, depressiven Symptomen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Suchterkrankungen [41; 49; 68-69]¹⁴.

Insgesamt ist somit zu konstatieren, dass die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung am Arbeitsleben oftmals in besonderem Maße mit einem höheren Exklusionsrisiko aus dem Erwerbsleben, mit signifikant schlechteren Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt nach einem Verlust des Arbeitsplatzes sowie mit dem Risiko eines sich mit zunehmender Arbeitslosigkeit (weiter) verschlechternden psychische und physische Gesundheitszustandes belastet ist. Dies betrifft in Deutschland insbesondere den Personenkreis der Leistungsbezieher nach dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II). Zur Verbesserung des eingangs dargestellten Passungsverhältnisses und zur gleichzeitigen Unterstützung der Erwerbspartizipation gesundheitlich beeinträchtigter Menschen sind daher in vielen Fällen sozialstaatliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig. Da gesundheitlich beeinträchtigte Personen selbst oftmals keine hinreichenden Ressourcen zur Überwindung der Barrieren der Arbeitsmarktpartizipation zur Verfügung stehen, liegt es nahe, dass die berichteten Befunde zur geringeren Suchintensität dieser Personengruppe nach einem neuen Arbeitsplatz insbesondere auch Resultat individueller Resignation und struktureller Barrieren sind.

2.3 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des SGB IX

2.3.1 Zielbestimmung und Leistungskatalog

Ziel der seit 2001 im Sozialgesetzbuch IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) rechtlich kodifizierten erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen¹⁵, ist die Erhaltung, Verbesserung, Herstellung oder Wiederherstellung der

¹⁴ Mit Arbeitslosigkeit oftmals verbundene soziale Rückzugstendenzen, finanzielle Einbußen und/oder familiäre Belastungen können ebenfalls ungünstig auf die gesundheitliche Situation Betroffener wirken [52].

¹⁵ Zur Definition von Behinderung vgl. Kap. 2.1. Von „Behinderung bedroht“ ist derjenige, bei dem eine Beeinträchtigung (z. B. durch Auswirkungen chronischer Krankheit) zu erwarten ist [35: 31].

Erwerbsfähigkeit des Einzelnen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit, um auf diese Weise die berufliche Integration möglichst auf Dauer zu sichern bzw. zu unterstützen (§33 Abs. 1 SGB IX)¹⁶. Insofern ist im Rahmen beruflicher Teilhabeleistungen die langfristige Eingliederungsperspektive gegenüber einer schnellen, kurzfristigen (und oftmals weniger nachhaltigen) vorrangig.

Als sozialpolitischem Instrument zur Unterstützung der Partizipation behinderter Menschen am Erwerbsleben kommt Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine große Bedeutung zu [70]. Zur Unterstützung bzw. zur Erreichung des Ziels der Teilhabe wird für die Betroffenen eine Vielzahl rehabilitativer Leistungen erbracht [71]. Das System der Rehabilitation (klassisch unterschieden in medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation) soll allen Personen, die als behindert oder von Behinderung bedroht gelten, die gleichberechtigte Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglichen, Selbstbestimmung fördern sowie eine Benachteiligung vermeiden oder ihr entgegenwirken (§1 SGB IX). Wesentlich ist dabei, dass Leistungen zur Teilhabe „in der Regel nicht davon abhängig [sind], dass zuvor eine (Schwer-)Behinderung förmlich festgestellt wurde“ [33: 45; 44-45].¹⁷

Für Menschen mit Behinderung sollen mittels beruflicher Rehabilitationsleistungen sowohl die individuellen Voraussetzungen für eine Erwerbsarbeit (Erwerbsfähigkeit) als auch die Chancen der beruflichen Partizipation durch Integrationsleistungen unterstützt und verbessert werden. Zugleich haben sie die Aufgabe, präventiv Partizipationsstörungen zu verhindern, denn „der präventive Ansatz des Gesetzes (ist) vielmehr so stark ausgebildet, dass in vielen Situationen die Vermeidung von Behinderungen frühzeitig ansetzen soll“ [35; 72: 42].

Behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen haben auf eine Vielzahl unterschiedlichster *Leistungen* Anspruch, wenn diese zum Erreichen des Teilhabeziels erforderlich sind. Diese Leistungen lassen sich wie in Tabelle 1 abgebildet systematisierend zusammenfassen. Die Leistungsauswahl hat dabei (a) die Eignung, (b) die Neigung, (c) die bisherige Tätigkeit sowie (d) die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen zu berücksichtigen.

2.3.2 Stellenwert beruflicher Bildungsleistungen im Kanon der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Qualifizierungsmaßnahmen im Rahmen beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildung stellen die zentralen Instrumente der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen dar und finden in der Praxis der Rehabilitationsträger am häufigsten

¹⁶ Das Ziel der Langfristigkeit der Teilhabe am Arbeitsleben wird durch §4 SGB IX (der allgemeine Leistungsgrundsätze und -ziele definiert) unterstrichen, da (anders als in §33) die Erwerbspartizipation im Gesetzeswortlaut nicht nur „möglichst auf Dauer“, sondern „dauerhaft zu sichern“ ist.

¹⁷ Haines [33: 45] führt weiter aus: „Eine Feststellung des Grades der Behinderung in einem förmlichen Verfahren nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 des SGB IX) ist nur für die dort vorgesehenen Hilfen und Rechte sowie für steuerliche und sonstige Nachteilsausgleiche von Bedeutung.“ Insofern haben wir es mit einer – für die Praxis der Rechtsanwendung – wesentlichen Unterscheidung zu tun: Eine anerkannte Schwerbehinderung bestimmt vor dem Hintergrund des zweiten Teils des SGB IX u. a. den rechtlichen Status einer Person bei erwerbsbezogenen Rechtsbeziehungen, stellt aber in keiner Weise eine Voraussetzung oder ein Prüfkriterium für den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben dar (Teil 1 Kap. 5 SGB IX).

Tabelle 1: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX (vgl. §§33ff. SGB IX, [73])

Leistungsgruppe	Leistungsziel	Leistungen
Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	Unterstützung der Arbeitsaufnahme und der Berufsausübung auf einem konkreten Arbeitsplatz	- arbeitsplatzbezogene technische Arbeitshilfen (z. B. Hörgeräte) - Hilfen zur behinderungsgerechten Ausgestaltung bzw. Umgestaltung des Arbeitsplatzes (z. B. Hebe- oder Tragehilfen etc.) - Trainingsmaßnahmen, Mobilitätshilfen (z. B. Fahrt- und Umzugskostenbeihilfe) u.v.m.
Leistungen zur Berufsvorbereitung	Unterstützung des Erfolgs einer nachfolgenden Bildungsmaßnahme	- Reha-Vorbereitungslehrgänge - Training lebenspraktischer Fähigkeiten - Unterstützung durch Integrationsfachdienste
Leistungen zur beruflichen Bildung	berufliche Qualifizierung	- Qualifizierungsmaßnahmen der Fort- und Weiterbildung - berufliche Vollausbildungen (Erstausbildung, Umschulung)
weitere Leistungen (<i>Auswahl</i>)	Unterstützung der beruflichen Mobilität	Kfz-Hilfe (u. a. zum behinderungsspezifischen Umbau oder zum Erwerb eines Kfz)
	Unterstützung der Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	Arbeitsassistenz
	Anreize zur Beschäftigung/Ausbildung behinderter Menschen	Leistungen an Arbeitgeber (insb. Eingliederungs- oder Ausbildungszuschüsse)
	Erwerbspartizipation von Menschen, die keine reguläre Beschäftigung finden	Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen

Anwendung [33]. Denn für Menschen mit (und ohne) Behinderung gilt berufliche Qualifikation als Schlüssel und gleichzeitig Voraussetzung für eine möglichst dauerhafte Erwerbsintegration [74-75]. Eine Weiterqualifikation oder Umschulung bietet die Chance zur Kompensation gesundheitlicher Beeinträchtigungen (z. B. körperlicher Einschränkungen) durch Tätigkeitswechsel [36]. Eben dies ist oftmals das primäre Ziel beruflicher Rehabilitationsleistungen, um erwerbsbezogene Teilhabe zu unterstützen oder zu ermöglichen.

Hinsichtlich ihrer Zielrichtung sind drei *Leistungstypen zur beruflichen Bildung* unterscheidbar [33; 73]:

- (1) Berufliche Vollausbildungen sollen eine abgeschlossene Berufsausbildung ermöglichen, wobei dies erstmalig (in Form beruflicher Ausbildung) oder durch Umschulung (im Bereich beruflicher Wiedereingliederung) erfolgen kann. Bei Umschulungen erfolgt die Qualifizierung in einem anderem als dem bisher ausgeübten Beruf, wenn dieser wegen bestehender oder drohender Behinderung nicht mehr ausgeübt werden kann.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen sollen zusätzlich zum erlernten Beruf und auf dessen Grundlage (bzw. auf der der ausgeübten Tätigkeit) den Erwerb zusätzlicher qualifizierter Kenntnisse ermöglichen.

- (3) Leistungen zur beruflichen Anpassung (sogenannte Anpassungsqualifizierungen) haben das Ziel, vorhandenes berufliches Wissen an neue Entwicklungen anzupassen, bestehende Wissenslücken zu schließen oder die Übernahme anderer Tätigkeiten im Beruf zu ermöglichen.

Während die *Dauer der Leistungen* der beruflichen Erstausbildung an der üblichen Ausbildungsdauer orientiert ist, werden Bildungsmaßnahmen bei Personen mit bereits vorhandener beruflicher Erstqualifikation für eine Dauer von höchstens zwei Jahren erbracht (§37 SGB IX). Wenn möglich, sind Bildungsmaßnahmen im betrieblichen Kontext zu realisieren, werden aber in der Praxis oftmals durch überbetriebliche Bildungsanbieter und -einrichtungen erbracht [33].

Um für Menschen mit Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der Art und Schwere der Behinderung adäquate Qualifizierungsleistungen anbieten zu können, wurde in Deutschland, beginnend in den 1970-er Jahren, ein bundesweites Netz an *spezifischen stationären Bildungseinrichtungen*, die Berufsförderungswerke (BFW, aktuell: 28) und Berufsbildungswerke (BBW, aktuell 52), etabliert¹⁸. Diese bieten über die reine Qualifizierung hinaus eine Vielzahl weiterer unterstützender Leistungen an (psychologischer Dienst, ausbildungsbegleitende Hilfen etc.), welche den Teilnehmern nach Bedarf zur Verfügung stehen.

2.3.3 Rehabilitationsträger

Als Rehabilitationsträger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können aufgrund des gegliederten deutschen Sozial- und Sozialversicherungssystems verschiedene Träger zuständig sein [77]: Unfallversicherung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Jugendhilfe, Sozialhilfe sowie Träger nach dem Recht der sozialen Entschädigung (vgl. §6 SGB IX). Die Zuständigkeit richtet sich nach spezifischen versicherungsrechtlichen und/oder persönlichen Voraussetzungen, die in den separaten Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger verankert sind (§7 SGB IX). Diese enthalten jeweils auch Bestimmungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, denn das SGB IX bündelt und koordiniert als „Leistungsverfahrensgesetz“ [78] nur die sozialgesetzlichen Ansprüche und Leistungen zur Teilhabe für Menschen mit Behinderung. Besonders bedeutsam ist, dass die Leistungsgesetze der einzelnen Rehabilitationsträger den Bestimmungen des SGB IX gegenüber vorrangig sind, sofern sich abweichende Regelungen ergeben (§7 SGB IX)¹⁹.

In Bezug auf die Zahl der erbrachten Leistungen ist die Bundesagentur für Arbeit der wichtigste Rehabilitationsträger. Neben den Kosten für die Leistungen selbst werden während der Teilnahme

¹⁸ Stationäre Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen nur dann in Betracht, wenn die „Art oder Schwere der Behinderung oder die Sicherung des Erfolges die besondere Art der Hilfe erforderlich macht. Das heißt, eine erfolgreiche Eingliederung kann nicht durch ambulante Erbringungsformen erreicht werden. BFW und BBW stellen dabei die Haupttypen stationärer Leistungserbringung dar.“ [76: 288]

¹⁹ Während in den meisten Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger (Unfallversicherung, Rentenversicherung, Jugendhilfe etc.) auf den Leistungskatalog des SGB IX verwiesen wird, sind für die Bundesagentur für Arbeit im SGB III eigene Leistungskataloge definiert [7].

an einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme vom Rehabilitationsträger unterhaltssichernde Leistungen übernommen (vgl. §§44, 45 SGB IX), die – abhängig vom Rehabilitationsträger – unterschiedlich bezeichnet und in unterschiedlicher Höhe erbracht werden. In jedem Fall ist ein entsprechender Antrag auf Teilhabeleistungen seitens des Betroffenen notwendig.

2.4 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung

Für die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen mit (drohender) Behinderung und für deren Zugang dazu ist neben dem SGB IX bei Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit als spezifisches Leistungsgesetz vorrangig das SGB II – und in Teilen das SGB III – relevant.

2.4.1 Das SGB II: Definition des Personenkreises und Ziel des Gesetzes

Mit der Einführung des SGB II wurden umfangreiche gesetzliche Änderungen – mit Einfluss auf das Arbeitsmarktgeschehen und sozialstaatliche Leistungen in Deutschland – eingeleitet [12]. Diese auch als „Hartz IV“ bezeichnete Reform hat sowohl Auswirkungen auf den Bereich des Arbeitsmarktes bzw. den Bereich der Arbeitsmarktpolitik als auch auf die Grundstruktur des Sozialstaates. Vor dem Hintergrund eines damit vollzogenen sozialpolitischen Paradigmenwechsels vom fürsorgenden zum aktivierenden Sozialstaat wurden nicht nur die zuständigen Institutionen neu justiert, sondern auch die Leistungsangebote und Leistungsansprüche [10].

Auf verwaltungsorganisatorischer Ebene wurde – bezogen auf die hier betrachtete Klientel – die bislang weitgehend getrennte Betreuung von Sozialhilfeempfängern (durch die kommunalen Sozialämter) und Arbeitslosenhilfeempfängern (durch die zuständige Agentur für Arbeit) – im Zuge der Zusammenführung beider Personenkreise – in neu geschaffenen lokalen Betreuungseinrichtungen gebündelt. Neben dem „Sondermodell“ der zugelassenen kommunalen Träger, bei dem die Kommune im Rahmen der sog. Experimentierklausel (§6a SGB II) für die Betreuung und Leistungserbringung nach SGB II alleinverantwortlich ist²⁰, entstanden eine Vielzahl regionaler Arbeitsgemeinschaften (ARGEn), deren strukturbildende Vorgängerinstitutionen hälftig die Agentur für Arbeit und das jeweilige Sozialamt (als kommunale Behörde) waren^{21,22} [10: 79].

²⁰ Die Kommunen werden auch als „Optionskommunen“ oder „optierende Kommunen“ bezeichnet, da diese von der optionalen Möglichkeit des Gesetzes Gebrauch gemacht haben, den Personenkreis der SGB II-Leistungsbezieher in Eigenregie ohne Mitwirkung der Bundesagentur für Arbeit zu betreuen.

²¹ Beide Institutionen waren bereits lange Zeit mit Fragen und Umsetzungswegen der beruflichen Rehabilitation befasst (vgl. §97ff. SGB III und §40 Bundessozialhilfegesetz).

²² Darüber hinaus gibt es vereinzelt Kommunen, in denen sich eine getrennte Wahrnehmung der gesetzlichen Aufgaben durchgesetzt hat, weil keine Arbeitsgemeinschaft zwischen Arbeitsagentur und Kommune zustande kam (sog. getrennte Trägerschaft). Diese Organisationsform ist in der Fläche nicht von Belang.

Gesundheitlich beeinträchtigte Personen können Leistungen nach SGB II erhalten, wenn sie *erwerbsfähig und hilfebedürftig* sind (§7 SGB II; siehe Tabelle 2). Der Personenkreis des SGB II beinhaltet sowohl Personen, die keinen Anspruch auf Leistungen von Sozialversicherungen erworben haben, als auch Personen, deren Leistungsanspruch bei anderen Sozialversicherungsträgern erschöpft ist (Subsidiaritätsprinzip). Somit finden sich unter diesen SGB II-Leistungsbeziehern²⁴ eine Vielzahl von Personen, die langzeitarbeitslos, also durchgängig länger als zwölf Monate arbeitslos sind.

Das Gesetz über die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ (SGB II) mit seiner kodifizierten *Ambivalenz des Förderns und Forderns* stellt unter dem Paradigma des aktivierenden Sozialstaats (durch die Abkehr vom statuskonservierenden Sozialstaat der 1970-er Jahre) ein Sozialgesetz neuen Typs dar [8; 14; 80]. Unter dem Leitmotiv des *Forderns* (§2 SGB II) soll der SGB II-Leistungsbezieher aktiviert werden, eigeninitiativ und selbstverantwortlich seine Integration in das

Erwerbsleben zu beschleunigen. Den beiden geforderten Elementen der Eigeninitiative und Selbstverantwortung wird vor allem über die Anwendung von Sanktionen (§31 SGB II) besonderer Nachdruck verliehen. Demgegenüber beschreibt der Grundsatz des *Förderns* (§14 SGB II) die institutionsseitige aktive Unterstützung der (Wieder-)Eingliederung des Leistungsbeziehers durch Beratungs-, Vermittlungs- und Eingliederungsleistungen²⁵ sowie Hilfen zum Lebensunterhalt (Grundsicherung) für die Dauer der bestehenden Hilfebedürftigkeit. Die Leistungsträger haben

Tabelle 2: Sozialrechtliche Definition des Personenkreises im SGB II

Erwerbsfähigkeit

- aus den Regelungen des Erwerbsminderungsrechts der gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) übernommen [73; 79]
- Erwerbsfähig ist, wer mindestens drei Stunden unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann (§8 SGB II).
- wird im Zweifel gutachterlich festgestellt

Hilfebedürftigkeit

- Hilfebedürftig ist, wer seinen Lebensunterhalt, seine Eingliederung in Arbeit und den Lebensunterhalt der mit ihm in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln sichern kann (vgl. §9 SGB II).
- Zur Feststellung werden alle relevanten Einkommen und Vermögen des Betroffenen wie auch der gesamten Bedarfsgemeinschaft entsprechend der gesetzlichen Regelungen und Freigrenzen in die Beurteilung einbezogen (§§11, 12 SGB II).
- Konsequenz: Die gesamte Bedarfsgemeinschaft muss „hilfebedürftig“ sein, um Leistungen nach SGB II zu erhalten (Ausschlusskriterium)²³.

²³ Dies gilt sowohl für Grundsicherungs- als für Eingliederungs- und Teilhabeleistungen nach SGB II. Somit haben alle langzeitarbeitslosen Personen keinen Leistungsanspruch nach SGB II, wenn sie aufgrund der Gesamtsituation der Bedarfsgemeinschaft, vorhandenem Einkommen oder Vermögen nicht als „hilfebedürftig“ gelten. Diese Personengruppe muss bei der folgenden Analyse unberücksichtigt bleiben.

²⁴ Innerhalb der Arbeitsagenturen und bei den SGB II-Trägern hat sich sowohl für SGB II- als auch für SGB III-Leistungsbezieher der Begriff „Kunde“ durchgesetzt. Dieser ursprünglich von der Unternehmensberatung McKinsey im Rahmen des Umbaus der BA geprägt Begriff verschleiert jedoch die reale Natur des Beziehungsverhältnisses zwischen Anspruchsberechtigtem und der jeweiligen Institution. Vielmehr handelt es sich nicht um eine (freie) Marktbeziehung, wie der Begriff „Kunde“ suggeriert, sondern um eine Abhängigkeitsbeziehung, bei der die realen Machtverhältnisse der Akteure begrifflich verwischt werden.

²⁵ Der Gesamtkatalog förderungsfähiger Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für alle SGB II-Leistungsbezieher im SGB II umfasst: Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Förderung der Berufsausbildung und beruflichen Weiterbildung, vermittlungunterstützende Leistungen, Leistungen an Arbeitgeber (alle §16), kommunale Eingliederungsleistungen (u. a. Suchtberatung, Schuldnerberatung; §16a), Einstiegsgeld (§16b), Leistungen zur Eingliederung von Selbstständigen (§16c), Arbeitsgelegenheiten (§16d), Leistungen zur Beschäftigungsförderung (§16e) sowie Leistungen im Rahmen freier Förderung (§16f).

dabei den Auftrag, für Betroffene unter Berücksichtigung des Einzelfalls alle erforderlichen Leistungen unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen (§14 SGB II). Wesentlich ist, dass die Beurteilung der künftigen Erwerbschancen, Vermittlungsmöglichkeiten und Eingliederungsperspektiven der Leistungsbezieher nach SGB II vom Bezug auf den ursprünglich erlernten Beruf gelöst wurde [10].²⁶

Ziel dieser aktivierenden Sozial- und Beschäftigungspolitik sowie gleichzeitig leitender Grundgedanke des Gesetzes ist die möglichst schnelle Vermittlung auf den ersten (oder auch zweiten) Arbeitsmarkt. Entsprechend lassen sich die vom Gesetzgeber formulierten Ziele der Grundversicherung für Arbeitssuchende wie folgt hierarchisieren [81]:

1. Zentrales Ziel und zugleich Handlungsmaxime des SGB II ist die schnellstmögliche (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt – also in ungeforderte Erwerbsarbeit –, um die Hilfebedürftigkeit zu beenden, zu verkürzen oder ihren Umfang zu verringern (vgl. §1 Abs. 1 SGB II). Dies beinhaltet auch die Beendigung des Leistungsbezugs wegen Rückgriffs auf andere Einkommensquellen.
2. Erhalt bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit
3. soziale Stabilisierung – einschließlich Erhalt bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, z. B. durch Abbau von Suchtverhalten und gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

2.4.2 Leistungen für gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher im SGB II

Für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im SGB II-Leistungsbezug können über die allgemeinen Leistungen des SGB II hinaus auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Unterstützung der Erwerbspartizipation dieser Personengruppe erbracht werden. Wenn dabei, wie beschrieben, eine erfolgreiche Arbeitsmarktintegration ein positives Passungsverhältnis zwischen den arbeitsplatzbezogenen Anforderungen und den individuellen Ressourcen des Arbeitssuchenden bedingt, ist die Frage von großer Bedeutung, wie sich eine aktivierende Sozialpolitik des „Förderns und Forderns“, die verstärkt die Selbsttätigkeit und Eigenaktivität der Betroffenen einfordert, auf Personen mit höherem und spezifischem Betreuungsbedarf infolge eines weniger idealen Passungsverhältnisses wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auswirkt. Denn den Leistungsbezieher nach SGB II werden durch diese Aktivierungslogik a priori umfangreiche individuelle Ressourcen (u. a. Gesundheit) unterstellt. Die Verringerung bzw. Beseitigung (umfangreicher) gesundheitlicher Beeinträchtigungen mit ihren Auswirkungen auf die Fähigkeit einer Erwerbsausübung liegt allerdings zumeist nicht im individuellen Vermögen des Betroffenen, sondern bedarf spezifischer gesellschaftlicher bzw. sozialpolitischer Unterstützungsleistungen bis hin zu beruflicher Rehabilitation [10: 81].

²⁶ Die Auflösung des Berufsschutzes begann schon mit der Ablösung des Arbeitsförderungsgesetzes durch das SGB III und wurde im Rahmen der Zumutbarkeitsregelungen des §10 SGB II nochmals deutlich verschärft.

Vor dem Hintergrund der Bestimmungen des SGB IX einerseits und der Grundlogik aktivierender Sozialpolitik im SGB II andererseits sind für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die erwerbsfähig hilfebedürftig sind, mit Blick auf die spezifischen Leistungsgesetze der Arbeitsverwaltungen drei Aspekte relevant [10]:

- (1) Das SGB II beinhaltet neben dem – bereits vorgestellten – generellen Ziel der Verringerung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit im Kontext der gesetzlichen Zielbestimmung unter anderem auch die Aufgabe der *Überwindung behinderten-spezifischer Nachteile* (§1 Abs. 1 Nr. 5 SGB II). Wie diese Vorgabe unter dem Vorrang der Erwerbstätigkeit auszugestalten ist, wird weder in Gesetz selbst noch in der Gesetzesbegründung ausgeführt [82]. Zwar können für die benannte Personengruppe allgemeine Leistungen zur Eingliederung erbracht werden, die zur Verbesserung der Eingliederungschancen beitragen und an den Zielen des SGB II auszurichten sind (§16 Abs. 1 Satz 1 SGB II). Jedoch stellt Spellbrink [82: 61] in seiner Gesetzeskommentierung im Blick auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB IX heraus, dass die Regelung „von begrenzter anspruchsbegründender Bedeutung sein [dürfte] und insbesondere nur bei der Abwehr unzumutbarer Arbeiten [...] ein Rolle spielen [dürfte]“.
- (2) Im gesamten SGB II findet sich *kein direkter Verweis auf die Gültigkeit des SGB IX* und die darin enthaltenen Rechtsnormen. Vielmehr handelt es sich um eine juristisch komplexe, mehrstufige, indirekte Verweiskette (vgl. Abbildung 3), durch die eine systemimmanente Schnittstellenproblematik angelegt wurde, die auf leistungrechtlicher Ebene wesentliche Auswirkungen für die Erwerbsintegration mit sich bringen kann [10]. Das SGB II verweist im Rahmen der Aufzählung erbringbarer Eingliederungsleistungen (§16 Abs. 1 Satz 3 SGB II) lediglich – mit inhaltlichen Einschränkungen – auf den Leistungskatalog des SGB III („Arbeitsförderung“, §§97ff. SGB III). Im Leistungskatalog des SGB III (§§97ff. SGB III) wiederum wird – unter Differenzierung allgemeiner und besonderer Leistungen²⁷ – eine zum Teil, aber nicht gänzlich mit dem SGB IX übereinstimmende Aufzählung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aufgeführt [7]. Während im SGB III im Rahmen der Eingangsvorschriften (§3 Abs. 1 Nr. 7 SGB III) zugleich auf die Möglichkeit der Leistungserbringung nach

²⁷ Unter „allgemeinen Leistungen“ für Menschen mit Behinderung (vgl. §100f. SGB III in Verbindung mit §16 SGB II) werden Leistungen subsumiert, die auch für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen ohne Behinderung bei entsprechend erfüllten Voraussetzungen erbracht werden: vermittlungunterstützende Leistungen und Leistungen zur Förderung der beruflichen Weiterbildung. Hinzu kommen einige Abweichungen zugunsten behinderter Menschen [7]. „Besondere Leistungen“ werden „anstelle der allgemeinen Leistungen insbesondere zur Förderung der beruflichen Aus- und Weiterbildung [...] erbracht, wenn 1. Art und Schwere der Behinderung oder die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben die Teilnahme a) an einer Maßnahme in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen oder b) einer sonstigen auf die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen ausgerichtete Maßnahme unerlässlich machen oder 2. die allgemeinen Leistungen die wegen Art und Schwere der Behinderung erforderlichen Leistungen nicht oder nicht im erforderlichen Umfang vorsehen“ (§102 SGB III). Zu unterscheiden sind somit einerseits Bildungsleistungen, die den Bedürfnissen behinderter Menschen in besonderem Maße Rechnung tragen und in der Regel ambulant erbracht werden, sowie andererseits Bildungsleistungen in besonderen Einrichtungen (BFWs und BBWs), bei denen oftmals eine stationäre Unterbringung während der Teilnahme notwendig ist. Der Leistungsträger übernimmt dabei für SGB II-Leistungsbezieher mit Behinderung sowohl die Teilnahmekosten der Maßnahme als auch (wenn nötig) die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die mit einer Internatsunterbringung am Maßnahmeort einhergehen (§103ff. SGB II in Verbindung mit §16 SGB II).

SGB IX verwiesen wird, fehlt im SGB II ein direkter Bezug auf diese Eingangsvorschrift des SGB III. Die Verbindung zwischen SGB IX und SGB II ist somit nur rechtssystematisch argumentier- und begründbar, nicht aber gesetzlich im SGB II ausdrücklich festgelegt.

- (3) Der im SGB IX verankerte *Vorrang der spezifischen Leistungsgesetze der Rehabilitationsträger* (bei Rehabilitationsträgerschaft der BA: SGB II und III) vor den Regelungen des SGB IX kommt für den hier betrachteten Personenkreis durch die Eingangsvorschriften des SGB II und III in doppelter Weise zum Tragen (Abbildung 3). Denn alle Leistungen für den gesamten Personenkreis gesundheitlich beeinträchtigter Menschen im Leistungsbezug nach SGB II sind so einzusetzen, dass „sie der beschäftigungspolitischen Zielsetzung der Sozial-, Wirtschafts- und Finanzpolitik der Bundesregierung entsprechen“ (§1 Abs. 1 Satz 4 SGB III). Hinzu kommt, dass alle Leistungen an der Handlungsmaxime des SGB II (§1), der schnellen Beendigung der Hilfebedürftigkeit, auszurichten sind und dass sie so vorrangig die unmittelbare Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen (§3 SGB II, [83])²⁸. Dabei sind zudem bei den Eingliederungsleistungen des SGB II – anders als im SGB IX – die Kriterien der Neigung und bisherigen beruflichen Tätigkeit nicht relevant (vgl. 2.3.1).

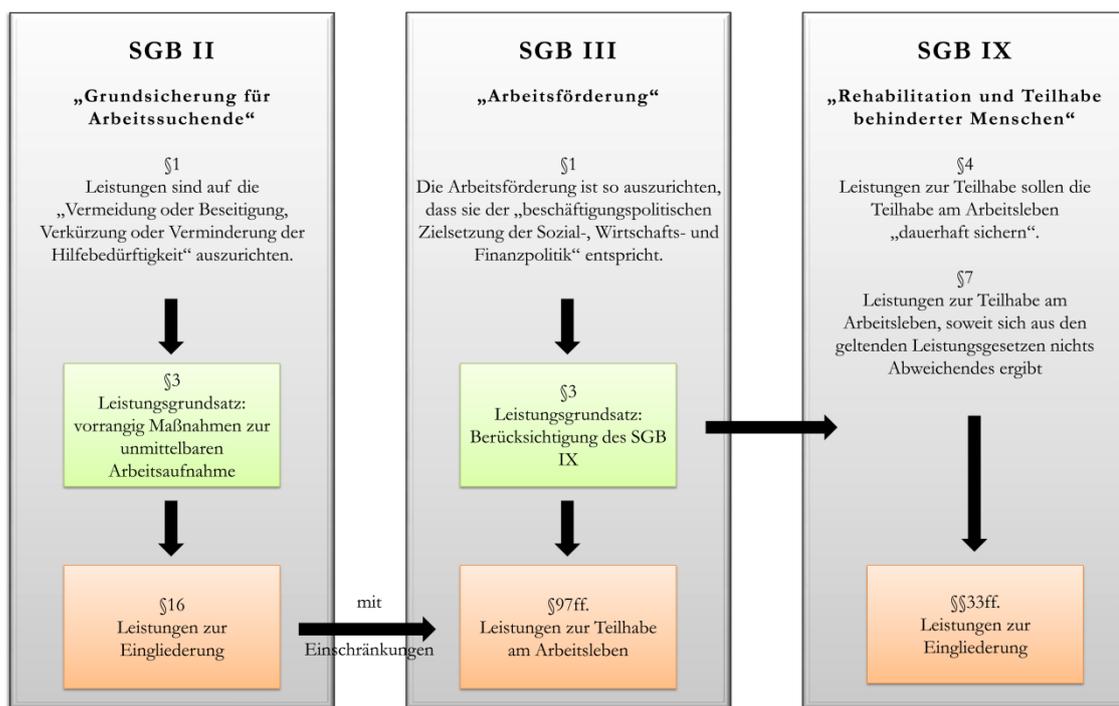


Abbildung 3: Sozialrechtliche Verbindung zwischen den SGB II, III und IX in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen (eigene Darstellung)

²⁸ Verschiedentlich wird seitens der Rechtswissenschaften auch eine gegensätzliche Auffassung vertreten, die von einer den spezifischen Leistungsgesetzen (SGB II und III) übergeordneten Rechtsstellung der Bestimmungen des SGB IX ausgeht bzw. die Gültigkeit des SGB IX postuliert, wenn nicht ausdrücklich Abweichendes in den Leistungsgesetzen bestimmt ist [84]. Jedoch ist diese Auslegung aus dem Wortlaut der Einzelbestimmungen (insbesondere hinsichtlich des Abweichungsvorbehaltes in §7 SGB IX) aus der Perspektive der Rechtsanwendung, welche die für diese Arbeit entscheidende ist, nicht unmittelbar ableitbar. So fehlt dieser Position bislang mangels höchstrichterlicher Entscheidungen die Praxiswirksamkeit.

Insgesamt ist hieraus hinsichtlich des Verhältnisses von SGB II und IX zweierlei festzustellen:

Erstens schränken die grundlegenden Zielbestimmungen des SGB II und III die Gültigkeit des SGB IX bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im SGB II-Leistungsbezug ein, und zwar auch durch ihre Rückkopplung an die (aktuelle) beschäftigungspolitische, also stärker veränderliche Programmatik. Zudem fehlt im SGB II ein klarer Verweis auf die Berücksichtigung der Regelungen des SGB IX. Kritisch kommentierend hält Bieritz-Harder [83: 5] hierzu fest, dass Rehabilitationsleistungen auf Grundlage des SGB II nur in Betracht kommen, „soweit sie ‚zur Vermeidung oder Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit erforderlich sind‘. [...] Der Programmsatz [...], die Leistungen so auszurichten, dass behindertenspezifische Nachteile überwunden werden, wird nur innerhalb dieses Rahmens relevant.“²⁹

Zweitens wird offensichtlich, dass die Zielrichtungen von SGB II und SGB IX divergieren [10: 83]: Ist im SGB II das Ziel einer zeitnahen Beendigung des Leistungsbezuges, also die Handlungsmaxime einer möglichst schnellen Vermittlung in Arbeit – ggf. unter Verweis auf eine andere Tätigkeit – relevant, so betont das SGB IX prioritär den Aspekt der Rehabilitation und als deren Ziel die dauerhafte leidensgerechte (Re-)Integration. Die Rehabilitationsträger sind zwar verpflichtet abzuwägen, ob das Integrationsziel auch ohne bzw. mit allgemeinen (arbeitsmarktpolitischen) Leistungen erreichbar ist. Zentrale Maxime für behinderte Menschen ist aber, die „Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern“ (§4 Abs. 3 SGB IX).

Die umfassenden Regelungen zur Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit (§10 SGB II) bei gleichzeitigem Fehlen eines Berufsschutzes lassen die unterschiedlichen Perspektiven von SGB II und IX offenbar werden. Ist eine erwerbsfähige hilfebedürftige Person nicht mehr (oder nur sehr eingeschränkt) in der Lage, im erlernten Beruf tätig zu sein, eröffnet sich nach SGB II die Möglichkeit des Verweises auf eine beliebige andere Tätigkeit, die sich aufgrund fehlender tätigkeitsspezifischer Berufsausbildung und -praxis oftmals nur im Bereich von Anlern- oder Helfertätigkeiten bewegen kann. Ob mit der Art der Tätigkeit ein sozialer Abstieg einhergeht, ist dabei irrelevant [85]. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX zielen demgegenüber gerade auf die spezifische (Weiter-)Qualifikation des Betroffenen (durch Maßnahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung) für eine qualifizierte, leidensgerechte Tätigkeit [10].

²⁹ An anderer Stelle führt die Autorin rechtsvergleichend aus: „Bleibt man beim Wortlaut der Regelungen der ersten beiden Absätze des §3 SGB II und zieht zum Vergleich die Regelungssystematik des SGB III heran, kommt man zu folgendem Ergebnis: Behinderte Menschen, die nicht bedürftig sind und deshalb Leistungen nach dem SGB III erhalten, können weiterhin einen Anspruch auf Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben geltend machen. Menschen, die darüber hinaus nicht nur behindert, sondern dazu noch bedürftig sind, haben keinen Anspruch und sind damit vom Wohlwollen des Fallmanagers abhängig.“ [85: 51]

2.4.3 Zuständigkeit für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die erwerbsfähig hilfebedürftig sind, beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ähnlich komplex wie die sozialrechtliche Verortung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen im SGB II-Leistungsbezug ist die Verantwortung im Rahmen des Leistungszugangs angelegt [86].

Während für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen allgemeine Leistungen zur Eingliederung in Gesamtverantwortung der SGB II-Institutionen erbracht werden, ist im Bereich beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen für gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher des SGB II die Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger zuständig, wenn diese Verantwortung keinem anderen Rehabilitationsträger obliegt (§6a SGB IX). Die ARGEn und zugelassenen kommunalen Träger sind hierbei nicht als eigenständige Rehabilitationsträger vorgesehen [87], was, so Eichner [88: 475], „nicht rational erklärbar“ ist und „nur als Versehen des Gesetzgebers gewertet werden kann.“ Gleichzeitig sind die Rehabilitationsleistungen an erwerbsfähige hilfebedürftige Personen vom Gesetzgeber mit einer Trennung von Prozess-, Leistungs- und Integrationsverantwortung diversifiziert angelegt worden (vgl. Abbildung 4) [10]. Einerseits trägt die Bundesagentur für Arbeit die Verantwortung für die einheitliche Steuerung des Rehabilitationsprozesses und -verfahrens. Andererseits sind die leistungstragenden Institutionen des SGB II für die Leistungserbringung und Finanzierung der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. Im gesamten Prozess obliegt dem SGB II-Träger zudem

die Verantwortung für die Erwerbsintegration. Die Einführung des SGB II hatte somit erhebliche Auswirkungen auf Struktur- und Prozessfragen der beruflichen Rehabilitation von erwerbsfähigen hilfebedürftigen Personen [10].

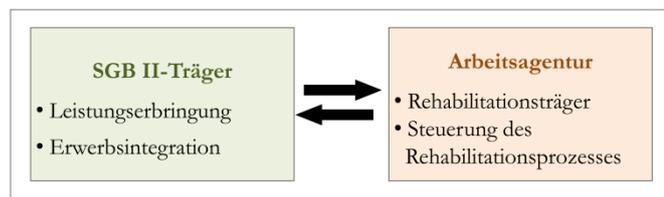


Abbildung 4: Institutionelle Zuständigkeiten beim Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

2.5 Entwicklungstendenzen in der beruflichen Rehabilitation

Deutlich wurde bereits, dass für Personen, die aus gesundheitlichen Gründen ihre bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können, Qualifizierungsmaßnahmen mit dem Ziel einer anderen qualifizierten beruflichen Tätigkeit die wichtigste Säule der Unterstützung der Teilhabe am Erwerbsleben darstellen. Bereits seit den 1980-er Jahren ist eine Neuqualifizierung mit anerkanntem Berufsabschluss (Umschulung) der übliche Weg beruflicher Rehabilitation. Diese jeweils 24 Monate dauernden Maßnahmen wurden zumeist durch Rehavorbereitungslehrgänge ergänzt und prägten in dieser Kombination, auch da Vollqualifizierungen als „Königsweg“ zur erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung galten, lange Zeit das Bild beruflicher Rehabilitation in Deutschland [89].

Konzeptionell zielte berufliche Rehabilitation traditionell sowohl auf die Unterstützung der Beschäftigungsfähigkeit als auch der selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Berufliche (Weiter-)Bildung als Mittel zur Erwerbsintegration galt bis in die 1990-er Jahre für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen als „Eckpfeiler“ aktiver Arbeitsmarktpolitik; berufliche Rehabilitation als Form aktiver Arbeitsmarktpolitik [8; 90].

Drei wesentliche Entwicklungslinien lassen sich nachzeichnen, welche die umfassende Vollqualifizierung beruflicher Rehabilitanden als Mittel zur Teilhabe am Erwerbsleben – beginnend in der zweiten Hälfte der 1990-er Jahre – in die Diskussion brachten:

- (1) Aus der *Erosion der finanziellen Basis des Sozial(versicherungs)systems* ergibt sich auch für rehabilitative, medizinische und berufliche Leistungen ein Legitimationsdruck hinsichtlich ihrer Effektivität und – wissenschaftlich geprüften – Evidenz [16]. Initiativen zur Qualitätssicherung resultieren hieraus ebenso wie der steigende Druck auf Leistungserbringer beruflicher Rehabilitationsleistungen, dass „Maßnahmen schnell und gezielt zu nachweisbaren Effekten führen [...]. Insbesondere jene Leistungserbringer, die teure stationäre Leistungen anbieten, sind gezwungen, deren Notwendigkeit, Qualität und Wirksamkeit im Detail zu belegen.“ [8: 195].
- (2) Die *dauerhaft angespannte Arbeitsmarktlage* und die sich verfestigende Massenarbeitslosigkeit in Deutschland verringern auch für Personen mit einer umfassenden Neuqualifizierung die Wiedereingliederungschancen nach erfolgreichem Maßnahmeabschluss. Die begrenzten Erfolge der breit angelegten politischen Kampagne „50.000 Jobs für Schwerbehinderte“ illustrieren die Probleme der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderung beispielhaft [91-92].
- (3) Die *Flexibilisierung von Beschäftigungsstrukturen*, die *Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungen* und die *Erosion von „Normalarbeitsverhältnissen“* (Vollzeit, unbefristet, sozialversicherungspflichtig, kontinuierlich für einen Arbeitgeber; [93]) führen zum einen zu einer deutlichen Zunahme „atypischer Beschäftigungsverhältnisse“ [94], wie Teilzeitarbeit, Mini-Job, Ich-AG, Leiharbeit und Beschäftigung im Rahmen von Kombilohn-Modellen. Zum anderen werden Arbeitsverhältnisse – auch durch gesetzliche Ausweitung von Befristungsregelungen – unsicherer und instabiler [90]. Der ehemals sehr wahrscheinliche Rehabilitationserfolg, die dauerhafte Erwerbsintegration in eine möglichst unbefristete Beschäftigung, wird zunehmend – auch bedingt durch den Arbeitsmarkt – seltener und schwieriger.

So findet also seit einiger Zeit ein Entwicklungsprozess statt, der zur Ausdifferenzierung des Angebots der Leistungserbringer führt [90]. Teil- oder Kurzqualifizierungsmaßnahmen in Form von Anpassungsqualifizierungen, Trainingsmaßnahmen, betrieblicher Einarbeitung etc. sind kürzer, können differenzierter ausfallen und teilweise arbeitsmarktnäher gestaltet werden; damit sind sie wesentlich billiger als Vollausbildungen. Die traditionellen Rehavorbereitungslehrgänge, die

(wieder) zu einem spezifischen Förderinstrument für einen eng umschriebenen Personenkreis (zurück-)entwickelt werden sollen, sind dabei ebenso auf dem Prüfstand wie das gesamte Förderinstrumentarium der beruflichen Bildung [8].

Vonseiten der etablierten Berufsförderungswerke (BFWs), die die Funktion „überbetrieblicher Rehabilitationszentren der beruflichen Bildung“ wahrnehmen [90] und sich selbst (noch) in den 1990-er Jahren als „zentrale Institutionen der beruflichen Rehabilitation Erwachsener“ definierten, wurde diese Entwicklung als „Ergänzung“ zur Vollqualifizierungsmaßnahme verstanden [89]. Durch die inhaltliche Weiterentwicklung der „Produktpalette berufliche Rehabilitation“ treten verstärkt freie und privatwirtschaftliche Anbieter auf dem Bildungsmarkt hinzu. Die umfassende Komplexleistung der beruflichen Bildung der BFWs, die neben der eigentlichen Ausbildung über begleitende Fachdienste ein differenziertes Beratungs- und Betreuungsangebot beinhaltet und oftmals eine Internatsunterbringung notwendig machte, wurde verstärkt mit einem reduzierteren Leistungsangebot sowie der Etablierung weniger umfassender Bildungsleistungen anderer Anbieter und deren deutlich geringeren Gesamtkosten konfrontiert. Dies führte zu einem wesentlichen Rückgang des Stellenwerts der Arbeit der BFWs im Rahmen des Systems der beruflichen Rehabilitation.

Die 2002 und 2003 begonnene Umstrukturierung und Neujustierung arbeitsmarktpolitischer Instrumente im Zuge der Neuausrichtung der Förderpolitik der Bundesagentur für Arbeit hat durch eine veränderte Zugangssteuerung einen nachhaltigen Einfluss auf die Maßnahmegestaltung und -bewilligung. Dabei akzelerieren die in diesem Kontext verstärkten Effizienzbemühungen bei der Leistungsbewilligung die Gewichtung der Leistungsarten innerhalb des Maßnahmespektrums beruflicher Rehabilitation [44; 95]. Die trotz der Erweiterung der Leistungspalette um kürzere Maßnahmen deutlich sinkenden Anmeldezahlen der Rehabilitationsträger bei den Berufsförderungswerken [8] verdeutlichen eine verstärkte Nutzung der Angebote freier Bildungsanbieter. Die Berufsförderungswerke selbst stellen qualitative Veränderung ihrer Klientel fest. Waren sie vormals „Standardeinrichtung“ für berufliche Bildungsleistungen für Menschen mit Behinderung, sind bzw. werden sie jetzt zunehmend Spezialeinrichtungen für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die wegen Art und Schwere der Behinderung ohne die besonderen Hilfen dieser Einrichtungen kaum Erfolg versprechend rehabilitiert werden können [75: 163]. Die aus den BFWs seit einigen Jahren berichteten Veränderungen des Teilnehmerkreises mit anteiliger Zunahme von Personen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie längeren Zeiten der Arbeitslosigkeit, bestätigen dies. Dies hat Konsequenzen für die konkrete Ausrichtung der anzubietenden Bildungsleistungen und führt zu eher geringeren Erfolgchancen für die Vermittlung der Teilnehmer auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, die aber als wesentliches Erfolgskriterium aller rehabilitativen Maßnahmen gilt [90].

Die aktive Steuerung der Rehabilitationsträger in Bezug auf Ausgaben, Rehazugang und Maßnahmezuteilung sowie die benannte Neuausrichtung der Förderpolitik der Bundesagentur für

Arbeit, die die massiven Veränderungen in der beruflichen Rehabilitation mitverursachen und/oder akzelerieren, finden ihre Widerspiegelung in der Leistungsstatistik der Leistungsträger. Die *Gesamtausgaben der vier großen für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation zuständigen Rehabilitationsträger* beliefen sich im Jahr 2008 auf 7,1 Mrd. Euro (Abbildung 5). Die aufgewendeten finanziellen Einzelvolumina der Rehabilitationsträger sind entsprechend des gegliederten Sozialversicherungssystems und spezifischer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen der einzelnen Sozialversicherungsträger unterschiedlich. Für die Erst- und Wiedereingliederung behinderter Menschen in den ersten Arbeitsmarkt ist die Bundesagentur für Arbeit der wichtigste Rehabilitationsträger. Bei insgesamt rückläufigen Ausgaben zwischen 2003 und 2008 (-857 Mio. Euro) ist der Hauptanteil dieses Rückgangs durch die Bundesagentur für Arbeit verursacht (-668 Mio. Euro).

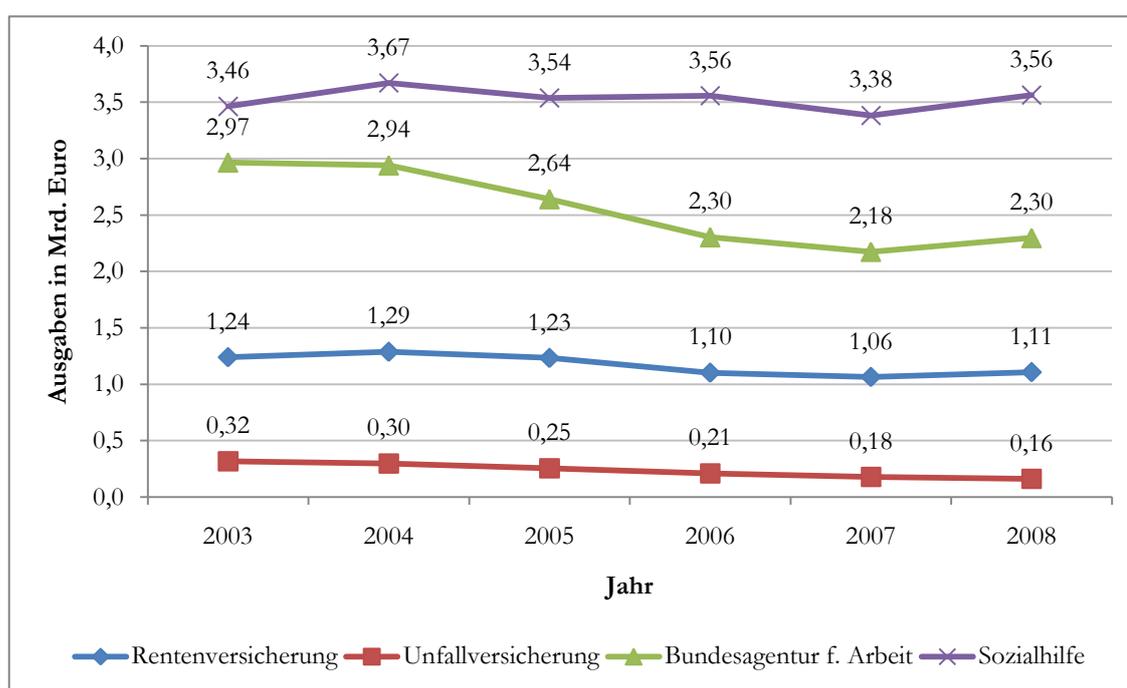


Abbildung 5: Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach Rehabilitationsträgern (Quelle: [96-98])

Die *Statistik der Bundesagentur für Arbeit* über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation weist vor allem als Folge der Neuausrichtung der eigenen Förderpolitik bei der Anzahl der durch sie als Rehabilitationsträger als „Rehabilitanden“ anerkannten Personen (gemäß §19 SGB III) von 2003 auf 2008 einen deutlichen Rückgang von 40,6 Prozent aus (vgl. Abbildung 6). Die nach dem Einbruch der Anerkennungen von 2004 auf 2005 (-27,8 Prozent) leichte Erhöhung der Rehabilitanden-Anerkennungen in 2006 setzte sich 2007 und 2008 nicht fort. Die Anerkennung als Rehabilitand durch die Agenturen für Arbeit stellt jedoch nur die leistungsrechtliche Voraussetzung für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation dar. Abbildung 7 verdeutlicht zudem eine sehr deutliche

Abnahme bei den „Eintritten in Maßnahmen“ zur beruflichen Rehabilitation³⁰. Von 2004 auf 2005 reduzierten sich die begonnenen Leistungen um über 40 Prozent, wobei sich der Rückgang in den Folgejahren weiter fortsetzte. Dieser Rückgang der Maßnahmeeintritte war dabei größer (von 2003 auf 2008: -53,9 Prozent) als der der Anerkennungen als Rehabilitand (-40,6 Prozent im gleichen Zeitraum). Es sind somit nicht nur weniger Rehabilitanden durch die Bundesagentur für Arbeit anerkannt worden, sondern die anerkannten Rehabilitanden sind auch seltener in Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation eingemündet.

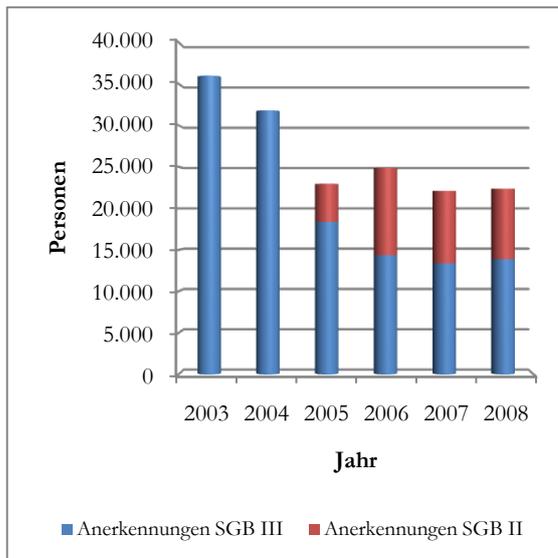


Abbildung 6: Anzahl der Anerkennungen als Rehabilitand durch die BA, Wiedereingliederung

Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit [23; 99-105] , eigene Darstellung

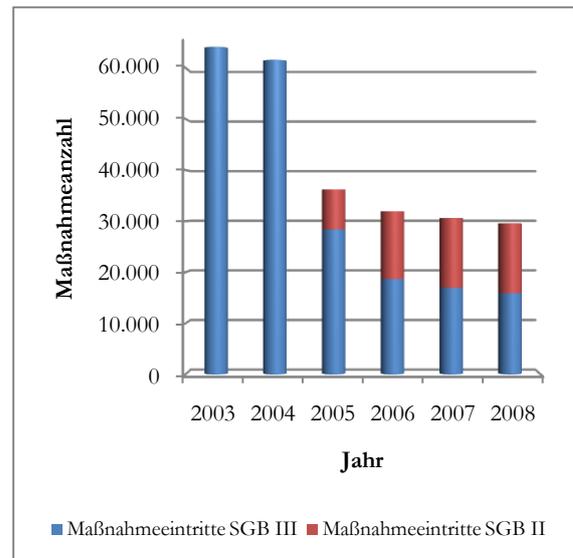


Abbildung 7: Eintritte in Rehabilitationsmaßnahmen der BA, Wiedereingliederung (ohne kommunale Träger)

³⁰ Dargestellt werden jeweils angetretene berufliche Rehabilitationsleistungen. Ausgewiesen wird die Summe aller erbrachten Einzelleistungen. Reha-vorbereitende Leistungen, wie Berufsfindung/Arbeiterprobung, werden separat erfasst und gezählt, sodass ein Rehabilitand nicht selten mehrere Einzelleistungen durchläuft. Dies erklärt auch die höhere Zahl der Maßnahmeeintritte im Vergleich zu den Anerkennungen als Rehabilitand.

3 Zielstellung

Vor dem Hintergrund des berichteten Forschungsstandes lassen sich als Ausgangspunkt der Fragestellung die bisherige Erkenntnisse in drei Punkten festhalten:

- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen sind mit spezifischen Barrieren der Arbeitsmarktpartizipation konfrontiert, zu deren Überwindung oftmals Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben erforderlich sind.
- Für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im Leistungsbezug des SGB II ist der Zugang zu Teilhabeleistungen sozialrechtlich komplex gestaltet. Dies bezieht sich sowohl auf die unterschiedlichen institutionellen Zuständigkeiten im Rahmen des Zugangsprozesses als auch auf die widersprüchlichen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben für die zuständigen Institutionen.
- Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen finden – mitbeeinflusst durch eine neu ausgerichtete Förderpolitik der Bundesagentur für Arbeit – immer seltener Zugang zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen, was der überdeutliche statistische Rückgang der Anerkennungen als Rehabilitand und der Eintritte in Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation verdeutlicht. Dies deutet auf veränderte Zugangsprozesse beim benannten Personenkreis hin.

Darüber hinaus ist zu festzustellen, dass Fragen des institutionellen Umgangs mit gesundheitlich beeinträchtigten SGB II-Leistungsbeziehern in den Arbeitsverwaltungen und der Zugangsprozesse zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bisher wissenschaftlich nicht untersucht wurden; sie können als „black box“ gelten [81; 106]. Diese Arbeit analysiert daher für die Personengruppe gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die erwerbsfähig hilfebedürftig sind, erstmalig den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Dies geschieht spezifisch für Personen mit beruflichen Erfahrungen (Wiedereingliederung) bei Rehabilitationsträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit³¹. Der Zugang von Betroffenen zu Teilhabeleistungen ist wesentlich von den sozialrechtlich zuständigen Institutionen, den Arbeitsagenturen (als Rehabilitationsträger) und den SGB II-Trägern (als Leistungserbringer) abhängig, womit institutionelle Zugangsprozesse innerhalb der leistungsverantwortlichen Arbeitsverwaltungen im Zentrum der Betrachtung stehen.

Ziel dieser Arbeit ist es, für die Personengruppe gesundheitlich beeinträchtigter Menschen sowohl die institutionellen Strukturen der Arbeitsverwaltungen hinsichtlich des Zugangs zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen zu analysieren als auch die in diesen Strukturen ablaufenden Arbeits- und Entscheidungsprozesse, zu denen auch die Interaktion zwischen der sozialen Einrichtung und dem Nutzer (Klienten) sowie zwischen den professionellen Akteuren untereinander zu zählen ist, zu untersuchen.

³¹ Der Bereich der Ersteingliederung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen bleibt wegen Alleinzuständigkeit der Bundesagentur für Arbeit und damit einhergehender anderer rechtlicher wie organisatorischer Rahmenbedingungen unberücksichtigt. Nicht betrachtet werden ebenso Zugangsprozesse zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die nicht in Reha-Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit erbracht werden.

Auf der Ebene der Betroffenen geht es somit um die Erfassung der institutionellen Praxis der Interaktion mit dem Klienten („Fallbearbeitung“) und auf der Ebene der Institution um die Untersuchung der Organisation von Leistungsprozessen innerhalb der Arbeitsverwaltungen [81]. Angesichts der Komplexität sozialgesetzlicher Vorgaben ist die Ausgestaltung und Wirkung dieser Normen auf der Ebene der Institutionen, aber auch der einzelnen Akteure (Mitarbeiter) von großer Relevanz. Deshalb ist von besonderem Interesse, wie sich die unterschiedlichen Perspektiven des SGB II und SGB IX sowie die durch Einbindung zweier Träger diversifizierte angelegte Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in der konkreten Tätigkeit der Arbeitsverwaltungen widerspiegeln.

Im Besonderen ist nach Einflussfaktoren, Auswirkungen und Implikationen der etablierten Strukturen und institutionellen Handlungspraxis in den Arbeitsverwaltungen zu fragen, und zwar speziell

- auf die Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter SGB II-Leistungsbezieher,
- auf die Identifizierung potenziell rehabilitationsbedürftiger Personen und auf deren Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie
- auf die Ausgestaltung von Leistungsprozessen zur Unterstützung der Erwerbspartizipation gesundheitlich beeinträchtigter Menschen mittels Arbeitsförderungs- oder beruflicher Teilhabemaßnahmen.

Der Forschungsgegenstand wird dabei auf drei miteinander verschränkten Ebenen untersucht:

- I. Auf der Ebene der Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigtem SGB II-Leistungsbezieher und professionellem Akteur sollen zum einen subjektive Wahrnehmungsmuster dieser Klienten durch Vermittler sowie zum anderen Erfassungsroutinen individueller gesundheitlicher Aspekte der SGB II-Leistungsbezieher und deren Bedeutung für das weitere professionelle Handeln der Vermittler, Fallmanager und Reha-Berater offengelegt werden.
- II. Individuelle Verfahrensmuster auf der Interaktionsebene werden durch innerbehördliche Betreuungsstrukturen, Entscheidungswege und Handlungsvorschriften mitbestimmt. Daher werden Einflussfaktoren durch die jeweiligen Institutionen untersucht, die die Erfassung und Berücksichtigung individueller gesundheitlicher Aspekte in der Interaktion mit dem SGB II-Leistungsbezieher rahmen und ggf. prädestinieren. Hier geht es also um die institutionelle Ebene.
- III. Da am Prozess des Zugangs zu Leistungen zur beruflichen Rehabilitation im Rahmen des SGB II (mindestens) zwei institutionelle Akteure beteiligt sind, steht neben innerbehördlichen Abläufen auch die Ausgestaltung der interinstitutionellen Zusammenarbeit im Blickpunkt des Forschungsinteresses (interinstitutionelle Ebene). Hierbei wird auf die Schnittstelle zwischen den SGB II-Trägern und den Arbeitsagenturen fokussiert und es werden Formen der klientenbezogenen Zusammenarbeit im Rahmen des Leistungszugangs herausgearbeitet.

4 Material und Methodik

Zur Erfassung der institutionellen Strukturen und Prozesse des Zugangs gesundheitlich beeinträchtigter Menschen im Leistungsbezug des SGB II zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden im Rahmen einer umfassenden qualitativen Studie bundesweit persönliche Interviews mit Experten der Sozialverwaltung, den Mitarbeitern beider am Rehabilitationszugang beteiligter Arbeitsmarktinstitutionen (Arbeitsagentur und SGB II-Träger), durchgeführt. Die Analyse der professionellen Akteursperspektive in den einzelnen Institutionen der Arbeitsverwaltung ermöglicht dabei den Zugriff auf Routinen professionellen Handelns und gibt in einer vergleichenden Analyse Aufschluss über Verfahren und Varianz des Zugangs zu und der Steuerung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für SGB II-Leistungsbezieher³².

4.1 Experteninterviews als spezifische Methode

Zur Beantwortung der Forschungsfragen ist die Verwendung von Experteninterviews als Erhebungsinstrument besonders geeignet. Denn intra- und interinstitutionelle Abläufe und Prozesse der „Fallbearbeitung“ sind nicht der unmittelbaren (äußeren) Beobachtung und Erfahrung im Forschungsprozess zugänglich, sodass diese über den Kreis der daran beteiligten Akteure (hier: Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung) zu erschließen sind [81]. Dieser Zugang ermöglicht die Teilhabe an exklusivem Spezialwissen [108].

Darüber hinaus erweist sich das Experteninterview besonders günstig bei der Exploration bislang wenig erforschter, unübersichtlicher Forschungsgegenstände [109], wobei „kommunizierbares Handlungs- und Erfahrungswissen“ systematisch (unter Zuhilfenahme eines strukturierten Leitfadens) und in fallübergreifender, thematisch vergleichbarer Form erhoben werden kann [110: 37]. Über dieses reflexiv verfügbare Wissen hinaus eröffnet sich auch die Möglichkeit der „Konzeptualisierung von (impliziten) Wissensbeständen, Weltbildern und Routinen, [...] die Experten in ihrer Tätigkeit entwickeln“ [110: 38]. Die Erschließung dieser subjektiven Deutungsmuster des Faktenwissens kann Erklärungsansätze für dessen Umsetzungspraxis liefern.

Somit ergeben sich durch die Methodik der Experteninterviews drei ineinander verschränkte und analytisch bedeutsame Dimensionen des Expertenwissens [110: 43]:

- *Technisches Wissen*, „das sich durch die Herstellbarkeit und Verfügung über Operationen und Regelabläufe, fachspezifische Anwendungsroutinen, bürokratische Kompetenzen usw. charakterisiert“
- *Prozesswissen*, „das sich auf [...] Information über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen [und] organisationale Konstellationen“ bezieht und somit „praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext“ des Experten repräsentiert

³² Allgemeiner formuliert liegt der Vorteil qualitativer Forschungszugänge dort, „wo es um theoretisch gehaltvolle Deutungen von Handlungsmustern und Interaktionsprozessen geht, wo die Wirkung unterschiedlicher Kontexte identifiziert werden sollen und Bedingungen, die spezifische Handlungsmuster generieren.“ [107: 84]

- *Deutungswissen*, welches sich auf „subjektive Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen des Experten“ bezieht.

Das Experteninterview fokussiert somit nicht allein auf sachdienliche Informationen [108], wobei ein „Experte“ als derjenige mit dem umfassendsten Wissen verstanden werden kann, sondern schließt die subjektive Interpretation von Wissensbeständen bei der Erhebung systematisch mit ein, was zur Frage nach der Auswahl der Gesprächspartner führt.

4.2 Auswahl der Befragungspersonen

Als „Experten“ werden im Kontext dieser Arbeit Personen verstanden, die zum Untersuchungsgegenstand relevantes Wissen auf allen drei Ebenen (vgl. Kap. 3) beitragen können. Der Expertenstatus basiert dabei nicht auf einer personalen Eigenschaft, sondern auf der (sozialen) Zuschreibung der Expertenrolle durch den Forscher [111]. Zentral ist die „soziale Relevanz“ des Expertenwissens, die entsteht, wenn die Experten durch „ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren“ [110: 45]. Diese praxisrelevante „Wirkmächtigkeit“ des Wissens der Experten bildet neben dessen Exklusivität ein wichtiges Auswahlkriterium.

Insofern wurden als „Experten“ Mitarbeiter der operativen Ebene der Arbeitsverwaltungen mit häufigem Klientenkontakt definiert, um eine möglichst große Nähe zum direkten professionellen Handeln herzustellen (Abbildung 8). Gesprächspartner waren bei den SGB II-Trägern persönliche Ansprechpartner, Vermittler oder Fallmanager, die (auch) Leistungsbezieher mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen betreuen. In den Arbeitsagenturen waren Rehabilitationsberater die idealen Gesprächspartner [10].

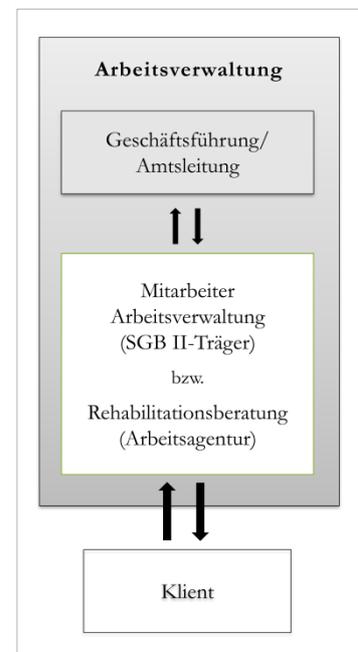


Abbildung 8: Schematischer Aufbau der Arbeitsverwaltungen

4.3 Interviewleitfaden- und Fallvignettenentwicklung

Als Grundlage der strukturierten Experteninterviews wurde – in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit – ein umfassender Interviewleitfaden entwickelt, der entsprechend der unterschiedlichen institutionellen Ausgestaltung der Träger von Leistungen des SGB II und der Zuständigkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen des SGB II an jeweilige institutionsspezifische Besonderheiten angepasst

wurde³³. Den zentralen Baustein des Leitfadens stellten zwei Fallvignetten für den Bereich der Wiedereingliederung dar (Tabelle 3). Fallvignetten oder Fallprofile sind Beschreibungen typisierter „Musterkunden“ [112-113], also von als typisch erachteten Fällen, die fallbezogene Diskussionen ermöglichen [109]. Diese Vignetten wurden im Rahmen der Studie mittels Konsensusverfahrens für den Einsatz in den Experteninterviews mit den Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung spezifisch entwickelt. Daran beteiligt waren sowohl Mitarbeiter des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg als auch Mitarbeiter des Sonderforschungsbereiches 580. Die Vignetten bilden dabei gezielt unterschiedliche Aspekte (persönliche, erwerbstätigkeitsbezogene, gesundheitliche) ab.

Bei dieser Methode der simulativen „Fallbearbeitung“ werden auf indirektem Weg individuelle Handlungswege und -bedingungen der Experten auf den drei benannten Ebenen expliziert und somit dem Forschungsprozess zugänglich [10]. Dabei sind die Profile zwar in der Arbeitsrealität der Befragten verortet, erfassen jedoch die definierten Zielgrößen auch bei strukturell verschiedenen regionalen Gegebenheiten in funktionaler Äquivalenz [109]. So bildet der Einsatz von Fallprofilen die Grundlage zur Herstellung einer interinstitutionellen Vergleichbarkeit von Handlungsmustern und Verfahrensweisen der befragten Personen. Dies ist im Besonderen wesentlich, da die Ergebnisse durch die mit den Vignetten synchronisierte Referenz der Handlungsroutinen interinstitutionell vergleichbar werden, was die Basis der generalisierenden Auswertung der Interviews ist. Dabei setzt der Einsatz von Fallvignetten keine institutionelle Gleichheit des Aufbaus der untersuchten Organisationen voraus, sondern die Untersuchung des Aufbaus ist wesentlicher Forschungsbestandteil [109]. Dem regional unterschiedlichen institutionellen Aufbau der Arbeitsverwaltungen kann so gezielt Rechnung getragen werden [114].

Forschungspraktisch ist zu konstatieren, dass konkrete Fallbesprechungen – trotz ihres eigentlich simulativen Charakters – auf der realen Handlungsebene ansetzen, statt eine abstrakt-reflexive Gesprächssituation herzustellen. Der für die befragten Personen praxisnahe Einstieg in die Arbeitsroutine durch konkrete Diskussion von Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten erweist sich als besonders günstig [109].

Die Fallvignetten wurden den Experten zu Beginn des Gesprächs nacheinander sichtbar vorgelegt und anhand des Fragekonzeptes und der Fallmodellierungen systematisch abgearbeitet. Die Fälle waren spezifisch so konzipiert, dass mehrere Handlungsalternativen relevant sein können, um insbesondere das Erkennen und Beurteilen der gesundheitlichen Situation und eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs zu simulieren. Zur Abbildung verschiedener Verfahrensweisen bei spezifischen Klientengruppen wurden zusätzlich Fallmodulationen der Profile vorgenommen, welche nach Besprechung des „Ausgangsfalles“ thematisiert wurden. Zudem sah der Leitfaden weitere

³³ Da insgesamt vier unterschiedliche Institutionen zu berücksichtigen waren, ergaben sich auf Grundlage eines Ausgangsinstrumentes spezifische Leitfäden für vier Interviewsituationen: a) in den Agenturen für Arbeit, b) in den Arbeitsgemeinschaften, c) bei den zugelassenen kommunalen Trägern und d) bei den getrennten Trägerschaften.

Tabelle 3: Verwendete Fallvignetten

<p>1. Fallbeschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frau, 32 J., Ausbildung: Altenpflegerin - seit 15 Monaten arbeitslos; hat den Wunsch, beruflich tätig zu sein - erschien zu den letzten beiden Beratungsgesprächen nicht, konnte aber einen Krankenschein (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) vorlegen - Kundin zeigt einen schlechten Allgemeinzustand; wirkt „unfit“, ohne deutliche Anzeichen einer Krankheit zu zeigen <p>Auf Nachfrage (Frage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kundin deutet gesundheitliche Probleme an und meint, es gesundheitlich auf keinen Fall mehr im alten Beruf „zu schaffen“; vor Arbeitslosigkeit hätte sie es nur noch mit Mühe und vielen Krankheitstagen hinbekommen - bestehende Rückenprobleme/Bandscheibe (8 Wochen AU im letzten Jahr) - Kundin hat zuvor keine andere Maßnahme erhalten
<p>2. Fallbeschreibung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mann, 40 J., keine Ausbildung: Lagerist - 2 Jahre arbeitslos - hat den Wunsch, beruflich tätig zu sein - Berufswunsch: Rückkehr in die alte Tätigkeit oder auch Tätigkeitswechsel - vor einem Jahr: leichter Schlaganfall <p>Auf Nachfrage (Frage 3):</p> <ul style="list-style-type: none"> - bestehende Lähmungserscheinungen im rechten Arm - medizinische Rehabilitation bereits durchlaufen - Kunde hat zuvor keine andere Maßnahme erhalten
<p>Fragenkonzept</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Wie wäre dieser Klient zu Ihnen gelangt? (2) Was wäre der nächste Schritt? (3) Benötigen Sie weitere Informationen zur Beurteilung des Falles? Wenn „ja“, welche? (4) Treffen Sie die Entscheidung über das weitere Vorgehen? Wenn „nein“: Wen beziehen Sie in die Beurteilung des Falles ein? (5) Welche Handlungsmöglichkeiten haben Sie? (6) Welche weiteren Maßnahmen sind Ihrer Meinung nach angezeigt? Warum? (7) Liegt eine Indikation zur Maßnahme der Teilhabe am Arbeitsleben vor? <ul style="list-style-type: none"> - Welche Leistungen kämen für diesen Kunden bzw. diese Kundin in Betracht? - Falls keine Indikation vorliegt: Was ist nicht gegeben bzw. was fehlt? - Wenn „ja“: Wie werden die Entscheidungen getroffen?
<p>Fallmodellierung: „Fallbearbeitung“ abhängig von ...</p> <ul style="list-style-type: none"> - dem Alter? - dem Geschlecht? - der Erwerbsfähigkeit? - dem Umfang der beruflichen Qualifikation? - einer früheren Maßnahmeteilnahme? - einem vorangehenden Krankenhausaufenthalt?

allgemeine Fragenkomplexe zur Arbeitsroutine, zur beruflichen Rehabilitation sowie zur intra- und interbehördlichen Kommunikation vor. Fragen aus diesen Komplexen wurden nur dann explizit angesprochen, wenn sie nicht bereits in der praxisnahen Bearbeitung der Fallvignetten geklärt wurden. Der inhaltliche Rahmen der Leitfadeninterviews ermöglichte eine zielgerichtete Erfassung relevanter Sachverhalte. Trotzdem wurde immer noch genügend Raum für Relevanzsetzungen der Befragten eröffnet [10; 115]. Der Leitfaden wurde vorab im Rahmen eines Gesprächs mit einer Mitarbeiterin einer Arbeitsverwaltung getestet. Fragen, bei denen Verständnisprobleme auftraten, wurden modifiziert.

4.4 Stichprobe

Zur Erfassung der Zugangs- und Steuerungsprozesse bei beruflichen Rehabilitationsleistungen für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen wurden bundesweit insgesamt 32 leitfadengestützte Experteninterviews in 22 Kommunen durchgeführt³⁴. Befragt wurden sowohl Mitarbeiter SGB II-tragender Institutionen (zwölf Arbeitsgemeinschaften, sieben zugelassene kommunale Träger, zwei getrennte Trägerschaften) als auch Mitarbeiter jeweils korrespondierender Arbeitsagenturen (n=11). Damit wurden beide am Rehabilitationszugang von SGB II-Leistungsempfängern beteiligten lokalen Institutionen einbezogen.

Um einerseits eine breite Varianz der institutionellen Ausgestaltung des Zugangs zu und der Steuerung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen abzubilden und andererseits potenzielle Einflussfaktoren institutionellen Handelns zu erfassen, wurden bei der Ziehung der Stichprobe die strukturellen Kriterien Arbeitsmarktlage, Siedlungsstruktur und Region berücksichtigt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Stichprobenzusammensetzung der 22 Kommunen nach Schichtungskriterien³⁵

Arbeitsmarktlage	Siedlungsstruktur	Region
gut: n=8	städtisch: n=9	Ostdeutschland: n=6
durchschnittlich: n=7	ländlich: n=13	Westdeutschland: n=16
schlecht: n=7		

4.5 Interviewdurchführung

Alle 32 Interviews wurden persönlich im Herbst 2006 am Arbeitsplatz der Interviewpartner durchgeführt. Forschungspraktisch wurden die Einrichtungen zunächst schriftlich über das Forschungsvorhaben informiert und wenig später telefonisch zwecks Terminvereinbarung kontaktiert. Die

³⁴ In nur zwei von allen angefragten Einrichtungen kam kein Expertengespräch zustande, was mit einer krankheits- und urlaubsbedingt sehr dünnen „Personaldecke“ begründet wurde. Somit konnte in fast allen Institutionen der einfachen Stichprobe ein Interview durchgeführt werden.

³⁵ Die geschichtete Stichprobenziehung erfolgte auf Grundlage der Ergebnisse des IAB-Projektes „Regionale Typisierungen im Bereich des SGB II“ durch das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nürnberg [116].

Reaktionen der Gesprächspartner (Vermittler, Fallmanager, persönlicher Ansprechpartner und Reha-Berater) auf Anliegen und Thema der Studie waren in der Regel positiv. Häufige Unsicherheiten in Bezug auf den Inhalt des Gesprächs konnten durch Darstellung des groben Ablaufs und Inhalts bereits beim telefonischen Erstgespräch deutlich verringert werden. Die Interviewatmosphäre gestaltete sich trotz tontechnischer Aufzeichnung überwiegend angenehm.

Der nach kurzen Fragen zur beruflichen Stellung und zur Person konkrete Gesprächseinstieg in (simulierte) berufliche Alltagssituationen gelang durch den Einsatz der Fallvignetten zumeist sehr gut. Die gezielte Orientierung an der täglichen Arbeitspraxis der Gesprächspartner eröffnete eine Gesprächsatmosphäre mit großer Offenheit und ungezwungenem Charakter. Dies führte teilweise zu deutlich längeren Gesprächen als zuvor angenommen. Die erwartete Interviewdauer von 60 bis 90 Minuten wurde häufig überschritten, wobei auch Gespräche von mehr als zwei Stunden Länge vorkamen. Als wichtig für die Gesprächsatmosphäre und die Offenheit erwies sich die zugesicherte Anonymität. Sie wurde an für die Gesprächspartner besonders sensiblen Stellen von diesen mitunter rückversichert.

Die Vignetten eröffneten einen pragmatischen Zugang zur Betreuung von Klienten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, zumal es insbesondere die Vermittler (o. ä.) scheinbar nicht gewohnt waren, in abstrakter, reflektierter Form über ihre Arbeit zu sprechen. Da eine ungewohnte Interviewsituation zu einem spezifischen Thema auch als (Über-)Prüfung der eigenen Arbeit und Kompetenz erlebt werden kann, war der praktische Zugang zudem besonders günstig. Die kontinuierlichen Auswertungen zeigten, dass mit diesen 32 Interviews eine theoretische Sättigung nach dem Konzept des „Theoretical Samplings“³⁶ erreicht werden konnte [117].

4.6 Auswertungsmethodik: qualitative Inhaltsanalyse

Alle Interviews wurden transkribiert und computergestützt mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet [118-119]. Unter qualitativer Inhaltsanalyse wird die Bündelung von Verfahrensweisen zur systematischen Textanalyse verstanden, wobei die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durch eine klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterialien – gleich welcher Herkunft – gekennzeichnet ist. Sie stellt eine empirische, methodisch kontrollierte Auswertungsmethode dar. Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, an den notwendigen enthaltenen qualitativen Bestandteilen des Interviewmaterials anzusetzen und sie durch die weiteren Analyse-schritte und Analyseregeln systematisch zu verdichten [108]. Mittels der Technik inhaltlich strukturierender Inhaltsanalyse wurden anhand festgelegter Ordnungskriterien relevante Aspekte aus dem Material herausgearbeitet [120], wobei das hierfür notwendige gestufte Kategorienschema aus den strukturierten Leitfäden abgeleitet wurde.

³⁶ Darunter wird die Schwelle verstanden, die keine neuen Sampling-Kriterien mehr eröffnet und auf der Ergebnisebene keine weitere Varianz mehr erschließt.

Das Material (Interviewtranskripte) wurde dabei in einem ersten Schritt unter Anwendung des Kategoriensystems in zum Teil mehreren Durchläufen bearbeitet. Darauf aufbauend wurde das umfangreiche Material zur weiteren Reduktion in mehreren konsekutiven Arbeitsschritten generalisierend zusammengefasst. Das jeweilige Arbeitsergebnis bildete bei diesem Prozess zugleich den Ausgangspunkt für die nächsten Schritt der generalisierenden Verdichtung, wobei mit jedem Arbeitsschritt das Abstraktionsniveau steigt [118]. Die Auswertung konzentrierte sich auf die inhaltlichen Aussagen der Befragten. Der Ergebnisteil fasst diese Aussagen zusammen. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt daher in generalisierter, fallvignettenübergreifender Form.

4.7 Tätigkeits- und Ausbildungsspektrum der Interviewpartner

Die überwiegende Mehrheit der Gesprächspartner aus den SGB II-Institutionen begann ihre aktuelle Tätigkeit mit der SGB II-Einführung im Januar 2005 oder in der ersten Jahreshälfte desselben Jahres. Die Reha-Berater der Arbeitsagenturen waren überwiegend schon seit mehreren Jahren auf ihren aktuellen beruflichen Positionen beschäftigt (im Durchschnitt acht Jahre). Quereinsteiger in das Berufsfeld der Arbeitsvermittler, die zeitnah mit der SGB II-Einführung ihre neue Tätigkeit begonnen haben, lassen sich sowohl in den ARGEen als auch bei den zugelassenen kommunalen Trägern finden, wobei diese Quereinsteige häufiger bei den zugelassenen kommunalen Trägern als in den ARGEen vorkamen. Das Ausbildungsspektrum der beruflichen Quereinsteiger beinhaltete neben Qualifikationen im Bereich der Sozialverwaltung insbesondere pädagogische Berufszweige, die oftmals durch berufsbegleitende Weiterbildungen im Rahmen ihrer aktuellen Tätigkeit ergänzt wurden. Etwa drei Viertel der Gesprächspartner waren bereits vor ihrer aktuellen Tätigkeit beim SGB II-Träger in der Arbeitsagentur beschäftigt.

In den Arbeitsagenturen verfügten alle interviewten Reha-Berater über eine Ausbildung oder Weiterbildung, die relevant für ihre Tätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit war. Dabei handelte es sich zumeist um eine Verwaltungsausbildung, die oft über interne Qualifizierungswege der Arbeitsagentur absolviert wurde (z. B. Hochschule der BA in Mannheim – Abschluss als Dipl.-Verwaltungswirt). Aber auch unter den langjährigen Agenturmitarbeitern fanden sich Quereinsteiger. Dies galt vor allem für Mitarbeiter der Arbeitsagenturen aus den neuen Bundesländern.

Der rehabilitationsbezogene Kenntnisstand der Interviewpartner war, folgt man ihrem jeweiligen Ausbildungs- und Tätigkeitsschwerpunkt, sehr unterschiedlich. Bei den Gesprächspartnern in den Arbeitsagenturen (fast ausschließlich Reha-Berater) war, auch aufgrund ihrer durchschnittlich längeren Berufserfahrung, davon auszugehen, dass sie über (umfangreiche) rehabilitationsspezifische Kenntnisse verfügen. In den SGB II-Institutionen wiesen die Gesprächspartner einen unterschiedlichen rehabilitationsbezogenen Kenntnisstand auf. Einige Arbeitsvermittler verfügten aus einer vorhergehenden Tätigkeit im Rehabilitations- bzw. Schwerbehindertenbereich oder aufgrund einer thematisch nahen Ausbildung bzw. entsprechender Weiterbildungen (z. B. Sozial-, Heil- oder

Medizinpädagogik, Reha-Berater-Schulungen) über rehabilitationsspezifische Kenntnisse. Ungefähr die Hälfte der Befragten aus den SGB II-Institutionen war zuvor nicht mit rehabilitationsbezogenen Arbeitsaufgaben betraut.

Mit der realisierten Stichprobe wurde ein breites Spektrum von Mitarbeitern in den Arbeitsagenturen und SGB II-Institutionen auf unterschiedlichem Tätigkeits-, Spezialisierungs- und Verantwortungsniveau sowie mit unterschiedlichem rehabilitationsspezifischen Kenntnisstand interviewt.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Arbeitsergebnisse aus der Analyse der Experteninterviews vorgestellt.

5.1 Zur Klientenstruktur in den Institutionen der Arbeitsverwaltung

Bei dem durch die befragten Mitarbeiter der SGB II-Institutionen betreuten Personenkreis handelt es sich um eine heterogene Klientel mit unterschiedlichen Voraussetzungen, Kompetenzen sowie biografischen und/oder sozialen Kontexten. Durch den systematischen Einbezug der ehemaligen Sozialhilfeklientel in die Betreuung der Arbeitsverwaltung und die Einführung des Konstrukts der Bedarfsgemeinschaft³⁷ unterscheidet sich die Klientenstruktur bei den SGB II-Trägern deutlich von der der Agentur für Arbeit vor Einführung des SGB II im Jahr 2005.

Aus dem Datenmaterial kann herausgearbeitet werden, dass häufig bei der Reintegration dieses Personenkreises in das Erwerbsleben spezifische Herausforderungen bestehen, die in der Terminologie der Arbeitsverwaltung als „Vermittlungshemmnisse“ beschrieben werden (vgl. Abbildung 9). Solche „Vermittlungshemmnisse“ kumulieren, so die Befragten, nicht selten durch Kombination mehrerer Aspekte sowie weiterer arbeitsmarktrelevanter Faktoren zu „multiplen Vermittlungshemmnissen“, die die Betreuungsarbeit wesentlich erschweren und die Eingliederungschancen deutlich verschlechtern. Dabei wird vor dem Hintergrund der täglichen Arbeitsrealität festgestellt, dass mindestens ein Drittel aller Klienten an (mindestens) einer gesundheitlichen Einschränkung bzw. manifesten Erkrankung leidet, die eine berufliche Wiedereingliederung erschwert.

- fortgeschrittenes Alter
- fehlende oder geringe schulische und/oder berufliche Qualifikation
- eine längere Dauer der Arbeitslosigkeit
- häufige Erwerbsunterbrechungen
- geringere Flexibilität
- geringe Erwerbsorientierung
- persönliche und familiäre Problemlagen
- Schulden
- geringe Motivation
- Arbeitsentwöhnung
- gesundheitliche Beeinträchtigung(en)
- Suchtprobleme

Abbildung 9: „Vermittlungshemmnisse“ bei der Integration in Arbeit³⁸

Die Mitarbeiter der SGB II-Träger haben dabei häufig gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher zu betreuen, bei denen (noch) kein attestierter Rehabilitationsbedarf vorliegt. Zwar weisen aus Sicht der Mitarbeiter viele Klienten auffällige psychische Symptome auf, die auch im Zusammenhang mit Langzeitarbeitslosigkeit stehen, aber nicht zwangsläufig einen Rehabilitationsbedarf nach sich ziehen. Da diese Klientengruppe häufig mit der Bewältigung des Lebensalltags überfordert sei und psychische Erkrankungen in ihrem phasenweisen Verlauf oft

³⁷ Im Kontext von Bedarfsgemeinschaften (vgl. §7 SGB II) traten vor allem Frauen (Ehefrauen, nicht eheliche Lebenspartnerinnen) und jugendliche Sozialleistungsbezieher, welchen oftmals „multiple Vermittlungshemmnisse“ attestiert werden, zum Klientenkreis hinzu.

³⁸ Darüber hinaus wirkt sich auf eine Erwerbsintegration aus Sicht der Befragten sozial unangemessenes Verhalten, geringes Durchhaltevermögen, Unzuverlässigkeit, eine geringe Zukunftsperspektive und Unpünktlichkeit negativ aus.

langwierig und schwierig sind, stellen sie darüber hinaus häufig Problemfälle mit hohem Betreuungsaufwand im Arbeitsalltag der befragten Experten dar. Komplexität und Dominanz individueller Problemlagen (Schulden- oder Suchtproblematik, familiäre Probleme etc.) werden nicht selten von den Mitarbeitern (zunächst) als wesentlicher erlebt, wodurch die Berücksichtigung gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte teilweise nachrangig wird. Gerade Klienten mit mehreren „Vermittlungshemmnissen“, insbesondere in den Bereichen Qualifikation, Motivation, soziale Kompetenz und Gesundheit, werden von vielen befragten Experten der SGB II-Institutionen als „typisch“ für ihre Beratungsrealität beschrieben. Die Chancen einer (dauerhaften) Erwerbsintegration dieses Personenkreises in den ersten Arbeitsmarkt werden als besonders gering und teilweise fast aussichtslos eingeschätzt.

Sowohl die Mitarbeiter der SGB II-Träger als auch der Arbeitsagenturen beschreiben eine Veränderung der Klientenstruktur in den letzten Jahren (vgl. Tabelle 5). Diese Veränderung wird dabei von den Mitarbeitern der SGB II-Einrichtungen wesentlich deutlicher herausgestellt als von den Rehabilitationsberatern der Arbeitsagentur. Die im SGB II-Bereich als „typisch“ beschriebenen Fallkonstellationen werden seitens der Rehabilitationsberater als eher weniger typisch für ihre täglichen Beratungsarbeit thematisiert.

Tabelle 5: Berichtete Veränderungen der Klientenstruktur, institutionsvergleichende Darstellung

Arbeitsverwaltung der SGB II-Träger	Rehabilitationsberatung der Arbeitsagentur
<ul style="list-style-type: none"> - Zunahme an Personen mit multiplen Gesundheitsproblemen und Personen mit psychischen Erkrankungen - Zunahme an Personen mit (anderen) „Vermittlungshemmnissen“ - Zunahmen an Personen mit „multiplen Vermittlungshemmnissen“ 	<ul style="list-style-type: none"> - geringere Veränderung der Klientel bei den Rehabilitationsberatern - Rückgang „klassischer Rehafälle“ (z. B. Handwerker mit Rückenleiden) - Zunahme an Personen mit mehrfachen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Multimorbidität) und Personen mit psychischen Erkrankungen

5.2 Betreuungsstrukturen für gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher

Mit der sozialgesetzlichen Aufteilung der Kompetenzbereiche für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zwischen Arbeitsagentur (Reha-Steuerung) und SGB II-Träger (Leistungserbringung) wurden komplexe Rahmenbedingungen geschaffen, die den institutionellen Zugangsweg zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit deutlich strukturieren. Die Ausgestaltung des institutionellen Weges für potenzielle Rehabilitanden ist nicht durch den Gesetzgeber vorgegeben worden, was den institutionellen Akteuren einen deutlichen Gestaltungsspielraum eröffnete (vgl. §6c SGB II). Im Rahmen der Begleitforschung zur Einführung des SGB II wurde aufgezeigt [114], dass eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationsmodelle bei SGB II-Trägern entstanden ist. Daher wurden in den Interviews die Verfahrenswege im Rahmen der Wiedereingliederung erhoben und – wegen der Vielfältigkeit der Ausgestaltungsmöglichkeiten –

zu einem Grundmuster verdichtet, welches im Vergleich zu den Arbeitsprozessen bei Personen im Arbeitslosengeld I-Bezug (Alleinzuständigkeit der Agentur für Arbeit) in Abbildung 10 zusammenfassend schematisch abgebildet ist.

Der Erstkontakt gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitsloser mit der Arbeitsverwaltung erfolgt entweder durch persönliches Vorsprechen im „Kundenzentrum“, welches sich zumeist im Eingangsbereich des Verwaltungsgebäudes befindet, oder telefonisch über das Servicecenter, das über eine zentrale Rufnummer erreichbar ist. In beiden Fällen kann nach Prüfung der Zuständigkeit der Agentur für Arbeit oder des SGB II-Trägers³⁹ ein Termin für ein Beratungsgespräch mit dem zuständigen Arbeitsvermittler⁴⁰, dem somit zugleich die Rolle des Erstansprechpartners zukommt, vereinbart werden. Ein erster Beratungstermin soll möglichst zeitnah verwirklicht werden, erfolgt zum Teil aber auch erst mehrere Wochen nach dem Erstkontakt. Die Betreuung durch die SGB II-Institution ist dabei von einer Leistungsbewilligung abhängig⁴¹.

Werden im ersten oder in einem folgenden Gespräch mit dem Erstansprechpartner (Vermittler) aus Sicht des Vermittlers mehrere spezifische Probleme der Erwerbsintegration („multiple Ver-

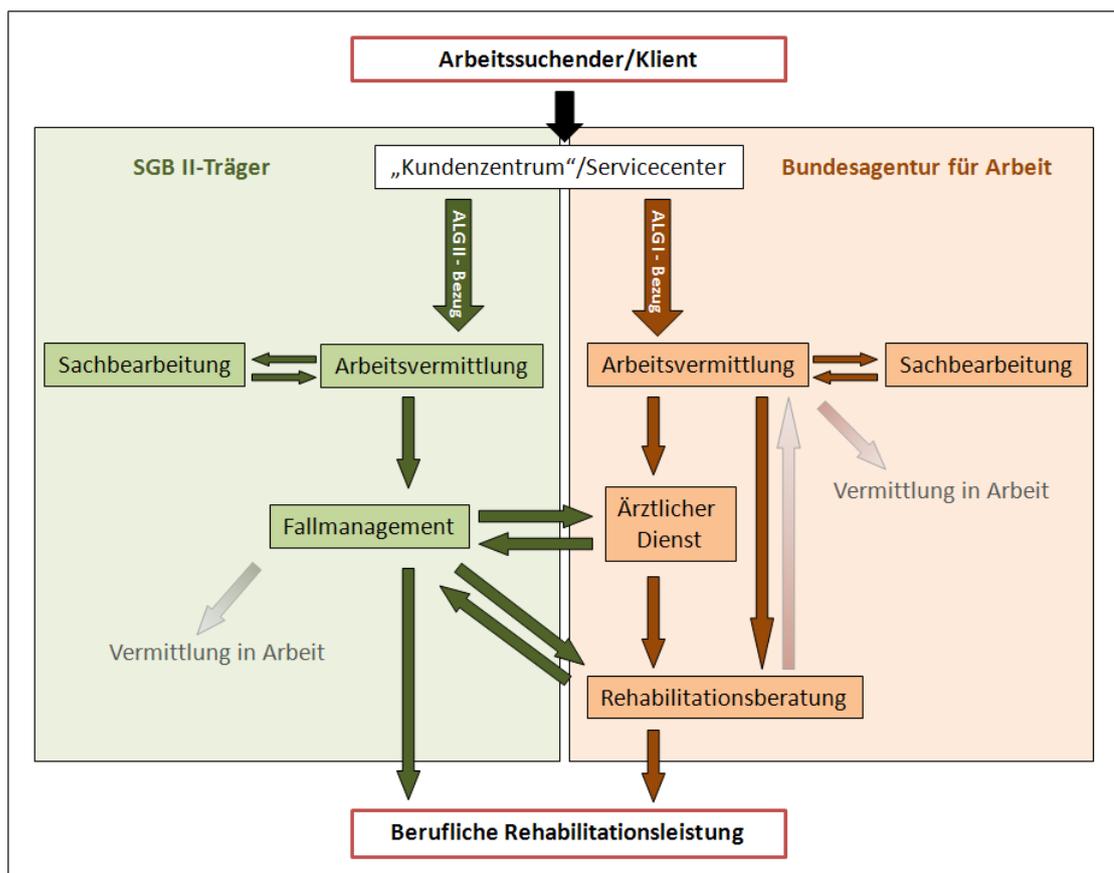


Abbildung 10: Vergleichende schematische Darstellung des institutionellen Zugangswegs gesundheitlich beeinträchtigter Personen zu beruflichen Rehabilitationsleistungen nach Art des Leistungsbezugs (ALG I/ALG II; eigene Darstellung).

³⁹ Vgl. §§12ff. SGB III und §7 SGB II.

⁴⁰ Der Mitarbeiter wird auch als sogenannter „persönlicher Ansprechpartner“ bezeichnet.

⁴¹ Zu den leistungsrechtlichen Voraussetzungen vgl. Kap. 2.4.1.

mittlungshemmnisse“) offenbar, zu denen auch gesundheitliche Probleme zu zählen sind, liegt es in der Entscheidung des Mitarbeiters, den Klienten zur Weiterbetreuung an einen Fallmanager⁴² weiterzuleiten. Ausschließlich gesundheitliche Beeinträchtigungen reichen für die Übertragung der Betreuung an das Fallmanagement meist nicht aus. Vielmehr muss in der Regel mehr als eine besondere Problematik bei der Vermittlung in Arbeit hinzutreten. Werden keine weiteren „Vermittlungshemmnisse“ attestiert, erfolgt die Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Personen ausschließlich im Rahmen der allgemeinen Arbeitsvermittlung⁴³.

Bei Bekanntwerden gesundheitlicher Probleme im Vermittlungsgespräch erfolgt deren Abklärung seitens der SGB II-Träger durch die Beauftragung eines ärztlichen Fachgutachtens. Zentral ist hierbei der Einbezug des ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur bzw. eines Amtsarztes (als externe Begutachtungsstelle, welche häufiger von zugelassenen kommunalen Trägern favorisiert wird).

Die Ergebnisse der Begutachtung werden anschließend dem Auftraggeber (dem SGB II-Träger) übermittelt. Der Vermittler bzw. Fallmanager entscheidet nun über die Weiterleitung des Klienten an einen Rehabilitationsberater der Arbeitsagentur zur Prüfung und ggf. Feststellung eines Rehabilitationsbedarfs oder er strebt die Vermittlung in Arbeit im Rahmen seiner Betreuung an. Wird die Person und das ärztliche Gutachten an den Reha-Berater der Agentur weitergeleitet, entscheidet dieser, ob eine Indikation zur beruflichen Rehabilitation vorliegt⁴⁴. Ist kein Rehabilitationsbedarf gegeben, erfolgt die Vermittlung in Arbeit durch die SGB II-Institution; ggf. unter Berücksichtigung individueller gesundheitlichen Faktoren.

Wird ein Rehabilitationsbedarf attestiert und die Person als „Rehabilitand“ durch die Agentur für Arbeit anerkannt, folgt (gemeinsam mit dem Betroffenen) die Erarbeitung eines Rehabilitationsplans durch den Rehabilitationsberater. Dieser Plan ist in Form einer Rehabilitationsempfehlung der zuständigen SGB II-Institution zur Bewilligung vorzulegen, da diese im Rahmen der Finanzverantwortung die Kosten der Maßnahme trägt. Stimmt der SGB II-Träger zu, kann die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

5.3 Handlungsmuster und Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten SGB II-Leistungsbeziehern mit Blick auf den Zugang zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen

Anhand der Auswertung des umfassenden Interviewmaterials konnte herausgearbeitet werden, dass erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen im SGB II-Leistungsbezug durch die *Mitarbeiter der SGB*

⁴² Unter Fallmanagement wird die Betreuung von Personen mit „multiplen Vermittlungshemmnissen“ durch spezifisch geschulte Mitarbeiter bezeichnet. Der Betreuungsschlüssel Mitarbeiter-Klient ist dabei wesentlich geringer.

⁴³ Zur Betreuung des eng umgrenzten Personenkreises der bereits durch die Arbeitsagentur anerkannten Rehabilitanden und der anerkannten schwerbehinderten Menschen sind in einigen Institutionen spezifische Mitarbeiter (Arbeitsvermittler oder Fallmanager) zuständig.

⁴⁴ Beim Vergleich der Verfahrenswege für potenziell rehabilitationsbedürftige Personen im Arbeitslosengeld I-Bezug und für den Personenkreis des SGB II wird deutlich, dass das ärztliche Gutachten bei ersteren direkt an die Rehabilitationsberatung zur Weiterverwendung übermittelt wird, während es bei SGB II-Beziehern zunächst an die beauftragende Stelle (Arbeitsvermittlung/Fallmanagement) übersandt wird.

II-Träger vorrangig unter dem Fokus arbeitsplatzbezogener Kriterien wahrgenommen werden. Vor dem Hintergrund des Ziels der zeitnahen beruflichen Wiedereingliederung in Erwerbstätigkeit stehen Wahrnehmungsmuster und Handlungsweisen im Vordergrund, die auf dieses Ziel ausgerichtet sind. Genauer: Hinsichtlich der (gesundheitlich beeinträchtigten) Klienten ist insbesondere die Möglichkeit der „Platzierbarkeit“ auf dem Arbeitsmarkt, der Arbeitsaufnahme und der Tätigkeitsausübung für die Mitarbeiter wesentlich. Als zentral werden dabei Aspekte der beruflichen Qualifikation, der bisherigen beruflichen Tätigkeit und vorhandener spezifischer Berufserfahrungen und -kompetenzen beurteilt.

Werden in dem auf Vermittlung ausgerichteten Beratungsprozess konkrete Hinweise auf gesundheitliche Beeinträchtigungen offenbar, geht der zuständige Arbeitsvermittler oder, sofern bereits mehrere „Vermittlungshemmnisse“ attestiert wurden, der Fallmanager des SGB II-Trägers diesen zumeist durch Beauftragung eines ärztlichen Gutachtens nach. In der Regel sind hierbei gesundheitliche Aspekte relevant, die mit der Erwerbstätigkeit bzw. der Berufsausübung korrespondieren.

Die Analyse der Fallvignetten macht deutlich, dass der Handlungsimpuls für ein ärztliches Gutachten vor allem dann entsteht, wenn im Beratungsgespräch durch den Klienten geäußert wird, dass für ihn die Ausübung des Berufs bzw. der beruflichen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist. Von den SGB II-Institutionen wird daher ein ärztliches Gutachten häufig erst im Kontext der Klärung der Erwerbsfähigkeit⁴⁵ angewiesen, also wenn der Klient gesundheitliche Probleme explizit thematisiert; im Besonderen, wenn diese eine Arbeitsaufnahme verhindern (Tabelle 6). Entsprechend ist die Intention der Beauftragung des ärztlichen Gutachtens zumeist zum einen die Klärung, inwieweit der Klient dem SGB II-Kriterium der bestehenden Erwerbsfähigkeit entspricht und somit überhaupt zum zu betreuenden Rechtskreis zählt. Auch einer klientenseitig dargestellten Erwerbsunfähigkeit kann so gezielt nachgegangen werden. Zum anderen – so die Intention der Vermittler bei der Beauftragung – werden mittels ärztlichem Gutachten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Klienten aus medizinischer Perspektive erfasst und berufsspezifisch bewertet. Dies gibt den Vermittlern Aufschluss über Möglichkeiten der Vermittlung und der weiteren Berufsausübung, was für ihre eigene Handlungspraxis relevant ist.

Werden gesundheitliche Aspekte vom Klienten nicht explizit herausgestellt, motiviert dies die Mitarbeiter seltener zur Prüfung der gesundheitlichen Situation. Das ist insbesondere dann auffällig, wenn aus Sicht der Vermittler Krankheitssymptomatiken unspezifisch sind oder klientenseitig eine hohe Erwerbsorientierung, also der Wunsch, beruflich – ggf. auch in der bislang ausgeübten Tätigkeit – aktiv zu bleiben, besteht. Ein ärztliches Gutachten wird dann oftmals erst als notwendig erachtet, wenn eine Vermittlung in Arbeit aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht gelingt oder wenn sich über eine praxisnahe Arbeitserprobung in einer geförderten Maßnahme oder Arbeitsgelegenheit Probleme infolge der gesundheitlichen Einschränkungen ergeben.

⁴⁵ Vgl. Kap. 2.4.1.

Tabelle 6: Bedeutung ärztlicher Fachgutachten beim Rehabilitationszugang nach Institutionstypen

	Arbeitsverwaltung der SGB II-Träger	Rehabilitationsberatung der Arbeitsagentur
Intention der Beauftragung eines ärztlichen Gutachtens	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung und berufsspezifische Bewertung gesundheitlicher Aspekte bzgl. der Möglichkeit der Arbeitsvermittlung - Prüfung der Erwerbsfähigkeit (sozialrechtliche Zuständigkeitsprüfung) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gutachten liegt zumeist aus dem SGB II-Bereich vor - Erfassung und berufsspezifische Bewertung der gesundheitlichen Situation
Verwendung des ärztlichen Gutachtens	Alleinige Grundlage für: <ul style="list-style-type: none"> - die Entscheidung der Weiterleitung an den Rehabilitationsberater zur Prüfung des Rehabilitationsbedarfs - Berücksichtigung des Gesundheitszustandes bei der Arbeitsvermittlung - Feststellung der sozialrechtlichen Zuständigkeit 	Wesentliche Entscheidungshilfe für: <ul style="list-style-type: none"> - die Anerkennung als Rehabilitand - die Leistungsauswahl neben einer Reihe weiterer Informationen (u. a. beruflicher Werdegang, letzter ausgeübter Beruf, ggf. Informationen aus Berufsfindungs- bzw. Arbeitsprobungsmaßnahmen)
Erwarteter Inhalt des ärztlichen Gutachtens bzgl. Rehabilitationsbedarf	Klare Aussage zur Unvereinbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit den Anforderungen der (bisherigen) beruflichen Tätigkeit (möglichst inkl. Reha-Empfehlung)	Beschreibung der gesundheitlichen Situation (insbesondere: Erkrankungsart, Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, geeignete bzw. ungeeignete berufliche Tätigkeiten)

Das ärztliche Gutachten wird nach Erstellung dem Auftraggeber, also dem Arbeitsvermittler bzw. dem Fallmanager der SGB II-Institution, übersandt. Dieses Gutachten und dessen Interpretation durch den Mitarbeiter stellt die alleinige Grundlage für die Entscheidung zum weiteren Vorgehen dar, insbesondere hinsichtlich der Frage der Weiterleitung des Klienten an die Arbeitsagentur zur Prüfung potenziellen Rehabilitationsbedarfs. Das ärztliche Gutachten entscheidet somit darüber, ob überhaupt ein möglicher Rehabilitationsbedarf geprüft wird, was die Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben darstellt. Nur wenn das ärztliche Gutachten aussagt, dass eine Unvereinbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit den Anforderungen im vorhandenen Beruf besteht, wird die betreffenden Personen von der SGB II-Institution an den Reha-Berater der Arbeitsagentur weitergeleitet. Erfolgt diese Weiterleitung nicht, kann die Erwerbspartizipation des gesundheitlich beeinträchtigten SGB II-Leistungsbeziehers (nur) mittels allgemeiner Eingliederungsleistungen unterstützt werden. Wird trotz gesundheitlicher Einschränkungen die Möglichkeit des Verbleibs im alten Beruf (bzw. in der bisherigen Tätigkeit) bescheinigt, wird der Klient in der Regel nicht an den Reha-Berater der Agentur für Arbeit weitergeleitet, sondern auf die bisherige oder eine andere ausübbar Tätigkeits verwiesen. Die befragten Mitarbeiter der SGB II-Institutionen vermissen allerdings in Fachgutachten häufig eine klare Aussage zur Vereinbarkeit/Unvereinbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit den Anforderungen des bisher ausgeübten Berufs.

Die spezifische Analyse der Handlungsrouninen mittels der Fallvignetten macht darüber hinaus einen weiteren wesentlichen Aspekt deutlich: *Haben gesundheitlich beeinträchtigte Personen keinen Berufsabschluss*, waren aber langjährig in einem Tätigkeitsbereich berufstätig, werden beim Umgang mit und bei der Bewertung der erwerbsbezogenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie bei der Frage der Notwendigkeit der Prüfung von Rehabilitationsbedarf durch den Reha-Berater weitere Entscheidungskriterien hinzugezogen, die den Zugangsprozess zu beruflichen Rehabilitationsleistungen beeinflussen können. Dies sind neben der Art und dem Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor allem berufstätigkeitsbezogene Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die Qualifiziertheit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit und die Berufserfahrung⁴⁶.

Hinsichtlich des Beurteilungsaspekts „Qualifikation“ ergeben sich aus der Analyse des Verwaltungshandelns zwei verschiedene Beurteilungsschemata der Mitarbeiter. Einerseits bekommen gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher nach SGB II ohne Berufsabschluss keinen Zugang zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen, da für die befragten Mitarbeiter die bislang ausgeübte Tätigkeit aufgrund der fehlenden Ausbildung zum Bereich der Helfertätigkeiten⁴⁷ gezählt wird. In dieser Logik besteht trotz gesundheitlicher Probleme eine Einsetzbarkeit der Betroffenen im berufsunspezifischen Bereich der Helfertätigkeiten. Die Mitarbeiter können also den Klienten sowohl in den „alten“ Tätigkeitsbereich als auch in jede andere Helfertätigkeit leidensgerecht vermitteln, sodass bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen berücksichtigt werden könnten. In der Tendenz zeigt sich bei dieser Argumentationsfigur, dass die Bezugsgröße bei der Entscheidung „kein Rehabilitationsbedarf“ wegen der fehlenden Qualifikation der Arbeitsmarkt der allgemeinen Helfertätigkeiten ist, nicht jedoch die spezifische, langjährig ausgeübte Tätigkeit.

Andererseits ist für andere Mitarbeiter die Entscheidung über die Prüfung potenziellen Rehabilitationsbedarfs bei dieser Personengruppe expliziter von Aussagen des ärztlichen Gutachtens abhängig. So muss die klientenseitige Fähigkeit der weiteren Ausübung der „alten“ Tätigkeit bzw. der weiteren Beschäftigung in diesem Berufsbereich trotz der Gesundheitsprobleme anhand des Gutachtens zu entscheiden sein. Dabei fungiert die berufliche Tätigkeit der Betroffenen als Bezugsgröße für die Entscheidung über einen potenziellen Rehabilitationsbedarf. Je nach Aussage des ärztlichen Gutachtens werden die Reha-Berater der Arbeitsagentur einbezogen, um die Prüfung des Rehabilitationsbedarfs zu veranlassen.

Die Rehabilitationsberater der Arbeitsagenturen entscheiden – ihrem Selbstverständnis nach und wie gesetzlich vorgesehen – über die Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme und die Anerkennung als „beruflicher Rehabilitand“. Diese Entscheidung ist eine Entscheidung am Einzelfall,

⁴⁶ Bei Personen mit anerkanntem Berufsabschluss ist aufgrund der Beschäftigung im erlernten Beruf die Qualifiziertheit der beruflichen Tätigkeit erfüllt, weshalb die Entscheidung allein vom ärztlichen Gutachten abhängig gemacht wird.

⁴⁷ Meint hier: Einfacharbeitsplätze und Tätigkeiten, die von berufsfremden, un- oder angelernten Personen ausgeführt werden können.

deren Grundlage mindestens ein persönliches Gespräch mit dem gesundheitlich beeinträchtigten Klienten, die Art und das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen sowie deren medizinische Beurteilung in Form des ärztlichen Fachgutachtens (vgl. Tabelle 6, S. 38) und ggf. weiterer ärztlicher Unterlagen sowie weitere individuelle Aspekte des Klienten bilden. Zu den individuellen Aspekten zählen zumeist die Fähigkeiten des Klienten, Informationen über den Beruf bzw. über die letzte ausgeübte berufliche Tätigkeit und über den beruflichen Werdegang. Nicht selten sind auch psychische Aspekte und das intellektuelle Leistungsvermögen der Klienten relevant, deren Beurteilung über ein psychologisches Fachgutachten erfolgt.

Für den Klienten wird dabei nur dann auf Rehabilitationsbedarf entschieden, wenn die gesundheitlichen Einschränkungen der Grund für benötigte Hilfen zur Teilhabe sind – und nicht etwa fehlende Qualifikationen oder Kenntnisse bei der Berufsausübung. Bei *gesundheitlich beeinträchtigten Personen ohne Berufsabschluss*, aber mit langjähriger Berufstätigkeit ergeben sich (nur) dann Möglichkeiten der Unterstützung der Erwerbspartizipation mittels Teilhabeleistungen, wenn es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine qualifizierte und dauerhaft ausgeübte Tätigkeit handelt und aus den Angaben des ärztlichen Gutachtens hervorgeht, dass eine zukünftige Beschäftigung in dieser Tätigkeit auszuschließen ist.

Das ärztliche Gutachten allein reicht als Begründung für die Gewährung beruflicher Rehabilitationsleistungen nicht aus, denn im Verfahren ist eine „beraterische Begründung“ gefordert. Darum stellen die Reha-Berater explizit heraus, dass die Entscheidung von ihnen getroffen wird und nicht von den ärztlichen oder psychologischen Fachdiensten. Die Fachgutachten stellen für den Prozess der Entscheidung zwar ein unverzichtbares Kriterium dar und sind eine wichtige Entscheidungshilfe – aber keinesfalls die eigentliche Entscheidung über den Rehabilitationsbedarf.

An den Gutachten selbst kritisieren die Reha-Berater, dass sie bisweilen nicht die für ihre Entscheidung wichtigen Informationen bereitstellen und damit Nachfragen bei den Gutachtern oder eine erneute Begutachtung erforderlich machen. In Hinsicht auf psychologische Gutachten wird von einigen Befragten herausgestellt, dass diese nur eine Momentaufnahme darstellen und damit in ihrem Aussagegehalt temporären und intra-individuellen Schwankungen unterliegen können. Alternativ oder als Ergänzung zu den psychologischen Gutachten werden daher zum Teil weitere Informationen herangezogen, wie Ergebnisberichte aus mehrwöchigen Maßnahmen, z. B. aus einer Arbeitserprobung/Berufsfindung. Diese Ergebnisberichte geben nach Erfahrung dieser Experten oftmals mehr Aufschluss über die Fähigkeiten einer Person als Gutachten. Da die ärztlichen und psychologischen Gutachten nur einen Aspekt in der Entscheidung darstellen, können die Reha-Berater unter Berücksichtigung der anderen Faktoren zu einer Entscheidung gelangen, die den Empfehlungen der einbezogenen Gutachten widerspricht.

Da die Gutachten für die Reha-Berater wichtige Instrumente zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf sind, müssen sie die gesundheitliche Situation der Betroffenen klar und eindeutig beschreiben sowie Konsequenzen hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit und (noch) ausüb-

barer Tätigkeiten darstellen (Tabelle 6). Beim Vergleich der Aussagen der befragten Experten der SGB II-Institutionen zeigt sich allerdings ein deutlicher Unterschied: Eine klare Empfehlung für eine Rehabilitation ist in den Gutachten nur für die Vermittler in den SGB II-Institutionen vonnöten, weil sie aufgrund dieser Angabe entscheiden, wie mit der Person weiterhin zu verfahren ist.

Hinsichtlich des Stellenwerts von Fachgutachten ist auch festzuhalten, dass im Zusammenhang mit dem Aspekt der Eindeutigkeit der Fachgutachten mehrfach herausgestellt wird, dass die Antwort, die ein solches Gutachten erbringt, auch von der ursprünglichen Fragestellung seitens des Auftraggebers an den ärztlichen oder psychologischen Dienst abhängt. Je klarer die zu prüfenden Aspekte benannt werden, desto klarer fallen auch die gutachterlichen Aussagen aus. Insofern lässt sich gerade in solchen Institutionen, in denen es häufiger Unklarheiten und/oder Rücksprachebedarf bezüglich der Fachgutachten gibt, begründet vermuten, dass bei der Beauftragung des Gutachtens durch den Vermittler oder Reha-Berater oftmals nicht hinreichend klar die im Gutachten zu klärenden Aspekte benannt werden. Zudem können sich die als relevant beurteilten Informationen aufgrund der spezifischen Arbeitsgebiete nach Institutionentyp (SGB II-Träger bzw. Arbeitsagentur) unterscheiden. So muss ein vom SGB II-Träger beauftragtes Gutachten nicht alle vom Reha-Berater als wichtig eingeschätzten Aspekte enthalten.

5.4 Maßnahmeauswahlprozesse und -angebote für gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher

Wurden bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen bei einem Klienten festgestellt, geht es um die Frage der Handlungskonsequenzen aus dieser Tatsache, also darum, ob und welche Eingliederungsleistungen in Arbeit bzw. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für diese Person zur Bewilligung in Betracht kommen bzw. notwendig sind. Diese Ausgestaltung der institutionellen Maßnahmeauswahlprozesse wurde ebenfalls mittels der Fallvignetten erfasst und im Rahmen der komplexen Analyse aufbereitet. Die Ergebnisse lassen sich – bei allen Beschränkungen und Grenzen schematischer Darstellungen – wie in Tabelle 7 und Tabelle 8 abgebildet verdichtend zusammenfassen.

Die befragten SGB II-Mitarbeiter geben angesichts der großen Gruppe gesundheitlich beeinträchtigter Klienten an, auch Maßnahmen aus dem Kanon der allgemeinen Arbeitsförderungsleistungen des SGB II einzusetzen, die bei gezielter Auswahl auch für gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Sinne einer leidensgerechten Tätigkeit adäquat seien. Diese kämen dann in Betracht, wenn kein hinreichender Rehabilitationsverdacht oder -bedarf gegeben sei oder wenn vom Klienten der Wunsch des Verbleibs im „alten“ Beruf geäußert werde⁴⁸. Wird somit keine ärztliche Begut-

⁴⁸ Einige Befragte der SGB II-Träger setzen dabei den vom Klienten geäußerten „allgemeinen“ Wunsch, wieder beruflich tätig zu werden, mit dem Wunsch der Eingliederung in den „alten“ Beruf gleich, sodass von ihnen die Vermittlung in Arbeit als prioritäres Arbeitsziel verstanden wird.

Tabelle 7: Einschätzung der Handlungsoptionen bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen aus Sicht der befragten Mitarbeiter, schematische Darstellung

	gesundheitlich beeinträchtigte Personen	Personen mit fehlendem Reha-Verdacht oder -Bedarf	Wunsch, im bisherigen Beruf tätig zu werden	anerkannter Rehabilitand	Rehabilitand mit multiplen „Vermittlungshemmnissen“
Vermittlung in Arbeit	ja	ja	ja	nein	teils/teils
allgemeine Eingliederungsleistungen (§16 SGB II)	ja	ja	ja	nein	ja (vorrangig)
allgemeine Teilhabeleistungen (§98 SGB III)	ja	nein	nein	ja	teils/teils
besondere Teilhabeleistungen (§102 SGB III)	ja	nein	nein	ja (bei spez. Bedarf)	teils/teils

Tabelle 8: Geeignete Leistungen bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen aus Sicht der befragten Mitarbeiter, schematische Darstellung

	Person mit fehlendem Reha-Verdacht oder -Bedarf	Rehabilitand		Rehabilitand mit multiplen „Vermittlungshemmnissen“
		mit Berufsabschluss	ohne Berufsabschluss	
Vermittlung in den ersten (oder ggf. zweiten) Arbeitsmarkt	ja	eher nein	eher nein	ja
spezifische Hilfen (Suchtberatung etc.)	eher nein	eher nein	teils/teils	ja
betriebsnahe Angebote (Trainingsmaßnahmen, Praktika etc.)	ja	ja	ja	ja
Kurz- bzw. Teilqualifizierungen	ja	ja (berufsassoziiert)	ja	ja
umfassendere Qualifizierungsmaßnahmen	teils/teils (Einzelfall)	ja (berufsassoziiert)	teils/teils	teils/teils
Vollqualifizierung (Umschulung)	nein	ja	nein	nein

achtung veranlasst, favorisieren die SGB II-Mitarbeiter neben der direkten Vermittlung in Arbeit solche allgemeinen Arbeitsförderungsmaßnahmen wie praxisnahe Arbeitsgelegenheiten, Praktika, betriebliche Trainingsmaßnahmen oder Kurzqualifizierungen zur berufspraktischen Erprobung, die sie auch als „Test“ der Leistungsfähigkeit des Klienten nutzen. Schätzen gesundheitlich beeinträchtigte Klienten ihre Fähigkeit der Berufsausübung optimistisch ein, wird ebenfalls eine direkte

Integration in den Arbeitsmarkt angestrebt bzw. ein Test der gesundheitlichen Belastbarkeit unter Praxisbedingungen als das geeignete Mittel des weiteren Vorgehens gesehen.

Bei Personen mit Rehabilitationsbedarf ist für die Befragten die Auswahl der Maßnahmen, die zur Erreichung des Ziels der Erwerbsintegration aus ihrer Sicht geeignet sind, von der Art der Beeinträchtigung, deren Ausprägungsgrad sowie ggf. weiteren individuellen Bedingungen abhängig. Feststellbar ist dabei, dass es sich um ein eher individualisiertes und an die Situation des jeweiligen Betroffenen angepasstes Vorgehen handelt, in dessen Zentrum bei der Maßnahmeauswahl, ob rehabilitationsspezifisch oder nicht, möglichst eine konkrete, reale Wiedereingliederungsperspektive auf dem ersten Arbeitsmarkt steht. Somit wird – wie auch bei allgemeinen Arbeitsförderungsleistungen – bereits im Vorfeld der Leistungsgewährung verstärkt auf die Erfolgsaussicht der Wiedereingliederung fokussiert.

Entsprechend legt ein großer Teil der Befragten dar, keine bestimmten (Rehabilitations-)Maßnahmen zur Erwerbsintegration zu präferieren. Für eine Vielzahl der Befragten kommen dabei allgemeine Leistungen der Fort- und Weiterbildung in Betracht, wenn mit diesen das Eingliederungsziel (aus ihrer Sicht) erreicht werden kann. Das Maßnahmespektrum reicht dabei von kurzen, betriebsnahen Angeboten über Kurz- und Teilqualifikationen bis hin zu umfassenden Qualifizierungsmaßnahmen. Aber auch besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung werden – bei entsprechendem Bedarf – erbracht.

Die Mitarbeiter der SGB II-Träger betonen häufig die Wichtigkeit der individuellen Voraussetzungen der gesundheitlich beeinträchtigten Klienten für erfolgreiche Integrationsmaßnahmen (insb. Bildungsmaßnahmen). Hierzu zählen Aspekte der Motivation und Volition, der Unterstützung durch Familie und Angehörige sowie „Vermittlungshemmnisse“, wie bestehende Suchtprobleme etc. Diese Voraussetzungen beeinflussen die Maßnahmeauswahl für diese Klienten und dürfen dem (prognostizierten) Erfolg einer Maßnahme nicht entgegenstehen. Zum Teil, so geben die Befragten an, ist die „Bearbeitung“ dieser Aspekte, z. B. durch Suchtberatung, einer Teilhabeleistung (zunächst) vorrangig.

Bei der Beratung von Rehabilitanden über neue Erwerbsperspektiven ist hinsichtlich des Ziels der Leistung *häufig der bisherige Beruf bzw. die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit der wesentliche Ansatzpunkt* (vgl. Tabelle 8). So ist es aus Sicht der Befragten notwendig, bei der Auswahl von Qualifizierungsmaßnahmen gezielt vorhandene berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten der Betroffenen zu berücksichtigen und möglichst auf ihnen aufzubauen. Entsprechend werden fort- und weiterbildende Maßnahmen gegenüber einer völligen beruflichen Neuorientierung favorisiert. „Klassische“ Umschulungen werden somit bei Rehabilitanden in der Regel weniger in Betracht gezogen. In Bezug auf den Umfang angestrebter Rehabilitationsmaßnahmen sind weniger umfassende Kurz- oder Teilqualifizierungen relevanter als Vollqualifizierungen, da bereits eine berufliche (Grund-)Qualifikation vorhanden ist.

Gesundheitlich beeinträchtigte SGB II-Leistungsbezieher ohne Berufsabschluss haben (wie bereits ausgeführt) oftmals keinen Zugang zu Rehabilitationsleistungen. Wird jedoch auf Grundlage der Gesamtsituation (Berufserfahrung, Ausübung qualifizierter Tätigkeiten etc.) bei diesen Personen ein Rehabilitationsbedarf attestiert, werden von den Befragten keine berufliche Vollqualifizierungen präferiert, sondern (vor dem Hintergrund des bisherigen beruflichen Werdeganges) eher praktisch orientierte, kürzere Maßnahmen, die eine gezielte Einübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten leisten sollen oder die spezielle Kenntnisse vermitteln, als gangbare Rehabilitationsmöglichkeiten ins Auge gefasst. Wird die Rückkehr in die bisherige Tätigkeit angestrebt, kommen neben klassischen Vermittlungsaktivitäten (bzw. Vermittlungshilfen) ebenso kürzere berufliche Bildungsmaßnahmen in Betracht, um spezifische Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben. Dazu zählen berufliche Fortbildungen, Weiterbildungen oder partielle berufliche Qualifizierungselemente (z. B. PC-Kurse). Wird ein Tätigkeitswechsel angestrebt, sind für die Befragten betriebliche Trainingsmaßnahmen oder Praktika sinnvolle Instrumente, um einen berufspraktischen Einstieg in eine neue Tätigkeit zu erreichen. Auch Eingliederungszuschüsse können relevant werden, um einen beruflichen Wiedereinstieg bei einem neuen Arbeitgeber zu erleichtern.

Wird gesundheitlich beeinträchtigten Klienten ohne Berufsabschluss kein Rehabilitationsbedarf attestiert, ergeben sich für den Klienten drei Perspektiven: Erstens die leidensgerechte Vermittlung in eine Helfertätigkeit. Zweitens eine berufspraktische Erprobung bzw. eine kürzere Bildungsmaßnahme als Einstiegshilfe bei einem Tätigkeitswechsel. Und schließlich drittens eine auf vorhandenen Kenntnissen aufbauende Fortbildungsmaßnahme, wenn der Verbleib im bisherigen Tätigkeitsbereich angestrebt wird.

Darüber hinaus sind in Ergänzung und zur Einordnung der Befunde folgende ebenfalls über die Interviews erschlossenen Entwicklungen wesentlich:

- (1) Die befragten Mitarbeiter der SGB II-Träger heben häufig hervor, dass ihr Arbeitsziel die *schnellstmögliche Integration der Klienten in das Erwerbsleben* unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs sei. Aus Sicht einiger Rehabilitationsberater der Arbeitsagenturen lässt diese Fokussierung jedoch oftmals zu sehr die Chancen einer dauerhaften (Wieder-)Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt (z. B. nach Absolvierung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen) aus dem Blick.⁴⁹ Entsprechend der dargestellten Zielrichtung der Arbeit der SGB II-Träger wird bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe *eine Tendenz zu kürzeren Maßnahmen* deutlich⁵⁰, die auch mit der Förderpolitik des SGB II korrespondiert.

⁴⁹ Die Rehabilitationsberater weisen teilweise zudem darauf hin, dass nach ihrer Wahrnehmung aus Kostengründen in den SGB II-Institutionen eher in Arbeit vermittelt würde, als dass kostenintensivere Rehabilitationsmaßnahmen eingesetzt werden, die oftmals längerfristig besseren Erfolg versprechen würden.

⁵⁰ Der Mitarbeiter einer Arbeitsagentur beschreibt: „Also ich möchte fast sagen, dass sich das Maßnahmen-Angebot in den letzten Jahren (...) gewaltig verändert hat. Früher war der Fokus im Reha-Bereich immer wirklich auf Umschulung (...). In Zeiten knapper Mittel geht man eher den Weg modularer Ausbildungen. Und das

Viele Experten machen im Zusammenhang mit der Frage nach realistischen Eingliederungsperspektiven deutlich, dass diese Entwicklung ein schematisches Verfahren der Reha-Zuweisung durch eine individuell zugeschnittene Palette an Maßnahmen ablösen würde, mit der zielgerichteter und oftmals kostengünstiger rehabilitiert und ins Erwerbsleben integriert werden könne.

- (2) Der „Einkauf“ *spezifischer Rehabilitationsmaßnahmen* durch die Leistungsträger ist nach Auskunft der Befragten ein wesentliches Mittel, um beruflichen Rehabilitanden zielgerichtet Leistungen anbieten zu können. Dieser Einkauf kann sowohl über die Regionalen Einkaufszentren (REZ) als auch – insbesondere bei zugelassenen kommunalen Trägern – durch freie Vergabe der einzelnen Kommune selbst erfolgen. Die dabei zugrunde liegenden Entscheidungskriterien sind unterschiedlich. Während einerseits die Zertifizierung einer Maßnahme (verstanden als Qualitätsmerkmal) hervorgehoben wird, nimmt andererseits auch der Aspekt der Maßnahmekosten einen wichtigen Stellenwert ein. Zentrales Entscheidungskriterium jedoch ist der Inhalt der Maßnahme sowie deren Spezifik für Rehabilitanden und ihre individuellen gesundheitlichen (und ggf. sozialen) Problemlagen. Hierbei wird nicht nur auf bestehende Angebote von Bildungsträgern zurückgegriffen, sondern es werden auch Maßnahmen gezielt ausgeschrieben.
- (3) Das *Gesamtangebot beruflicher Rehabilitationsleistungen*, auf das zurückgegriffen werden kann, wird von den Befragten unterschiedlich bewertet. Für einen Teil der Befragten sind ausreichend regionale und überregionale Bildungsträger vorhanden, mit deren Angeboten gezielt auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden eingegangen werden kann. So ist häufig in wohnortnaher Umgebung eine Ausbildung in einem BBW oder BFW möglich. Diese Einschätzung trifft aber überwiegend für größere Ballungsgebiete zu. Andere Experten in ländlichen Regionen weisen darauf hin, dass der regionale Maßnahmemarkt zunehmend wegbräche oder vollkommen weggebrochen sei, sodass die Auswahl der Bildungsangebote für Klienten in größeren Ballungsgebieten deutlich besser sei. Im Gegensatz zu den städtischen Regionen, wo Rehabilitanden eine vielfältige Palette von Hilfemöglichkeiten angeboten werden könne, sei in den ländlichen Regionen das mögliche Maßnahmeangebot durch den Wegfall zahlreicher Bildungsträger zunehmend eingeschränkt⁵¹.
- (4) Die grundlegende Entscheidung, welche Leistungen in welchem Umfang für das Ziel der Erwerbsintegration im Einzelfall gewährt werden, wird wesentlich vom Aspekt der *Wirtschaftlichkeit bzw. der effizienten Mittelverwendung* mitbestimmt. Aufgrund der deutlich höheren

Berufsförderungswerk und die rehaspezifischen Einrichtungen bieten jetzt auch modulare Ausbildungen oder Qualifizierungen an, was früher praktisch überhaupt nicht im Angebot war.“

⁵¹ Exemplarisch beschreibt ein Mitarbeiter einer Arbeitsagentur: „Also es ist extrem schwierig geworden. Und der regionale Maßnahmemarkt, sag ich mal, der ist ziemlich weggebrochen. (...) Das macht's eigentlich sehr, sehr schwierig für uns. Und das war früher wesentlich leichter (...) Also ich würde schon behaupten, wenn man so 'n Schnitt sieht, die letzten 6 Jahre Bildungsmarkt, der hat sich drastisch verändert. (...) Wir müssen halt unseren Personenkreis fast zu, sag ich mal, 90, 95 Prozent wegschicken.“

Maßnahmekosten in Berufsförderungswerken, welche insbesondere durch die umfangreiche Betreuung und häufig internatsmäßige Unterbringung entstehen, wird der individuelle Bedarf nach diesem speziellen Bildungssetting und nach seinen über die reine Berufsqualifikation hinausgehenden Angeboten unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten intensiv(er) geprüft. Wird dieses umfassende Angebot als nicht für den Erfolg der Maßnahme erforderlich eingeschätzt, wird – bei vergleichbarem Maßnahmeneinhalt hinsichtlich der Berufsqualifikation – oftmals ein regionaler und somit kostengünstigerer Bildungsträger präferiert. Die Notwendigkeit umfassender und/oder spezifischer Rehabilitationsleistungen ergibt sich für die Befragten nicht aus der Rehabilitandeneigenschaft an sich, sondern sie wird gesondert beurteilt. Klar erkennbar ist in diesem Zusammenhang auch, dass – im Sinne des Betroffenen – meist auf regionale und seltener auf überregionale Bildungsträger zurückgegriffen wird. Betont wird dabei, dass die Erfahrungen mit der Auswahl regionaler, preisgünstiger Maßnahmen überaus positiv seien und dass den Rehabilitanden trotz der Berücksichtigung preiswerter Hilfsangebote ein adäquates und individuell zugeschnittenes Maßnahmeangebot zur Verfügung stehe.

5.5 Berücksichtigung der Klientenperspektive von Rehabilitanden

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass individuelle berufliche Wünsche der Betroffenen im Beratungskontext und bei der Maßnahmeauswahl durchaus Berücksichtigung finden können. Die befragten Mitarbeiter betonen allerdings häufig, dass es sich um realistische Berufswünsche handeln muss, denen die individuellen gesundheitlichen Einschränkungen und das intellektuelle Leistungsvermögen nicht entgegenstehen.

Die Rehabilitationsberater bieten – aus ihrer Sicht – eine umfassende Beratung, in denen den Betroffenen die Rahmenbedingungen und Konsequenzen der gewünschten beruflichen Qualifizierungsmaßnahmen oder Umschulungen aufgezeigt werden. Die Klienten werden in zum Teil längeren und/oder wiederholten Beratungsgesprächen mit den Reha-Beratern nach ihren Wünschen, Vorstellungen und persönlichen Interessen gefragt, um ein umfassenderes Bild ihrer beruflichen Wünsche und ihrer beruflichen Eignung zu erhalten. Darauf aufbauend werden entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen oder ggf. berufliche und/oder qualifikatorische Handlungsoptionen (z. B. berufliche Trainingsmaßnahme, betriebliches Praktikum) besprochen. Bei als unrealistisch eingeschätzten Berufswünschen werden den Klienten Alternativen aufgezeigt, die ihrem gesundheitlichen und intellektuellen Leistungsvermögen angemessen sind. Zum Teil werden von dem Klienten genannten Wunschberufe auch den ärztlichen Fachgutachtern mitgeteilt, um eine Einschätzung zu erhalten, ob die Wunschberufe mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Klienten zu vereinbaren oder eher kontraindiziert sind. Werden konkrete, realistische Berufswünsche von den Betroffenen benannt, wird versucht, diesen gemeinsam mit den Betroffenen nachzukommen.

Einige Gesprächspartner führen beispielhaft Klienten aus ihrem Vermittlungsalltag an, die keine weitere berufliche Qualifizierungsmaßnahme oder Umschulung wünschen, sondern „lediglich“ bei der Vermittlung in Arbeit unterstützt werden wollen. Dies wird nach eigenem Bekunden der Gesprächspartnern durchaus akzeptiert, da die individuelle Motivation neben der persönlichen Eignung für eine berufliche Tätigkeit ein wesentliches Kriterium bei der Maßnahmeauswahl ist.

Den Interessen und der Motivation der Klienten wird von den Befragten eine besonders große Bedeutung beigemessen. Fast alle Gesprächspartner waren der Auffassung, dass gegen den Willen der Betroffenen bzw. bei fehlender Motivation eine dauerhafte berufliche Umorientierung bzw. (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt nicht gelingen kann. Die Aufgabe der Arbeitsvermittler bzw. Reha-Berater wird dementsprechend darin gesehen, zwischen dem Maßnahmeangebot und den (realistischen) Wünschen und Vorstellungen der Klienten von Fall zu Fall abzuwägen und passende Angebote zu offerieren. Hierbei wird die regionale Arbeitsmarktlage in den jeweiligen Berufszweigen berücksichtigt; bei sehr schlechter Eingliederungsprognose werden berufliche Alternativen aufgezeigt.

Vor diesem Hintergrund gewinnt bei einigen Gesprächspartnern der Arbeitsagentur auch die Eigeninitiative der Rehabilitanden eine zentrale Bedeutung. Diese Rehabilitationsberater verstehen ihre Tätigkeit als Unterstützung und Begleitung bei für die berufliche Perspektive wesentlichen Entscheidungen der Klienten, die (auch) durch diese selbst zu treffen sind.

5.6 Zur Definition des Rehabilitationserfolgs

Wann ein beruflicher Rehabilitationsprozess als erfolgreich abgeschlossen gilt, wird vonseiten des Gesetzgebers nicht eindeutig definiert, was in einigen wenigen Experteninterviews auch explizit als grundsätzliches Problem für die Bewertung des eigenen Arbeitsprozesses eingeschätzt wird. Große Einigkeit besteht aber bei den Experten darin, dass von einem Rehabilitationserfolg erst bei einer „längerfristigen Integration“ in den Arbeitsmarkt gesprochen werden kann, da dies das Ziel von Teilhabeleistungen am Erwerbsleben ist (Abbildung 11). In der Regel wird unter einer „längerfristigen Integration“ eine minimale Erwerbstätigkeitsdauer von sechs Monaten verstanden. Das Rehabilitationsverfahren wird deshalb dann abgeschlossen, wenn der Rehabilitand für mindestens sechs Monate eine Arbeit aufnimmt. In diesem Zusammenhang wird aber von der Mehrheit der Befragten ausgeführt, dass das Erreichen eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses vor dem Hintergrund der angespannten Arbeitsmarktlage häufig als Illusion empfunden wird, weshalb es schwierig sei, in vielen Fällen von einem wirklich gelungenen beruflichen Rehabilitationsprozess zu sprechen.

Insgesamt wird eine „berufsadäquate“ Wiedereingliederung angestrebt, wobei von einigen Experten dargestellt wird, dass aufgrund der inzwischen „eingetretenen Bescheidenheit“ bezüglich des Eingliederungserfolgs auch schon eine angrenzende Tätigkeit als Erfolg gesehen werden könne. Jedoch sei bei einer beruflichen Bildungsmaßnahme das erklärte Rehabilitationsziel, dass der Re-

habilitand, auch angesichts der aufgewendeten finanziellen Mittel, in dem Beruf, in dem er ausgebildet wurde, beruflich integriert werden kann. Dabei wird es nicht als Erfolg gewertet, wenn nach einer zweijährigen Bildungsmaßnahme der Klient in eine Tätigkeit vermittelt wird, für die er nicht den Abschluss erworben hat.

Darüber hinaus wird von einigen interviewten Personen nicht nur die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses als Kriterium für einen Rehabilitationserfolg als wichtig erachtet, sondern ebenso die Klientenperspektive hinsichtlich des Integrationsprozesses und der Zufriedenheit mit der Erwerbstätigkeit.

Andererseits wird in einigen Interviews angegeben, dass auch schon die erfolgreiche Beendigung einer Rehabilitationsmaßnahme als Erfolg zu betrachten sei, da so die Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert würden.

Die Erreichung des Ziels der langfristigen Integration in eine dem Rehabilitanden entsprechende Arbeitstätigkeit wird vor allem bei psychisch erkrankten Personen und Personen mit Sinnesbeeinträchtigungen als schwierig erachtet, da die Beeinträchtigungen häufig mit einem spezifischen Unterstützungsbedarf einhergehen. Daher kann „Rehabilitationserfolg“ (vor allem bei psychisch erkrankten Menschen) auch bedeuten, dass es durch Teilhabeleistungen (z. B. Arbeitstraining) gelingt, die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Personen zu stabilisieren und die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Aber auch die Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) könne für einen Rehabilitationserfolg sprechen.

5.7 Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen den SGB II-Trägern und den Agenturen für Arbeit beim Zugang gesundheitlich beeinträchtigter Menschen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Durch die sozialrechtlich komplex geregelte Zuständigkeit der SGB II-Träger und der Agenturen für Arbeit beim Zugang zu beruflichen Teilhabeleistungen ist im Sinne der gesundheitlich beeinträchtigten Menschen ein systematische, klientenbezogene interinstitutionelle Zusammenarbeit notwendig. Dieses Zusammenwirken bezieht sich sowohl auf die Prozesse der Feststellung des Rehabilitationsbedarfes als auch auf die der Abstimmung bei der Leistungsbewilligung auf Grundlage der Rehabilitationsempfehlung.

Die Mitarbeiter der SGB II-Träger verstehen sich selbst als grundsätzlich zuständig und verantwortlich für den gesamten Personenkreis der erwerbsfähigen hilfebedürftigen Personen, zu dem

- langfristige Erwerbsintegration (>6 Monate)
- berufsadäquate Wiedereingliederung
- subjektive Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Integrationsprozess

Bei komplexen Teilhabestörungen kann auch als Erfolg gelten:

- Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit
- Ermöglichung der Ausübung einer Erwerbstätigkeit
- Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen

Abbildung 11: Merkmale des Rehabilitationserfolgs aus Sicht der Arbeitsverwaltung

auch die Gruppe der gesundheitlich beeinträchtigten Leistungsbezieher gehört. Aus dem Blickwinkel dieses Zuständigkeitsverständnisses wird die Notwendigkeit der interinstitutionellen Zusammenarbeit bei Personen mit (potenziellem Rehabilitationsbedarf) nicht als wesentliches Problem gesehen. Sowohl die Mitarbeiter der Arbeitsgemeinschaften als auch der zugelassenen kommunalen Träger stimmen oftmals darin überein, dass es überaus sinnvoll ist, für die Betreuung und Beratung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die spezifischen Kompetenzen der Reha-Berater in den Arbeitsagenturen zurückgreifen. Insofern wird – ausgehend vom „Grundmodell“ der alleinigen Zuständigkeit der SGB II-Träger für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen – der Einbezug der Agenturen als „externe“ Institutionen überwiegend positiv beurteilt. Die Mitarbeiter in beiden Institutionstypen sind sich darin einig, dass durch die Teil-Zuständigkeit der Agentur die Arbeit der SGB II-Institutionen erleichtert wird.

Die interbehördliche Zusammenarbeit zwischen den SGB II-Trägern und den Arbeitsagenturen wird von beiden Seiten zumeist als gut bis sehr gut beschrieben, sie ist häufig um so besser, je engere persönliche Kontakte bestehen. Diese „gute Zusammenarbeit“ zwischen beiden Trägern kann sich unterschiedlich gestalten. Einerseits finden sich weniger intensive Kooperationsmuster in Form eher *aufgabenteiligen* Zusammenwirkens, bei dem sich seitens der SGB II-Träger im Kern auf die Weiterleitung potenzieller Reha-Fälle beschränkt wird (Tabelle 9). Dies muss sich nicht nachteilig auswirken, da den Reha-Beratern hierbei eine genauere Bedarfsprüfung überlassen bleibt und/oder der Rehabilitationsempfehlung der Agentur zumeist ohne weitere Prüfung seitens der SGB II-Mitarbeiter gefolgt wird. Ein Abstimmung bei der Reha-Entscheidung erübrigt sich bei diesem Vorgehen, das insbesondere von den Mitarbeitern der Arbeitsagentur positiv erlebt wird. Für die Betroffenen wechselt zwar im Zugangsverfahren der Ansprechpartner vom SGB II-Träger zur Arbeitsagentur, jedoch können im Rahmen der Rehabilitationsberatung verlässliche Absprachen hinsichtlich des Rehabilitationsplans (= Rehabilitationsempfehlung) getroffen werden. Dabei kann im Rahmen der Rehabilitationsberatung nicht nur die notwendige Art der Rehabilitationsleistung vereinbart, sondern auch bereits fest ein Leistungserbringer ausgewählt werden, mit dem ggf. weitere Terminabsprachen (Leistungsbeginn etc.) getroffen werden.

Andererseits lassen sich auch *dialogische* Formen der interinstitutionellen Zusammenarbeit herausarbeiten, die einen gemeinsamen Abstimmungsprozess der Akteure beim Rehabilitationszugang beinhalten. Insbesondere die Befragten der zugelassenen kommunalen Träger stehen den getrennten Verantwortungsbereichen häufig kritischer gegenüber. In Bezug auf die Kosten der beruflichen Rehabilitation besteht hier eher die Befürchtung, dass die Entscheidung der Agentur, welche in der Rehabilitationsempfehlung manifestiert ist, zu stark in die finanziellen Möglichkeiten des SGB II-Trägers eingreift; da die Reha-Entscheidung von jemandem anderen getroffen wird als dem, der die Kosten zu tragen hat.

Tabelle 9: Formen „guter Zusammenarbeit“ zwischen SGB II-Träger und Arbeitsagentur

	„aufgabenteilig“	„dialogisch“
Art der Zusammenarbeit	Anerkennung der einschlägigen Fachkompetenz der Rehabilitationsberatung und -entscheidung durch den SGB II-Träger	<ul style="list-style-type: none"> - gemeinsamer Abstimmungs- bzw. Aushandlungsprozess - Prüfung der vorgeschlagenen Leistung hinsichtlich Kosten, Umfang und Zielrichtung durch den SGB II-Träger
Interaktionsnotwendigkeit	kein Abstimmungsbedarf	ggf. (intensiver) Abstimmungsbedarf
Ergebnis der Zusammenarbeit	Die Rehabilitationsempfehlung wird so umgesetzt wie von der Arbeitsagentur vorgeschlagen.	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung beider Träger kann zum gleichen Ergebnis führen - Rehabilitationsvorschlag wird verändert
besonders positiv beurteilt von	Rehabilitationsberatern der Arbeitsagenturen, da die eigene Kompetenz Anerkennung erfährt	Mitarbeitern zugelassener kommunaler Träger, da die Reha-Entscheidung nicht vom Kostenträger getragen wird
Konsequenzen für Betroffene	Die Rehabilitationsberatung endet mit einem für die Betroffenen verlässlichen Rehabilitationsplan.	Die Rehabilitationsberatung endet mit einem nicht verbindlichen Rehabilitationsvorschlag, da die Endentscheidung dem SGB II-Träger obliegt.

Aus unterschiedlichen Standpunkten entstehen dabei auch unterschiedliche Einschätzungen in Bezug auf Kosten, Umfang und Zielrichtung der Maßnahme. Nicht selten werden daher die geplanten oder von der Agentur für Arbeit im Rahmen einer Rehabilitationsempfehlung vorgeschlagenen Maßnahmen und deren Kosten unter Wirtschaftlichkeits- und Effizienzgesichtspunkten von den SGB II-Trägern geprüft (vgl. Kapitel 5.4). Dies bezieht sich – wenngleich in unterschiedlicher Gewichtung – sowohl auf Art (Umschulung, Weiterbildung etc.) und Umfang (insb. notwendige begleitende Leistungen wie sozialpädagogische Unterstützung) als auch auf die Wahl des Leistungserbringers und die Zielrichtung (Berufsziel) der Rehabilitationsmaßnahme. Bei letzterer kann der SGB II-Träger beispielsweise bei der Beurteilung der Wiedereingliederungsperspektive im „Zielberuf“ auf dem regionalen Arbeitsmarkt zu einem anderen Ergebnis als die Arbeitsagentur kommen. Die SGB II-Träger signalisieren in diesem Kontext zum Teil auch grundsätzliche Erwartungshaltungen bzgl. der Ausgestaltung der Rehabilitationsempfehlungen der Arbeitsagenturen, die eine einvernehmliche Lösung fördern sollen.

Für die Betroffenen ist das Verfahren mit insgesamt drei Stationen (Vermittler-Rehabilitationsberater-Vermittler) komplexer und im Rahmen der „dialogischen“ Zusammenarbeit weniger verlässlich. Im Rahmen der Rehabilitationsberatung der Arbeitsagentur werden zwar gemeinsam mit dem Betroffenen individuell die Zielstellung und der Inhalt der beruflicher Re-

habilitationsleistung erarbeitet, diese erlangen allerdings durch die Form des Rehabilitationsvorschlages keinen bindenden Charakter. Aus der Prüfung des Vorschlages entsteht nicht selten Abstimmungsbedarf zwischen beiden Institutionen; das gesamte Gesprächsergebnis zwischen Rehabilitationsberatung und Betroffenen steht unter dem Vorbehalt der Entscheidung des SGB II-Trägers.

Für die Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Klienten sowie deren Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist über die Zusammenarbeit hinaus auch die elektronische Vernetzung relevant. Während die Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsames Computerprogramm (VerBIS) verwenden, das durch Zugriff auf alle kundenbezogenen Informationen über die Historie und den Stand der „Fallbearbeitung“ informiert⁵², arbeiten die zugelassenen kommunalen Träger mit anderen Systemen. Dies führt dazu, dass in diesen Kommunen mit dem 13. Monat der Arbeitslosigkeit die datentechnische Erfassung des Klienten von vorn beginnt, da relevante Informationen nicht von der Arbeitsagentur (als SGB III-Träger) zur Verfügung gestellt werden. Für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen kann sich diese Situation im Hinblick auf die Erkennung von Rehabilitationsbedarf besonders nachteilig auswirken. Wenn ein Rehabilitationsverfahren noch nicht offiziell eingeleitet ist, können Hinweise auf eine bestehende gesundheitliche Problematik (häufige Arbeitsunfähigkeit, schlechter Allgemeinzustand etc.) verloren gehen. Folglich kann sich der Prozess des Erkennens eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs bei den zugelassenen kommunalen Trägern deutlich verzögern.

5.8 Institutionelle Einflussfaktoren auf den Leistungszugang zu beruflicher Rehabilitation

Prozesse und Strukturen auf der Ebene der „Fallbearbeitung“ und Interaktion werden – so konnte im Rahmen dieser Analyse herausgearbeitet werden – durch drei Kontextfaktoren auf der Ebene der Organisation wesentlich gerahmt und mitbeeinflusst: institutionelle Vorgaben zur Zugangssteuerung (1), Personalmanagement (2) und Personalpolitik (3).

- (1) Ein wichtiger Kontextfaktor der „Fallbearbeitung“ auf der Ebene der institutionellen Vorgaben zur Zugangssteuerung sind *Restriktionen bzw. Limitationen* (z. B. Budgetierungen oder feste Zugangszahlen) bei spezifischen Eingliederungsmaßnahmen, wie beruflichen Rehabilitationsleistungen, die den Handlungsspielraum einiger Akteure begrenzen. Diese institutionellen Rahmenbedingungen der individuellen Beratungs- und Vermittlungsarbeit wirken sowohl im Bereich der Maßnahmeangebote (vgl. Kap. 5.4) als auch in Abstimmungsprozessen im Rahmen der notwendigen interinstitutionellen Zusammenarbeit (vgl. Kap. 5.7).

⁵² In diesem Programm sind ebenfalls umfangreiche Informationen zum Zeitraum des zumeist vorangehenden SGB III-Leistungsbezuges aller Klienten, ob gesundheitlich beeinträchtigt oder nicht, gespeichert und abrufbar.

In den Befragungen weisen viele Mitarbeiter auf existierende geschäftspolitische Vorgaben für ihre Arbeit und/oder die Verteilung von Haushaltsmitteln hin. Einige der Experten verweisen dabei auf spezielle Regelungen, nach denen sich bei Auswahl der (Reha-)Maßnahme am Etat zu orientieren ist oder eine definierte Anzahl von Reha-Fällen im Jahr eingehalten und nicht überschritten werden soll. Darüber hinaus würde häufig nachgeprüft, welche Haushaltsmittel für mögliche Rehabilitanden zur Verfügung stünden. Diese Prüfung sei relevant, um sicherzustellen, dass ein finanzieller Spielraum für berufliche Rehabilitationsleistungen im gesamten Haushaltsjahr erhalten bleibt. In diesem Kontext wird auch vereinzelt von Vorgaben berichtet, wonach auf ein Sinken der Reha-Anträge hinzuwirken sei. In diesen Fällen geben die institutionellen Budgetgrenzen die Gestaltungsmöglichkeiten der individuellen Beratungs- und Vermittlungsarbeit vor. Nicht selten werden zum Einhalten dieser Grenzen die Maßnahmen und deren Kosten intensiv geprüft. Zum Teil ist daher auch im originären Rehabilitationsbereich die Tendenz zu eher kürzeren Maßnahmen erkennbar.

Andererseits gibt ein Teil der Experten an, dass Maßnahmen im Bereich der Rehabilitation entweder keinen Budgetbeschränkungen unterlägen oder das das Budget bislang nicht vollständig ausgeschöpft werde. Einige der Befragten äußern sich zu institutionellen Vorgaben nur unzureichend oder geben an, dass keine Vorgaben für die Ausgestaltung und/oder Bewilligung von Reha-Anträgen bestünden. Insgesamt wird allerdings deutlich, dass sowohl in der Agenturen als auch in den SGB II-Institutionen durch Leitlinien, Vorgaben und Budgetierung die Gestaltungs- und Ermessensspielräume der Experten enger geworden sind sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Maßnahmen nachhaltig zugenommen haben.

- (2) Dem breit gefächerten Tätigkeits- und Ausbildungsspektrum der Gesprächspartner entsprechend (vgl. Kap. 4.7), ist die *berufliche Qualifikationsstruktur der Mitarbeiter der SGB II-Träger* sehr heterogen⁵³. Während SGB II-Mitarbeiter, die vor Einführung des SGB II in den Arbeitsagenturen tätig waren, – auch angesichts ihrer oftmals einschlägigen Ausbildung – über Kenntnisse der Arbeitsverwaltung und -vermittlung verfügten, haben die Mitarbeiter der Kommunen und „Quereinsteiger“⁵⁴ häufig keine spezifische Ausbildung in diesem Arbeitsbereich. Insbesondere die Qualifikation der „Quereinsteiger“ kann als heterogen bezeichnet

⁵³ Dies resultiert auch aus der Tatsache, dass diese Träger oftmals durch den Zusammenschluss der kommunalen Sozialverwaltung mit einem Teil der Arbeitsverwaltung der Agenturen entstanden bzw. die zugelassenen kommunalen Träger „über Nacht“ für die Betreuung des Personenkreises alleinständig waren. Einerseits wechselten eine Vielzahl von Arbeitsamts- und Sozialamtsmitarbeitern in die von der Arbeitsagentur und der Kommune gemeinsam getragenen Arbeitsgemeinschaften. Bei zugelassenen kommunalen Trägern allerdings, bei denen die Kommune für die Betreuung und Vermittlung von SGB II-Leistungsbeziehern alleinständig ist, rekrutierten sich die Mitarbeiter vorrangig aus den kommunalen Verwaltungseinrichtungen bzw. wurden extern angeworben. Ein umfangreicher Personaltransfer von der Bundesagentur für Arbeit fand hier meist nicht statt. Andererseits wurde dem sich zusätzlich ergebenden erhöhten Personalbedarf durch die Gewinnung externer Mitarbeiter, sogenannter „Quereinsteiger“, Rechnung getragen.

⁵⁴ Als „Quereinsteiger“ werden alle Mitarbeiter verstanden, die keine originäre Ausbildung im Bereich Arbeitsvermittlung oder Arbeitsverwaltung haben. Diese Mitarbeiter stammen dabei aus sehr unterschiedlichen beruflichen Kontexten.

werden. Der berufsbiografische Kontext, der spezifische Kenntnisstand sowie die Möglichkeit und Bereitschaft zur Qualifizierung im Bereich der Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen – im Besonderen mit gesundheitlichen Einschränkungen – beeinflussen den spezifischen Wissenshintergrund der SGB II-Mitarbeiter, der prägend für ihr Handeln ist. Oftmals beklagt werden hierbei von den SGB II-Mitarbeitern Wissensdefizite hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte und beruflicher Rehabilitation.

- (3) Mit dem erforderlichen Aufbau und Ausbau von Fachwissen bei den Mitarbeitern der SGB II-Träger in Bezug auf Ziele und Potenziale beruflicher Rehabilitationsleistungen ist die *Personalpolitik innerhalb der Arbeitsverwaltungen* verknüpft. Sie stellt sich teilweise als hinderlich für den Aufbau adäquater Betreuungsstrukturen mit hinreichenden Kompetenzen in Fragen der beruflichen Rehabilitation dar. Durch befristete Arbeitsverträge und eine hohe Arbeitsbelastung ist die Mitarbeiterfluktuation in den Arbeitsverwaltungen vergleichsweise hoch und die Frage der Beschäftigungsstabilität vorhandener und umfassend eingearbeiteter Mitarbeiter insbesondere in den ARGEN weitgehend ungeklärt. Dabei zeigt sich auch, dass das ursprünglich geplante Betreuungsverhältnis zwischen Mitarbeitern und SGB II-Leistungsbeziehern (1:75 bei Personen, die jünger als 25 Jahre alt sind, für alle anderen 1:150) in den SGB II-Institutionen häufig nicht erreicht wird.

Für gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher nach SGB II wirken sich diese hohen Betreuungszahlen zwangsläufig negativ auf die Kontakt- und Betreuungsintensität aus. Um die Arbeitsbelastung gleichmäßiger zu verteilen, wurden bei einigen SGB II-Trägern die konzeptionell getrennten Bearbeitungsebenen der allgemeinen Arbeitsvermittlung und des Fallmanagements durch Umwidmung der Stellen von Fallmanagern in Arbeitsvermittler zusammengelegt. Dadurch ist die – im ursprünglichen Reformkonzept geplante – spezifischere und intensivere Betreuung von gesundheitlich beeinträchtigten Klienten mit weiteren besonderen Problemlagen deutlich erschwert bzw. eingeschränkt.

5.9 Individuelle Einflussfaktoren der Rehabilitationsbedürftigen auf den Zugang zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation⁵⁵

Neben den dargestellten institutionellen Bedingungen, die auf den Zugang zu Leistungen zur beruflichen Rehabilitation Einfluss haben, wirken sich auch zwei wesentliche Motive der Rehabilitanden selbst auf die Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen aus: die Angst vor Arbeitslosigkeit und die Art und Weise der finanziellen Absicherung während der Maßnahme⁵⁶.

⁵⁵ Diese Aspekte aus Sicht der potenziellen Rehabilitanden beruhen nicht auf Interviews mit ihnen, sondern stellen eine Einschätzung der befragten Experten dar, die auf ihren Erfahrungen im Umgang mit den Klienten fußt.

⁵⁶ Beide Motive kommen nicht zwingend erst nach offizieller Anerkennung als Rehabilitand durch die Arbeitsagentur zum Tragen, sondern können bereits im Vorfeld beim SGB II-Träger insofern wirksam werden, als dass

Die *angespannte Situation auf dem Arbeitsmarkt* sowie die sich verfestigende Massenarbeitslosigkeit führen dazu, dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen seltener dazu bereit sind, sich wegen ihrer gesundheitlichen Situation beruflich neu zu orientieren. Dies zeigt sich bereits sehr deutlich bei der Personengruppe, die noch im Erwerbsleben steht. So berichtet ein langjähriger Reha-Berater, dass vor 20 Jahren etwa drei Viertel „seiner“ Rehabilitanden aus einem bestehenden Arbeitsverhältnis heraus eine berufliche Rehabilitation angestrebt hätten. Heute sei dieser Anteil auf eine kleine Gruppe zurückgegangen (vgl. Kap. 5.1).

Aber auch SGB II-Leistungsbezieher schätzen häufig das Risiko als hoch ein, im „neuen“ Beruf keine dauerhafte Beschäftigung zu finden. Die Dauer der Maßnahmen, die sich bei beruflichen Bildungsmaßnahmen auf bis zu zwei Jahre beläuft, wird teilweise von den Klienten als zu lang empfunden, und zwar besonders deshalb, weil sie während dieser Zeit weiterhin arbeitslos sind, was die Betroffenen oftmals nicht (mehr) in Kauf nehmen wollen. Damit verbunden sind deutlich wahrnehmbare Existenzängste der Klienten, aus denen heraus ein beruflicher Neuanfang als problematisch eingeschätzt wird. Auch treten Ängste vor Stigmatisierung als chronisch kranker bzw. gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer hinzu, wodurch subjektiv die Erfolgswahrscheinlichkeit relativiert wird. Während die bisherigen individuellen Berufserfahrungen auf dem Arbeitsmarkt mit der (oftmals) bestehenden Qualifikation den weiteren beruflichen Werdegang – zumindest psychologisch – absehbar erscheinen lassen, sind für die Betroffenen die Chancen mit einer neuen Qualifikation (welche ggf. in einem völlig neuen Berufszweig erworben wird) umso ungewisser. Die mit einem beruflichen Neuanfang verbundene Unsicherheit wird durch die Arbeitsmarktlage noch verstärkt. Dementsprechend versuchen einige Betroffene – so die Experten – trotz gesundheitlicher Probleme im „alten“ Beruf wieder Fuß zu fassen und entscheiden sich gegen eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme.

Hierbei kann der scheinbar augenfällige Zusammenhang mit der regionalen Arbeitsmarktlage allerdings als ambivalent gelten. In Regionen mit relativ guter Arbeitsmarktsituation wird häufiger von Motivationsmustern der SGB II-Leistungsbezieher berichtet, die trotz bestehender Gesundheitsproblematik eine schnelle Wiedereingliederung anstreben. Die positive wirtschaftliche Situation in der Region eröffnet dabei auch reale Chancen, dass eine solche Reintegration – ggf. unterstützt durch zeitlich kürzere (auch allgemeine) Arbeitsmarktinstrumente wie Probebeschäftigung oder Praktika – gelingen kann. In Regionen mit schlechterer Arbeitsmarktlage wiederum wird auch die Reintegrationschance mit neuer beruflicher Qualifikation durch die Betroffenen zurückhaltend beurteilt. In beiden Fällen führen diese Bewertungsmuster nicht zur Rehabilitationsteilnahme, selbst wenn ein anerkannter Rehabilitationsbedarf gegeben ist.

der institutionelle Weg der Anerkennung als Rehabilitand gar nicht erst beschritten wird. Auch hier können also Ursachen für sinkende Anerkennungszahlen von Rehabilitanden liegen.

Der zweite Komplex, welcher eng mit dem Aspekt der Arbeitslosigkeit verbunden ist, ist die *sozialrechtliche Gestaltung der finanziellen Absicherung* der Betroffenen während einer beruflichen Teilhabeleistung. So wird von den Befragten ebenfalls mit Nachdruck festgestellt, dass die langfristige Abhängigkeit von Arbeitslosengeld II (ALG II), welches bei Maßnahmeteilnahme fortgezahlt wird, für Betroffene oftmals keine Perspektive darstelle. Hierbei spielen die „Angst vor Hartz IV“ und die Furcht vor einem dauerhaften sozialen Abstieg eine wichtige Rolle. Vor dem Hintergrund der Einbeziehung des Einkommens der gesamten Bedarfsgemeinschaft bei SGB II-Leistungsbeziehern sind die Auswirkungen der rehabilitationsbezogenen finanziellen Einschnitte nicht nur individueller Natur, gravierend für die gesamte Bedarfsgemeinschaft. Insofern ist die beschriebene Existenzangst nicht nur beruflich, sondern auch finanziell begründet. Fehlt zudem bei einer avisierten Rehabilitationsmaßnahme eine klare Perspektive der beruflichen Wiedereingliederung, verstärken sich beide Faktoren wechselseitig. Die eventuelle Angewiesenheit auf Arbeitslosengeld II produziere, so einer der Experten der Arbeitsagentur, wiederum Angst vor finanziellen Einbußen, wodurch auch der individuelle Lebensstandard und – zumindest mittelfristig – die gesamte Lebensplanung betroffen sei. Wird die Absicherung über ALG II-Fortzahlung als individuell und familiär nicht leistbare finanzielle Belastung erlebt, priorisieren Klienten – trotz attestierten Rehabilitationsbedarfs – häufiger kürzere, niedrig schwelligere Angebote, die eine schnellere Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt zumindest hinsichtlich ihrer Dauer ermöglichen können.

6 Diskussion

6.1 Zur Wirkung sozialrechtlicher Normen auf den Zugang erwerbsfähiger hilfebedürftiger Menschen zu Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Angesichts des Spannungsverhältnisses zwischen den Rechtsnormen des SGB IX einerseits und den spezifischen Leistungsbestimmungen von SGB II und III andererseits (vgl. 2.4.2) ist der Frage nachzugehen, welche Konsequenzen sich aus diesem Verhältnis für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im SGB II-Bezug ergeben. Hinsichtlich ihres Zugangs zu beruflichen Rehabilitationsleistungen ist festzustellen, dass die tägliche Arbeitspraxis der Mitarbeiter der SGB II-Träger durch ihre originäre gesetzliche Grundlage – das SGB II – handlungsleitend geprägt ist. Die Analyse der Befragung machte dabei deutlich, dass (auch) in der Arbeit mit gesundheitlich beeinträchtigten Personen die *schnelle Reintegration ins Erwerbsleben*, die zugleich Handlungsmaxime des SGB II ist, das prioritäre Arbeitsziel der Mitarbeiter darstellt. Als Ausdruck dessen kann die Bevorzugung arbeitsmarktnaher, eher kürzerer Maßnahmen aus dem allgemeinen Leistungsspektrum des SGB II gelten, wenn der Umfang der Beeinträchtigung nicht eindeutig für die Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs durch die Arbeitsagentur spricht. Die beschriebene Asymmetrie zwischen Arbeitsmarktanforderungen und individueller Leistungsfähigkeit wird dabei oft nicht nachhaltig kompensiert, was zur Persistenz des erhöhten Beschäftigungsrisikos gesundheitlich beeinträchtigter Menschen führt [10; 36]. Es ist feststellbar, dass das SGB IX-Ziel der Dauerhaftigkeit der Eingliederung hier zurücktritt.

Die *einheitliche Definition des gesamten betreuten Personenkreises als „erwerbsfähig“* (vgl. 2.4.1) beeinflusst ebenso die Betreuungsrealität und den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Denn diese Zuschreibung haftet allen SGB II-Leistungsbeziehern per Definition an und lässt die Vermittler häufig zunächst davon ausgehen, dass keine umfassenden Problemlagen des Klienten der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit entgegenstehen. Auch da sich für die Mitarbeiter ohne konkrete Hinweise keine Notwendigkeit der Prüfung gesundheitlicher Aspekte ergibt, wird oftmals bei gesundheitlich beeinträchtigten Menschen von der Fähigkeit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit und einer (uneingeschränkten) Vermittlungsfähigkeit in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgegangen. In diesem Kontext wird erklärbar, warum gesundheitliche Beeinträchtigungen von Klienten im Vermittlungsalltag häufig erst im Rahmen der Prüfung der Erwerbsfähigkeit (im Sinne der Abklärung der Zuständigkeit für diese Person) relevant werden. Die zunächst dichotome Unterscheidung in Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit ermutigt oftmals nicht zu einer differenzierten Prüfung der gesundheitlichen Situation von SGB II-Leistungsbeziehern, und zwar auch deshalb, weil eine bereits explizit oder implizit über den SGB II-Leistungsbezug festgestellte Erwerbsfähigkeit als statisches Faktum im Arbeitsprozess vorausgesetzt wird. Der eher geringe Stellenwert gesundheitlicher Aspekte im Betreuungsalltag der SGB II-Mitarbeiter ist auch auf die gesetzlich sehr *weite Fassung der Zumutbarkeit beruflicher Tätigkeiten* (§10 SGB II) zurückführbar, sodass es für die Arbeitsvermittler nicht (mehr) a priori notwendig

ist, spezifische – auch gesundheitliche – Kriterien der bisherigen Berufsausübung der gesundheitlich beeinträchtigten Klienten detailliert zu erfassen.

Darüber hinaus ist als wesentliches Ergebnis herauszustellen, dass die sozialrechtlich kodifizierten *finanziellen Leistungen* auf der Ebene der Betroffenen selbst wesentlichen Einfluss auf den Leistungszugang haben. Angesichts der oftmals hohen Erwerbsorientierung bei SGB II-Leistungsempfängern [121] sowie der Angst vor (dauerhaft) sozialem Abstieg sind auch Menschen mit Behinderung seltener bereit, die finanzielle Absicherung der gesamten Bedarfsgemeinschaft auf ALG II-Niveau längerfristig zugunsten potenziell besserer Erwerbschancen nach beruflichen Qualifizierungsleistungen zu akzeptieren. Diese Beurteilungsmuster sind dabei aus Sicht der Betroffenen in kurzfristiger Perspektive rational, hinsichtlich einer dauerhaften Erwerbsspartizipation jedoch nicht selten hinderlich.

6.2 **Betreuungsstrukturen und Interaktionsprozesse**

Sowohl bereits hinsichtlich der Prüfung eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs als auch beim darauf aufbauenden Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben handelt es sich um *komplexe institutionelle Betreuungs- und Interaktionsprozesse* im Vorfeld einer entsprechenden Leistungsgewährung. Auf struktureller Ebene der Organisationen sind an diesen Leistungsprozessen zwei Institutionen (AA, SGB II-Träger) und mindestens drei Akteure (Vermittler/Fallmanager, Ärztlicher Dienst, Reha-Berater) beteiligt, wobei für Betroffene zusätzlich ein weiterer Ansprechpartner in der Leistungsabteilung des SGB II-Trägers (Grundsicherungsleistung, Wohngeld, Fahrtkosten etc.) hinzukommt.

Gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsbezieher nach SGB II sollen – so der zentrale gesetzliche Arbeitsauftrag des SGB II – durch die Mitarbeiter der SGB II-Träger bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit unterstützt werden, um die Hilfebedürftigkeit zu beseitigen oder deren Dauer zu verkürzen (§1 Abs. 1 SGB II). Bei diesem Auftrag der Erwerbsintegration der oftmals langzeitarbeitslosen Klientel sind die SGB II-Mitarbeiter mit vielfältigen Schwierigkeiten und unterschiedlichen individuellen, nicht selten *multiplen Problemlagen* („Vermittlungshemmnissen“) konfrontiert (geringe Motivation, Suchtverhalten, Schulden, Arbeitsentwöhnung etc.), die häufig einer erfolgreichen Arbeitsvermittlung entgegenstehen und denen daher aus Mitarbeitersicht bei der Beratungsarbeit wesentliche Relevanz zugeschrieben wird. Gesundheitliche Beeinträchtigungen gelten im Rahmen der Arbeitsverwaltung als ein „Vermittlungshemmnis“ unter mehreren anderen, zählen aber fachwissenschaftlich zu den „wichtigsten Einflussfaktoren für die Wiedereingliederung von Arbeitslosen“ [91]. Wenngleich mit etwa einem Drittel aller SGB II-Leistungsbezieher eine Vielzahl der Personen gesundheitliche Beeinträchtigungen aufweist, stellt die Berücksichtigung und „Bearbeitung“ gesundheitlicher Aspekte in der Arbeitsrealität der SGB II-Träger einen Aspekt unter einer Reihe anderer, ebenfalls als relevant definierter Integrationsprobleme dar. Die Ergebnisse

zeigen, aufbauend auf den Befunden von Hollederer [13: 189], dass gesundheitliche Einschränkungen in der Vermittlungspraxis der Arbeitsverwaltungen oftmals nicht als spezifisch zu betrachtende Krankheits- und Behinderungsphänomene mit sehr spezifischen Auswirkungen, sondern zunächst (also vor einer detaillierten Prüfung mittels ärztlichem Gutachten) als „Diskriminierungsmerkmal im Sinne von vorhanden oder nicht vorhanden“ Berücksichtigung finden. Einem solchen Verständnis seitens der Vermittler kann auch Vorschub leisten, dass für bereits anerkannte Rehabilitanden und Personen mit anerkannter Schwerbehinderung nicht selten spezifische Mitarbeiter (Arbeitsvermittler oder Fallmanager) in den jeweiligen Institutionen zuständig sind. Durch diese – aus Sicht einer gezielten Betreuung dieses Personenkreises sinnvolle – Etablierung von „Schwerpunktvermittlern“ kann bei diesem Verständnis und bei gleichzeitiger (subjektiver) Gleichsetzung von potenziellem mit anerkanntem Rehabilitationsbedarf die Berücksichtigung rehabilitativer Aspekte bei der Unterstützung der Erwerbsspartizipation der Betroffenen einen geringeren Stellenwert einnehmen. Findet die Kanalisierung der „Klientenströme“ bereits durch bzw. über das „Kundenzentrum“ statt, kann dies zur impliziten Annahme der Arbeitsvermittler beitragen, dass Rehabilitanden „woanders bearbeitet“ werden, wodurch ihnen berufliche Rehabilitation bei ihrer Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Klienten weniger von Belang zu sein scheint⁵⁷.

Werden bei gesundheitlich beeinträchtigten Klienten weitere „Vermittlungshemmnisse“ als dominanteres Integrationsproblem wahrgenommen, wird gesundheitlichen Aspekten seitens der SGB II-Mitarbeiter oftmals im Vermittlungsgespräch nicht die wesentliche Bedeutung zugeschrieben, die ihnen nach fachwissenschaftlichen Erkenntnissen bei der Wiedereingliederung in Arbeit zukommt (vgl. 2.2). Im Kontext der wichtigen Funktion der Ersterkennung potenziellen Rehabilitationsbedarfs im Rahmen des Zugangsverfahrens zu beruflicher Rehabilitation erklärt dies, warum SGB II-Mitarbeiter einerseits von einer Vielzahl gesundheitlich beeinträchtigter Klienten berichten, gesundheitlichen Aspekten aber andererseits häufig erst im Kontext einer Erwerbsfähigkeitsprüfung oder nach expliziter Thematisierung gesundheitlicher Probleme (durch den Klienten selbst) nachgehen. Da alle Leistungsbezieher per Definition als erwerbsfähig gelten [79], fungiert die arbeitsmedizinische Prüfung der Erwerbsfähigkeit für die SGB II-Mitarbeiter nicht selten als dichotomer Gradmesser für die Schwere gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Bei diesem Vorgehen wird jedoch durch die SGB II-Mitarbeiter häufig die Prüfung des Rehabilitationsbedarfs unter Berücksichtigung der bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeit (SGB IX) mit dem berufsunspezifischen SGB II-Kriterium der Erwerbsfähigkeit verkürzend gleichgesetzt. Der Bedarf von gesundheitlich beeinträchtigten Personen an rehabilitativen Leistungen wird also oftmals erst dann geprüft, wenn für die Mitarbeiter zweifelhaft ist, ob der Betroffene noch mehr als drei Stunden unter den allgemeinen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann (§8 SGB II).

⁵⁷ Diese Auffassung wurde bereits während der Feldphase deutlich, wo bei der Gesprächsanbahnung oder -einleitung nicht selten Verwunderung durch Arbeitsvermittler (ohne diesen spezifischen Schwerpunkt) geäußert wurde, weil doch berufliche Rehabilitation anderweitig im Haus bearbeitet würde.

Die ebenfalls berichtete Tatsache, dass unspezifische Krankheitssymptomatiken oder der geäußerte Wunsch, wieder im „alten“ Beruf tätig zu werden, selten zur Prüfung der gesundheitlichen Situation motivieren, kann in diesem Kontext ebenso darauf hindeuten, dass den Mitarbeitern praktikable Indikatoren zur Binnendifferenzierung gesundheitlicher Beeinträchtigung im Vorfeld einer (vermuteten) Erwerbsunfähigkeit und somit zur Identifikation rehabilitationsbedürftiger SGB II-Leistungsbezieher fehlen.

Bei der *Identifikation potenziell rehabilitationsbedürftiger SGB II-Leistungsbezieher*, die nicht bereits als Rehabilitand oder als schwerbehindert anerkannt sind, nehmen – so konnte gezeigt werden – die Arbeitsvermittler und Fallmanager der SGB II-Träger eine Schlüsselstellung ein, da diese – ob bewusst oder unbewusst – in doppelter Weise beim Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen als Gatekeeper fungieren.

Zum einen sind die Mitarbeiter der SGB II-Institutionen für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen die (Erst-)Ansprechpartner in der Arbeitsverwaltung, durch die sie – nicht selten über einen längeren Zeitraum – in Arbeitsmarktfragen beraten und bei der Erwerbsintegration unterstützt werden (sollen). Dabei kommt den Mitarbeitern auch eine wesentliche Rolle hinsichtlich der (Erst-)Identifikation erwerbsbezogener gesundheitlicher Problemlagen im Rehabilitationsverfahren zu, denen zumeist durch Beauftragung eines ärztlichen Fachgutachtens nachgegangen wird. Dieser Auftrag ist erster Schritt und zentraler Baustein der Prüfung eines potenziellen Rehabilitationsbedarfs.

Zum anderen haben die SGB II-Mitarbeiter eine weitere wesentliche Steuerungsfunktion, da das ärztliche Gutachten nicht (wie im SGB III-Bereich) durch den Reha-Berater der Arbeitsagentur, sondern zunächst durch den zuständigen SGB II-Mitarbeiter interpretiert wird, bevor der Betroffene ggf. an den Reha-Berater der Arbeitsagentur zur formalen Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs weitergeleitet wird. Diese Praxis der Erstinterpretation der Fachgutachten durch SGB II-Mitarbeiter ist insofern zu problematisieren, als die Anforderungen und Erwartungen an ärztliche Gutachten je nach Adressatenkreis unterschiedlich sind. Während die Reha-Berater eine differenzierte arbeitsmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit als *ein* Kriterium für ihre Entscheidung verwenden, ist für die SGB II-Mitarbeiter eine klare Aussage zur (Un-)Vereinbarkeit des Gesundheitszustandes mit der bisherigen Berufstätigkeit notwendig. Ist dem Gutachten keine klare Handlungsempfehlung zu entnehmen, kann die Interpretation des Gutachtens durch den SGB II-Vermittler die Entscheidung über einen potenziellen Rehabilitationsbedarf – durch Nichtweiterleitung an den Reha-Berater – unter Umständen prädisponieren. Die Entscheidung, ob ein Rehabilitationsbedarf vorliegt, wird somit häufig implizit vom Vermittler aufgrund des ärztlichen Gutachtens getroffen, was den Zugang zu beruflicher Rehabilitation hier primär von der Qualität und Aussagekraft des ärztlichen Gutachtens und der Interpretation dieses Gutachtens durch den Ver-

mittler abhängig macht⁵⁸. Für die betroffenen Klienten bedeutet dies, dass in Fällen des Missverständens inhaltlicher Aussagen des Gutachtens durch die SGB II-Mitarbeiter der Rehabilitationsbedarf nicht spezifisch durch die Arbeitsagentur geprüft wird, auch wenn das ärztliche Gutachten Gründe dafür enthalten hätte. Der Frage, inwieweit sich die ärztlichen Gutachter der diversifizierten Erwartungshaltungen der Mitarbeiter der Arbeitsverwaltungen an Form und Aussagekraft des Gutachtens bewusst sind, kann in diesem Rahmen leider nicht weiter nachgegangen werden.

6.3 Arbeitsmarktpolitik, Arbeitsförderungsmaßnahmen und berufliche Rehabilitation

Im Zuge der Neuausrichtung der Bundesagentur für Arbeit wurden auch die ihr zur Verfügung stehenden Instrumente der Arbeitsförderung und deren Einsatz neu justiert. Klientenseitig drückt sich dies in einer deutlich veränderten Bewilligungspraxis aus. Dabei ist den Hartz-Reformen insgesamt immanent, dass der Schwerpunkt der Arbeitsmarktpolitik von der Qualifizierung zur Vermittlung verschoben wurde und dass der Stellenwert beruflicher Weiterbildung deutlich gesunken ist, sodass diese heute eine untergeordnete Rolle spielt [8; 95]. Dies bedeutet erstens, dass die Bemühungen bei der Vermittlung in Arbeit durch die Arbeitsverwaltungen im Vordergrund stehen und die baldige Aufnahme einer – möglichst sozialversicherungspflichtigen – Beschäftigung das wesentliche Arbeitsziel darstellt. Die Handlungsmaxime des SGB II ist hierfür deutliche Vorgabe. Zweitens gelten Qualifizierungsleistungen nicht (mehr) per se als erstrebenswerter „Jobgaranten“, sondern es wird aus der Perspektive der „Platzierbarkeit“ gesundheitlich beeinträchtigter Klienten in den Arbeitsmarkt verstärkt gefragt, welche beruflichen Qualifikationen notwendig und gegebenenfalls im Zuge beruflicher Bildungsleistungen auszubauen oder neu zu erwerben sind, um eine erfolgreiche Erwerbsintegration des spezifischen Klienten zu ermöglichen. Zu diesem Perspektivwechsel trägt auch bei, dass angesichts der beschriebenen gesellschaftlichen und arbeitsmarktlichen Veränderungen das Rehabilitationsziel der dauerhaften Eingliederung zunehmend schwerer zu erreichen ist (vgl. Kap. 2.5). Die nun verstärkt individualisierte Prüfung von Bedarf bzw. Nicht-Bedarf an Leistungen zur Erwerbsintegration gewinnt durch diese arbeitsmarktpolitischen Veränderungen an Gewicht.

Die Förderung der Erwerbsspartizipation von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch von den Arbeitsverwaltungen als Leistungsträger finanzierte Leistungen wird so zunehmend von der individuellen Erwerbsspektive – manifestiert in einer Erfolgsprognose mit unklarer Evidenz vor Maßnahmebeginn – abhängig gemacht. Die darauf aufbauende – individualisiert zu beantwortende –

⁵⁸ Zu berücksichtigen ist dabei zudem, dass die medizinischen Fachgutachten vornehmlich Antworten auf im Rahmen der Beauftragung vom SGB II-Mitarbeiter gestellte Fragen geben. Für die hier behandelte Frage potenziellen Rehabilitationsbedarfes ist für ein später aus Vermittlersicht aussagekräftiges Gutachten wesentlich, dass die Leitfragen klar und präzise formuliert werden, was zumeist beim beauftragenden Mitarbeiter auch gesundheitsrelevantes Fachwissen voraussetzt. Die zwischenzeitlich häufig in den ARGEN etablierte Praxis der Verwendung eines vorgefertigten Fragenkataloges als Auswahlschema kann die Arbeit unterstützen, entsprechendes Fachwissen aber nicht ersetzen. Zudem sind die Mitarbeiter bei der Verwendung des Katalogs gehalten, nur wenige Fragen zur Prüfung auszuwählen, was ihren individuellen Handlungsspielraum begrenzt.

Frage der notwendigen Eingliederungsleistungen erfährt durch das SGB II und dessen Handlungsmaxime der schnellen (Re-)Integration in Arbeit besonderes Gewicht. Die Analyse der institutionellen Ausgestaltung des SGB II zeigt deutlich, dass bei der individualisierten Beurteilung der Erwerbsperspektive und der damit verknüpften Frage nach einem potenziellen Bedarf an Eingliederungs- und speziell Bildungsleistungen insbesondere Effizienz- und Wirtschaftlichkeitserwägungen (in Form von Kosten-Nutzen-Abwägungen) relevant sind [95]. Zunehmend individualisiert wird somit mit Blick auf eine zügige Vermittlung in Arbeit darüber entschieden, welche spezifische Unterstützung notwendig und wirtschaftlich sinnvoll ist, um eine Reintegration ins Erwerbsleben zu unterstützen.

Diese grundlegende Ausrichtung hat Auswirkungen wie auf den Umfang als auch die Art der angebotenen Arbeitsförderungsmaßnahmen (vgl. §16 SGB II). Ziel aller dieser Maßnahmen, seien sie im allgemeinen oder besonderen Leistungskatalog enthalten, ist die Reintegration ins Erwerbsleben. Im Rahmen des SGB II stehen eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen zur Unterstützung dieses Ziels zu Verfügung. Die Handlungspraxis bewegt sich – so konnte die Analyse zeigen – im Spannungsfeld zwischen einer schnellen Vermittlung (SGB II), ggf. unterstützt durch arbeitsmarktnahe, eher kürzere Maßnahmen, und einer potenziell größeren Chance der dauerhaften Erwerbsintegration durch umfassende berufliche Bildung (SGB IX).

Die Tatsache, dass die SGB II-Mitarbeiter angeben, auch bei allgemeinen Maßnahmen (Arbeitsgelegenheiten, Trainingsmaßnahmen etc.) gesundheitlichen Beeinträchtigungen gezielt Rechnung tragen zu können, offenbart, dass von ihnen die Leistungskataloge der allgemeinen Leistungen des SGB II und der Teilhabeleistungen für behinderte Menschen als sich ergänzend und zum Teil funktional äquivalent verstanden und eingesetzt werden. Vor dem Hintergrund des deutlichen Rückgangs der Anzahl beruflicher Teilhabeleistungen lässt sich im Rechtskreis des SGB II tendenziell einerseits eine Konkurrenz zwischen diesen beiden Leistungstypen sowie andererseits zwischen allgemeinen und besonderen Teilhabeleistungen konstatieren. Inwieweit es sich (im Einzelfall) in der Tat bei den allgemeinen (Teilhabe-)Leistungen um für gesundheitlich beeinträchtigte Personen bedarfsgerechte und zielgerichtete Leistungen handelt oder ob aufgrund der Art und Schwere der Behinderung (spezifische) Teilhabeleistungen notwendig wären, kann im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden (vgl. 7.2). Zwar gilt der Grundsatz, dass besondere Leistungen nur dann in Betracht kommen, wenn allgemeine Maßnahmen nicht ausreichen, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu erreichen (vgl. §98 SGB III), jedoch ist das Kriterium des „Nicht-Ausreichens“ kritisch zu reflektieren. Denn auffällig ist, dass die Mitarbeiter häufig auf eher kürzere Maßnahmen aus dem Spektrum der allgemeinen SGB II-Leistungen zurückgreifen, wenn der Umfang der Beeinträchtigung nicht eindeutig für die Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs spricht. Die Veränderungen in der Teilnehmerstruktur von Berufsförderungswerken werden dabei durch Verschiebungen der Maßnahmeauswahl innerhalb der beruflichen Rehabilitation erklärbar. So ist die berichtete anteilige Zunahme von Personen mit Mehrfachdiagnosen und/oder multiplen Problemlagen bei gleichzeitigem deutlichen Rückgang der Gesamtteilnehmer-

zahl in BFWs wesentlich auf verstärkte Selektionsprozesse des Teilnehmerkreises bei der Auswahl des Leistungssettings und -anbieters zurückführbar.

Zu beachten ist auch, dass eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation individuelle Kompetenzen und Ressourcen (Motivation, Volition, (Selbst-)Lernfähigkeit etc.) seitens der Klienten bedingt, die beim hier betrachteten Personenkreis nicht a priori vorausgesetzt werden können. Die Gründe, die hinter einer möglicherweise fehlenden „Reha-Fähigkeit“ stehen, können unterschiedlicher Natur sein. Insbesondere soziale Desintegrationstendenzen, die sich in familiären Spannungsverhältnissen, Bildungsdefiziten, Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu Angststörungen, Depressivität und Suchtverhalten äußern, erschweren Vermittlung, Beratung und Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Eingliederung. Die Tatsache, dass die Veränderung der Klientenstruktur seitens der Reha-Berater weniger deutlich beschrieben wird als durch die Mitarbeiter der SGB II-Träger, deutet in diesem Kontext darauf hin, dass komplexe Fallgestaltungen eher seltener zur Prüfung eines Rehabilitationsbedarfs an die Arbeitsagentur weitergeleitet werden. Die gesundheitliche und persönliche Stabilität des Klienten, die ausreichen muss, um eine Maßnahme erfolgreich zu durchlaufen, ist somit eine wesentliche Voraussetzung für spezifische Teilhabeleistungen und findet im Rahmen des Reha-Zugangs besondere Berücksichtigung. Die Zunahme psychischer Erkrankungen im Krankheitsspektrum der SGB II-Klientel sowie die Komplexität der medizinischen und beruflichen Rehabilitation dieser Erkrankungen verleiht diesem Punkt dabei zusätzliches Gewicht. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass auch eine gesundheitliche und persönliche Stabilisierung der Betroffenen als Rehabilitationserfolg gelten kann, auch wenn eine (zeitnahe) Erwerbsintegration nicht erreichbar ist.

Durch die Betonung der Wirtschaftlichkeit in Form von höheren Effizienzerwartungen bzw. höheren Kriterien für die Erfolgsprognose werden durch Negativselektion tendenziell Personen ausgeschlossen, deren individuelle Rehabilitationsprognose zwar gut, aber nicht gut genug ist, um einen Erfolg zu garantieren. Wird die Notwendigkeit des Vorhandenseins einer individuellen Erwerbsperspektive hinzugezogen, heißt das, dass (in der Regel) nur diejenigen SGB II-Leistungsbezieher eine Rehabilitation bekommen, bei denen die Erfolgswahrscheinlichkeit einerseits und die Chance der anschließenden Erwerbsintegration andererseits als hinreichend hoch eingeschätzt wird. Die Entwicklung von schematisierten Leistungspaketen und Standardprogrammen hin zu individualisierteren Leistungen mit starker Berücksichtigung der realen (langfristigen) Eingliederungschancen, höherer Maßnahmeneffizienz und besserer Wirtschaftlichkeit des Mitteleinsatzes führt zwangsläufig über höhere Kriterien für die Erfolgsprognose zur Priorisierung spezifischer Personengruppen [10].

Aus der besonderen Betonung der Wirtschaftlichkeit und der zeitnahen Reintegration ergibt sich ebenfalls, dass umfassende spezifische Bildungsmaßnahmen für gesundheitlich beeinträchtigte Personen, insbesondere die der Berufsförderungswerke, nur dann präferiert werden, wenn hierzu rehabilitandenseitig ein besonderer Bedarf vorliegt und wenn ohne sie der erfolgreiche Abschluss der Maßnahmen nicht erreichbar wäre. Bei der verstärkten Prüfung des Passungsverhältnisses von

individuellem Bedarf und Leistungsangebot geht es jedoch selten um eine umfassende Bedarfsermittlung zur Leistungsanpassung, sondern vielmehr um die Feststellung von „Nicht-Bedarf“ an spezifischen Komponenten von Rehabilitationsleistungen (z. B. sozialpädagogischer Unterstützung), was Leistungsvergütung nach sich zieht. Ähnliche Priorisierungseffekte lassen sich ebenso bei der Betreuungsarbeit der BA erkennen [95]

In Bezug auf die Ausgestaltung von Rehabilitationsmaßnahmen konnte im Kontext des SGB II eine verstärkte Verschiebung des Schwerpunktes von umfassenden zu kürzeren Angeboten gezeigt werden, welche wesentlich vom Aspekt der konkreten Eingliederungsperspektiven und von finanziellen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Lag bis in die 1990-er Jahre hinein der Schwerpunkt verstärkt bei beruflichen Vollqualifizierungen, zeigt sich heute bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen eine stärkere Fokussierung auf modulare Maßnahmeformen, kürzere Trainingsmaßnahmen, Weiterbildungen, Praktika etc. Die Veränderung der Definition des Rehabilitationsziels angesichts der Arbeitsmarktlage und der Flexibilisierung von Beschäftigungsstrukturen auf der Praxisebene lässt sich auch auf die veränderten Leistungspräferenzen zur Erreichung dieses Ziels rückkoppeln. Konkret: Ist eine befristete Beschäftigung (ggf. in Teilzeit) ein realistisches Rehabilitationsziel, kann im Umkehrschluss aus institutioneller Sicht gefragt werden, welche Leistungen notwendig und wirtschaftlich sind, um dieses Ziel zu erreichen. Angesichts der spezifischen Perspektive des SGB II könnte dies ein Erklärungsmuster zum Nachvollzug veränderter Förderentscheidungen der Kostenträger darstellen.

Die verstärkte Berücksichtigung vorhandener Berufsqualifikationen auch bei Personen, die ihren ursprünglich erlernten Beruf nicht mehr ausüben können, führt dazu, dass zunehmend Tätigkeitswechsel im gleichen Berufsfeld gegenüber beruflichen Neuorientierungen an Bedeutung gewinnen. Im Rahmen neuer, leidensgerechter Arbeitsaufgaben, z. B. bei Weiterqualifizierung eines Altenpflegers mit chronischen Rückenschmerzen für Tätigkeiten im Verwaltungsbereich einer Pflegeeinrichtung, bleiben zum einen vorhandene berufliche Kompetenzen weiter nutzbar. Zum anderen erfordert ein solcher berufsnaher Tätigkeitswechsel nicht selten keine Neu-, sondern „nur“ eine eher kürzere, modulare Anpassungsqualifizierung. Ähnliches gilt für Rehabilitanden ohne Berufsabschluss. Auch bei dieser Personengruppe werden eher kurze, modulare und/oder möglichst arbeitsmarktnahe Integrationsmaßnahmen bevorzugt, sodass auch hier selten eine Vollqualifizierung stattfindet.

Die stärkere Berücksichtigung bisheriger beruflicher Erfahrungen und Kenntnisse und darauf aufbauende kürzere Qualifikationsmaßnahmen können – bleibt die dauerhafte, leidensgerechte Erwerbsintegration das Arbeitsziel – insbesondere den Nicht-Inanspruchnahmemotiven der Rehabilitationsbedürftigen im SGB II-Leistungsbezug in doppelter Weise entgegenwirken: Einerseits ist die Hemmschwelle zu einem völligen beruflichen Neubeginn angesichts des oftmals als unsicher erlebten Arbeitsmarktes geringer, was die Eingliederungsperspektive subjektiv absehbarer macht. Andererseits ist die finanzielle Absicherung der gesamten Bedarfsgemeinschaft auf ALG II-Niveau nicht a priori (wie bei einer Umschulung) auf zwei Jahre festgeschrieben. Insgesamt werden die Rehabilitanden im Rahmen

des Rehabilitationszugangs bei der Auswahl und Ausrichtung der Teilhabeleistung einbezogen und deren Wünsche und Präferenzen erfasst. Inwieweit diese Wünsche und Präferenzen allerdings Berücksichtigung finden, entscheidet sich in den Grenzen des für die Institutionen Sinnvollen (z. B. reale Eingliederungschancen im Zielberuf) und finanziell Vertretbaren (Wirtschaftlichkeitsaspekt).

Folge der zunehmend individualisierteren Betrachtung von Bedarf und Eingliederungsperspektive gesundheitlich beeinträchtigter SGB II-Bezieher durch die Mitarbeiter beider Arbeitsverwaltungen ist eine fortschreitende Ablösung von vormals präferierten Leistungsangeboten (insb. BFWs als „Komplexdienstleister“) durch eine breit gestreute Maßnahmepalette mit differenzierteren Rehabilitationsangeboten. Die veränderten Bewilligungs- und Zuweisungsprozesse haben deutliche wirtschaftliche Auswirkungen auf die Anbieter. Die institutionell verringerte Nachfrage führt zu einer quantitativen Verringerung des Leistungsangebots durch eine sinkende Anzahl der Leistungsanbieter. Zugleich stellen diese Veränderungen die Leistungsanbieter vor neue konzeptionelle Herausforderungen, denen sie mit adaptierten bzw. neuen Angeboten begegnen, um so (zu versuchen) auf die veränderte Nachfrage zu reagieren. Durch die Dynamik im Markt der Bildungsanbieter und vor dem Hintergrund, dass bei inhaltlich gleichen Maßnahmen häufig das wirtschaftlichere Angebot präferiert wird, lässt sich eine zum Teil hohe Fluktuation bei der Zusammenarbeit der Leistungsträger mit Leistungserbringern erkennen. Dies hat gleich mehrere Implikationen. Bei der Auswahl „neuer“ Anbieter kann in Bezug auf die Beurteilung der Qualität nicht auf Erfahrungswissen, sondern nur auf externe Informationen, vor allem Zertifikate, zurückgegriffen werden. Ein häufiger Wechsel des Bildungsanbieters trägt zudem nicht zur Verstetigung der Zusammenarbeit bei. Vor dem Hintergrund, dass der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme, die (Wieder-)Eingliederung, erst mehrere Jahre nach Maßnahmebeginn beurteilt werden kann, behindert eine geringe Konstanz der Zusammenarbeit auch eine Erfahrungsakkumulation zur Arbeitsmarktwirksamkeit der (spezifischen) Teilhabeleistungen der entsprechenden Anbieter.

7 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Analyse hat erstmalig die Komplexität der Einflussfaktoren auf den Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Personen aufgezeigt und die gegenseitige Bedingtheit dieser Faktoren herausgearbeitet. Sie hatte zum Ausgangspunkt, dass sich zum einen mit Einführung des SGB II im Jahr 2005 die sozialrechtlichen Grundlagen des Leistungszugangs deutlich verändert haben. Zum anderen ist die Anzahl der begonnenen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in den letzten Jahren stetig gesunken. Wurde der gravierende Rückgang der Zugangszahlen von 2004 auf 2005 noch wesentlich mit der Implementierung der neuen gesetzlichen Grundlagen erklärt [10], so sind heute die damit anfangs verbundenen Systemumstellungs- und Institutionenbildungsprozesse der SGB II-Institutionen längst abgeschlossen, die „durcheinandergewirbelten Zugangsprozesse“ [8] geordnet und die anfangs unklaren Zuständigkeitsregelungen für Teilhabeleistungen spätestens mit dem SGB II-Fortentwicklungsgesetz Mitte 2006 klargestellt. Allerdings sank die Zahl der Anerkennungen in 2007 und 2008 noch unter das Niveau von 2005 und bei Maßnahmeeintritten in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist auch weiterhin ein stetiger Rückgang zu verzeichnen (vgl. Kap. 2.5).

Wie diese Entwicklung inhaltlich und hinsichtlich der (möglichst dauerhaften) Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben zu werten ist, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert werden. Hierfür wären insbesondere vergleichbare Daten zur Arbeitsmarktwirksamkeit der unterschiedlichen Leistungen notwendig (siehe Kap. 7.2). Vielmehr ging es in der Arbeit darum, Einflussfaktoren im Rahmen des über die Arbeitsverwaltungen gesteuerten Zugangs zu beruflichen Rehabilitationsleistungen herauszuarbeiten, die zur Erklärung dieser Entwicklung beitragen. Daran anknüpfend sollen im Folgenden Ansätze zur Weiterentwicklung des Leistungszugangs, Grenzen der vorliegenden Studie und weiterführende Forschungsperspektiven aufgezeigt werden.

7.1 Ansätze zur Weiterentwicklung der Zugangsprozesse

(1) Gesundheitlich beeinträchtigte Menschen haben ein besonders hohes Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit, wobei sich die Risikofaktoren Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Beeinträchtigung wechselseitig verstärken. Um dem Ziel der Teilhabe behinderter Menschen an gesellschaftlichen (Erwerbs)Bezügen, dessen Realisierung hinsichtlich der Reintegration Arbeitsloser in Erwerbstätigkeit zu wesentlichen Teilen Aufgabe der Arbeitsverwaltungen (Arbeitsagentur, SGB II-Träger) ist, zu entsprechen, ist es notwendig, dass gesundheitliche Aspekte den wesentlichen Stellenwert im Verwaltungshandeln einnehmen, der ihnen hinsichtlich der Chancen beruflicher Reintegration objektiv zukommt. Wesentlich ist dabei vor allem die – möglichst frühzeitige – Erkennung von Rehabilitationsbedarf durch die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltungen, da nur eine Minderheit rehabilitationsbedürftiger Personen eine anerkannte Schwerbehinderung aufweist bzw. bereits als „Rehabilitand“ durch die Bundesagentur für Arbeit an-

erkannt ist. Eine forcierte Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte im Beratungs- und Vermittlungsprozess kann dabei nicht nur für die Betroffenen selbst hinsichtlich der Erwerbspartizipation positiv sein, sondern zudem die Chancen für einen nachhaltigen Vermittlungserfolg der Arbeitsverwaltungen verbessern.

- (2) Um diesem gesellschaftlichen Auftrag gerecht werden zu können, sind institutionelle Rahmenbedingungen sicherzustellen, die dies ermöglichen. Angesichts der Vielzahl der Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Betreuung der SGB II-Träger sowie des gestuften personellen Aufbaus dieser Institutionen (Arbeitsvermittler – Fallmanager) ist dem Aspekt der Mitarbeiterqualifizierung besondere Beachtung zu schenken, denn der Einsatz spezialisierter Fallmanager oder Vermittler für anerkannte Rehabilitanden und Schwerbehinderte („Reha/SB“) in den Arbeitsverwaltungen ersetzt nicht die zentrale Bedeutung der Arbeitsvermittler. Aktuelle Studienergebnisse knapp fünf Jahre nach SGB II-Einführung zeigen, dass trotz verschiedener Maßnahmen auf diesem Gebiet [122-123] die Qualifizierungsanstrengungen hinsichtlich gesundheitlicher und rehabilitationsspezifischer Aspekte bei den SGB II-Trägern insgesamt weiter auszubauen sind [124]. Für die Betreuungsqualität gesundheitlich beeinträchtigter Menschen in der Arbeitsverwaltung sind zudem personalpolitische Aspekte in den Institutionen wesentlich. Dazu sind Rahmenbedingungen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, die dem Bedarf von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach einer intensiveren, zeitaufwendigeren Beratung und Betreuung Rechnung tragen [125]. Eckpunkte könnten dabei Fragen der Personalfluktuatation, der Beschäftigungsstabilität und der individuellen Arbeitsbelastung der Mitarbeiter sein.
- (3) Auf der Prozessebene der „Fallbearbeitung“ besitzt das ärztliche Gutachten in den SGB II-Institutionen hinsichtlich der Weiterleitungsentscheidung zur Reha-Bedarfsprüfung bei der Arbeitsagentur einen zentralen Stellenwert und ist für die Mitarbeiter allein handlungsleitend. Der unterschiedlichen Funktion der ärztlichen Gutachten in der Arbeitsverwaltung (vgl. Tabelle 6, S. 38) sollte bei der Gutachtenformulierung Rechnung getragen werden. Ist die Frage nach beruflichem Rehabilitationsbedarf aus sozialmedizinischer Sicht nicht abschließend zu beantworten, ist mit einer Weiterleitung an den Rehabilitationsberater zur Prüfung des Rehabilitationsbedarfs in jedem Fall bedarfsgerecht agierbar.
- (4) Kommen aus Sicht des Rehabilitationsberaters erwerbsbezogene Teilhabeleistungen in Betracht, sind diese dem SGB II-Träger in Form des Rehabilitationsvorschlages zur Prüfung und Bewilligung vorzulegen. Dieses Vorgehen macht bei unterschiedlichen Beurteilungsperspektiven der SGB II-Träger und der Arbeitsagentur nicht selten interinstitutionellen Abstimmungsbedarf notwendig. Zudem endet die Rehabilitationsfachberatung für Berater und Rehabilitand nicht mit einem konkreten Ergebnis, sondern „nur“ mit einem Eingliederungsvorschlag. Diese Situation ist für den Klienten und ein effizientes Verwaltungshandeln im Sinne des Klienten insgesamt unbefriedigend: In zum Teil mehrstündigen Gesprächen mit dem Rehabilitanden wählt ein

Experte in Fragen der Rehabilitation (der Rehabilitationsberater, dessen Einbindung als Experten die rechtlichen Regelungen ja gerade intendieren) eine passgenaue, bedarfsgerechte Rehabilitationsmaßnahme aus, über deren Gewährung im Anschluss ein Mitarbeiter des SGB II-Trägers, der mit Rehabilitation zumeist deutlich weniger vertraut ist, entscheidet, weil er über die Finanzverantwortung verfügt. Da dies systemlogisch unplausibel ist, sollte geprüft werden, welche grundsätzlichen Hemmnisse bestehen, die endgültige Rehaentscheidung an den Reha-Berater zu übertragen (z. B. durch Delegation der Entscheidungsbefugnis von den SGB II-Trägern an die Rehaberater oder durch Neu-Zuordnung der Mittel für Teilhabe an die Bundesagentur für Arbeit). Dies könnte zur deutlichen Straffung der Zugangsprozesse führen (vgl. Abbildung 10, S. 35). Ein Widerspruchsrecht der SGB II-Träger bei schwerwiegenden Bedenken zum Rehabilitationsplan könnte die SGB II-Träger, die die Integrationsverantwortung tragen, in den Gesamtprozess einbinden.

- (5) Das Bundesverfassungsgericht entschied mit Urteil vom 20. Dezember 2007 (2 BvR 2433/04) über die Unvereinbarkeit der Mischverwaltung der ARGEn mit dem Grundgesetz, woraus sich die Notwendigkeit der Neuregelung ergab. Die sich in der aktuellen politischen Diskussion abzeichnende Grundgesetzänderung zur Beibehaltung der bestehenden Arbeitsgemeinschaften als Mischverwaltung stärkt das aktuell bestehende Verwaltungssystem, wobei die Anzahl der zugelassenen kommunalen Träger (mit Entscheidung vom 24.3.2010) von 69 auf 110 steigen wird. Die geteilte Zuständigkeit beim Zugang zur beruflichen Rehabilitation macht dabei ein Zusammenwirken zwischen den SGB II-Trägern und den Arbeitsagenturen notwendig. Allerdings – so verdeutlicht diese Studie – verkompliziert die Interaktionsnotwendigkeit beider Institutionen oder die Notwendigkeit der institutionsübergreifenden Weiterleitung vom Arbeitsvermittler (SGB II-Träger) zum Rehabilitationsberater (AA) das Zugangsverfahren nicht a priori. Eine vergleichende Betrachtung des Reha-Zugangs im SGB III-Bereich zeigt, dass auch dort zunächst vom Arbeitsvermittler potenzieller Rehabilitationsbedarf zu erkennen ist, bevor eine Weiterleitung erfolgt.
- (6) Auf der die Leistungsprozesse rahmenden sozialrechtlichen Ebene wurde deutlich, dass die mit dem SGB II im Vordergrund stehende aktivierende Arbeitsmarktpolitik mit ihrer Ausrichtung auf eine schnelle (Re-)Integration der Intention der beruflichen Rehabilitation, wie sie im SGB IX formuliert ist, in Teilen entgegenwirkt. Mitarbeiter der SGB II-Institutionen stehen bei der Betreuung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen im Spannungsfeld zwischen Teilhabegesichtspunkten des SGB IX und Effizienzkriterien des SGB II. Deshalb ist es dringend erforderlich, dass der Gesetzgeber eine sozialrechtliche Klarstellung vornimmt, mit der die offene Frage des Verhältnisses und der Wertigkeit der unterschiedlichen Perspektiven beider Gesetze bestimmt wird. Zudem ist es notwendig, die prinzipielle Relevanz der Bestimmungen des SGB IX für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen mit Behinderung zu betonen, um offensichtliche Widersprüche aufzulösen [87]. Zugleich würde damit für erwerbsfähige hilfebedürftige

Menschen mit Behinderung die Frage nach der Gültigkeit und Tragweite der Regelungen zur Zumutbarkeit anderer beruflicher Tätigkeiten im SGB II (§10) beantwortet. Wenn für den Klienten ein Verbleib im „alten“ Beruf nicht möglich ist, ergeben sich aktuell zwei Wege: der Verweis auf eine andere, leidensgerechte Tätigkeit oder der Weg beruflicher Rehabilitation. Berufliche Rehabilitation „auf die schnelle Vermittlung in gering qualifizierte Tätigkeiten zu reduzieren, macht weder arbeitsmarkt- noch sozialpolitisch Sinn“ [8]. Eine sozialrechtliche Präzisierung in dieser Frage könnte wirkungsvoll der Gefahr einer schleichenden De-Priorisierung beruflicher Rehabilitation begegnen.

7.2 Kritische Betrachtung der Studie und weitergehende Forschungsperspektiven

Diese Untersuchung verfolgte das Ziel, die – in der Regel nicht beobachtbaren – institutionellen Zugangsprozesse zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen und deren Einflussfaktoren zu erfassen und näher zu bestimmen. Sie erschloss forschungslogisch das Untersuchungsfeld durch die subjektive Sichtweise eines des am Interaktionsprozess Klient – Verwaltung beteiligten Akteurs: über die Mitarbeiter der Sozial- bzw. Arbeitsverwaltungen, da diese die Leistungsprozesse strukturieren und bestimmen. Bewusst ausgeblendet wurde in diesem Zusammenhang die Perspektive der betroffenen Leistungsbezieher sowie die Frage, inwieweit die auf der subjektiven Sichtweise der Befragten basierenden Ergebnisse als objektiv für den Betreuungs- und Interaktionsprozess gelten können. Es wurde vielmehr die für den Leistungszugang zentrale Fragestellung, nämlich die durch die Mitarbeiter wahrgenommenen gesundheitlichen Problemlagen ihrer Klienten und ihre Reaktionen darauf, in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gestellt. Ein auf dieser Arbeit aufbauender Untersuchungsansatz wäre die Erhebung der Perspektive gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitssuchender auf den Betreuungsprozess in den Arbeitsverwaltungen. Darin sollten gezielt gesundheitlich beeinträchtigte Personen eingeschlossen werden, die sich gegen eine berufliche Rehabilitationsleistung entschieden haben, womit dieser Ansatz über den einer Rehabilitandenbefragung [107] hinausginge.

Die Ergebnisse dieser Studie leisten insgesamt einen wesentlichen Beitrag zur Erklärung von Veränderungen im Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit. Aufbauend auf einer „Außenbetrachtung“, die durch die statistischen Entwicklungen und die Komplexität der sozialrechtlichen Ausgestaltung des Leistungszugangs geprägt ist, stellt diese Arbeit mit ihrer „Innenbetrachtung“ der Leistungsprozesse eine erhebliche Ergänzung des bisherigen Erkenntnisstandes dar und trägt sowohl zur Beschreibung der Rechtswirkung auf der praktischen Handlungsebene als auch zur Erklärbarkeit der Zugangsprozesse (inkl. der statistischen Entwicklung) bei. Die Untersuchungsergebnisse machen dabei deutlich, dass künftige Forschungsansätze – über die Interaktionsebene von Mitarbeiter und Klient hinaus – sowohl strukturell-rahmende Aspekte auf der Ebene der Organisation und der Sozialgesetzlichkeit zu berücksichtigen haben als auch nicht allein auf Personen

gerichtet sein sollten, die Leistungen erhalten, sondern auch solche ohne Zugang zu diesen Leistungen in den Blick zu nehmen haben.

Erhebungsmethodisch wurde der Untersuchungsgegenstand nicht nur (wie bei der Interviewmethode der Expertenbefragung üblich) über die reflexiv-abstrakte Beschreibung der befragten Akteure, sondern vor allem durch die Verwendung von Fallvignetten über die konkrete, der Arbeitsrealität nahe Handlungsebene erfasst. Diese Untersuchungsmethodik nähert sich der Realität an, bildet jedoch kein reales Verwaltungshandeln ab, da die „Bearbeitung“ der Musterfälle auf der Ebene des simulativen Handelns bleibt. Zur Abbildung des realen institutionellen Handelns sowie von Interaktionsroutinen zwischen Mitarbeiter und Klient wären deutlich umfassendere Untersuchungsdesigns notwendig, wobei sich z. B. die teilnehmende Beobachtung realen „Fallbearbeitungshandelns“ in Kombination mit Interviewverfahren anbietet, die im Rahmen der Wirkungsforschung zum SGB II bereits erprobt wurden [106]. Eine weitere Grenze der vorliegenden Untersuchung liegt in der durch die querschnittliche Erhebung fehlenden längsschnittlichen Verlaufsperspektive, der künftig z. B. durch beobachtende Fallbegleitung Rechnung getragen werden könnte.

Die seitens der Leistungsträger verstärkten Forderungen nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit von erwerbsbezogenen Eingliederungsleistungen im Allgemeinen und Leistungen zur Teilhabe im Besonderen können als Aufforderungen an die etablierten Leistungsanbieter verstanden werden, innovative, zielgerichtete Produkte zu entwickeln und die eigene Leistungsfähigkeit und Qualität zu belegen [126]. Angesichts sich verknappender finanzieller Ressourcen werden dabei Nachweise der Effektivität weiterhin an Bedeutung gewinnen [127]. Seit einiger Zeit befinden sich die Akteure beruflicher Rehabilitation unter dem Slogan „rehafutur“ zur Frage der Zukunft beruflicher Rehabilitation in Deutschland aktiv im Gespräch [23]. Die Berufsförderungswerke sind darüber hinaus unter dem Konzept „Neues Reha-Modell“ aktuell dabei, ihr Angebot angesichts beschriebener Veränderungen (neu) zu definieren und ihren Beitrag zur Weiterentwicklung beruflicher Rehabilitationsleistungen zum Nutzen der Rehabilitanden zu leisten. Dabei geht es für die Leistungserbringer auch darum, ihre Angebote an veränderten Zugangsprozessen und „Klientenströmen“ auszurichten (u. a. durch Modularisierung und Individualisierung beruflicher Bildung, unterschiedliche Lernorte, -formen und -inhalte sowie durch den verstärkten Einbezug vorhandener Fähigkeiten und Fertigkeiten der Rehabilitanden).

Aktuell ist weithin offen, ob die beschriebenen Entwicklungen zu kürzeren, finanziell attraktiveren und eher nachfrageorientierten Leistungen das gesellschaftliche Versprechen der Teilhabe behinderter Menschen am Erwerbsleben – insbesondere im Hinblick auf deren Dauerhaftigkeit – adäquat einlösen können. Weiterhin ist dabei ebenso unklar, welche Auswirkungen sich hinsichtlich gesellschaftlicher Folgekosten (z. B. infolge erneuter Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Erwerbsminderung) ergeben.

Für eine Beantwortung dieser Fragen und für eine umfassendere Bewertung der Leistungsprozesse und der damit verbundenen Bewilligungspraxis ist es allerdings erforderlich, diese aus der Sicht der Betroffenen durch vergleichende Verlaufsstudien zur Arbeitsmarktwirksamkeit der unterschiedlichen Leistungen (in Abhängigkeit von Bildungssettings sowie Inhalt und Dauer der Maßnahmen) hinsichtlich der Verwirklichung des angestrebten gesellschaftlichen Ziels der dauerhaften Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben zu untersuchen. Daraus und aus den Forderungen nach Effektivitäts- und Wirksamkeitsnachweisen der eingesetzten Förderinstrumente ergibt sich zugleich ein wesentlicher Auftrag an die Wissenschaft [23], denn feststellbar ist, dass (vergleichende) Studien zum Erfolg von Instrumenten zur Förderung der Teilhabe behinderter Menschen im Bereich der beruflichen Rehabilitation bislang noch am Anfang stehen.

Literaturverzeichnis

- (1) Luhmann N: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1999.
- (2) Castel R, Dörre K: Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung : die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Campus-Verlag, Frankfurt am Main-New York, 2009.
- (3) Wansing G: Teilhabe an der Gesellschaft : Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. VS, Wiesbaden, 2006.
- (4) Behrens J (2002) Inklusion durch Anerkennung. Chronische Krankheit, das Veralten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen an die Pflege und anderer Gesundheitsberufe. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 27 (4): 23-41.
- (5) Holleder A, Brand H (Hrsg): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Huber, Bern, 2006.
- (6) Welti F: §6a Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem zweiten Buch. In: Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Luchterhand, Köln, 2010, S. 86-91.
- (7) Bieritz-Harder R (2007): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 1). URL: http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/D_3-2007.pdf (Zugriff: 24.03.2010).
- (8) Schmidt C, Froböse I, Schian H-M (2006) Berufliche Rehabilitation in Bewegung: Herausforderungen und Perspektiven. In: Rehabilitation 45: 194-202.
- (9) Eichhorst W, Zimmermann KF (2005) Eine wirtschaftspolitische Bilanz der rot-grünen Bundesregierung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (43): 11-17.
- (10) Dornette J, Rauch A, Schubert M, Behrens J, Höhne A, Zimmermann M (2008) Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Zeitschrift für Sozialreform 54 (1): 79-96.
- (11) Schmid G (2003) Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt: Strategie und Vorschläge der Hartz-Kommission. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (B 6-7): 3-6.
- (12) Arntz M, Clauss M, Kraus M, Schnabel R, Spermann A, Wiemers J (2007) Arbeitsangebotseffekte und Verteilungswirkungen der Hartz-IV-Reform. In: IAB Forschungsbericht (10): 1-98.
- (13) Holleder A: Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen: Ein Fall für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Ärztlichen Dienst der BA? In: Holleder A, Brand H (Hrsg): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern, 2006, S. 181-197.
- (14) Sell S: Vom Vermittlungsskandal der Bundesanstalt für Arbeit zu Hartz IV: Tiefen und Untiefen rot-grüner Arbeitsmarktpolitik in einer Mediengesellschaft. In: Haubner D, Mezger E, Schwengel H (Hrsg): Agendasetting und Reformpolitik: Strategische Kommunikation zwischen verschiedenen Welten. Metropolis, Marburg, 2005, S. 285-310.
- (15) Becker I, Hauser R: Verteilungseffekte der Hartz-IV-Reform: Ergebnisse von Simulationsanalysen. Edition Sigma, Düsseldorf, 2006.
- (16) Behrens J, Zimmermann M, Höhne A, Schaepe C, Schubert M: Rehabilitation und Pflege zwischen Transformation und Weiterentwicklung - Individualisierung und Differenzierung von Rehabilitation und Pflege im Falle gesundheitsbedingter Exklusionsrisiken in Ost- und Westdeutschland, Schweden, Schweiz, Italien und Tschechien. In: Sonderforschungsbereich 580 (Hrsg): Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch. Diskontinuität, Tradition und Strukturbildung. Jena/Halle, 2008, S. 639-683.
- (17) Butterwegge C: Krise und Zukunft des Sozialstaates. VS, Wiesbaden, 2006.
- (18) Ritter GA: Der Preis der deutschen Einheit: die Wiedervereinigung und die Krise des Sozialstaats. Beck, München, 2007.
- (19) Dern W (1997) Zur Abbildgüte von Beobachtungsdaten in der beruflichen Rehabilitation. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 383-397.
- (20) Faßmann H: Wohnortnahe betriebliche Ausbildung: Modelle und ihre praktische Umsetzung. In: Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, S. 185-204.
- (21) Fessler u (1997) Der schwierige Weg zum neuen Beruf: Problembereiche in der beruflichen Rehabilitation und einige Lösungsvorschläge. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 356-373.

- (22) Pechtold N, Wallrabenstein H, Weber A, Wicher K: Assessment - Voraussetzung für erfolgreiche Teilhabe am Arbeitsleben. Feldhaus, Hamburg, 2003.
- (23) Deutsche Akademie für Rehabilitation e. V.: Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgruppe RehaFutur zur Zukunft der beruflichen Rehabilitation in Deutschland. URL: http://www.bmas.de/portal/37900/property=pdf/f393__forschungsbericht.pdf (Zugriff: 23.2.2010).
- (24) Die Deutschen Berufsförderungswerke (2009): Neues Reha-Modell - zentrale Eckpunkte. URL: http://www.arge-bfw.de/cms/upload/bildergalerie/FAchttagungen_Steuerungsgruppe/DDBFW_Prsentation_Rehamodell_2009.pdf (Zugriff: 23.2.2010).
- (25) Slesina W, Rennert D, Fehr M: Prozess- und Ergebnisqualität beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen: eine Evaluationsstudie zur beruflichen Umschulung und Anpassungsqualifizierung. Roderer, Regensburg, 2009.
- (26) Fischer T, Landau K, Maas C, Marquard E (1997) Rechnergesteuerte Leistungsvermögenanalyse mit ABBA in der beruflichen Rehabilitation. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 398-411.
- (27) Faßmann H, Funk W (1997) Früherkennung und Reduzierung von Abbrüchen der Berufsausbildung in Berufsausbildungswerken. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 345-355.
- (28) Blaschke D, Plath H-E, Nagel E (1997) Abbruch der Erstausbildung in der beruflichen Rehabilitation. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 319-344.
- (29) Diery H, Schubert H-J, Zink KJ (1997) Die Eingliederung von Schwerbehinderten in das Arbeitsleben aus der Sicht von Unternehmen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 442-454.
- (30) Wegner E (2001) Sozial- und wirtschaftswissenschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse - Berufliche Rehabilitation zwischen Effizienz und Sozialverträglichkeit. In: Die Rehabilitation 40 (3): 131-137.
- (31) Zängle M, Trampusch C (1997) Berufliche Rehabilitation in den Beruflichen Fortbildungszentren der Bayerischen Arbeitgeberverbände e. V.: Ergebnisse der statistischen Erfolgskontrolle. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 305-318.
- (32) DIMDI (Hrsg): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln, 2005.
- (33) Haines H: Teilhabe am Arbeitsleben: Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, S. 44-61.
- (34) Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): HK-SGB IX: Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX; Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Luchterhand, Köln, 2010.
- (35) Kothe W (2005) Das SGB IX als arbeits- und sozialrechtliche Grundlage der Teilhabe am Arbeitsleben. In: Zeitschrift für Sozialreform 51 (Sonderheft 2005): 7-35.
- (36) Welti F: Arbeits- und sozialrechtliche Ansprüche behinderter Menschen auf Qualifizierung. In: Weber A, Wicher K (Hrsg): Innenansichten, berufliche Rehabilitation, Außenansichten. Feldhaus, Hamburg, 2004, S. 37-56.
- (37) Pfaff H (2006) Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. In: Wirtschaft und Statistik (12): 1267-1277.
- (38) Pfaff H (2007) Schwerbehinderte Menschen 2005. In: Wirtschaft und Statistik (7): 712-719.
- (39) Cloerkes G: Soziologie der Behinderten: eine Einführung. Winter, Heidelberg, 2001.
- (40) Allmendinger J, Rauch A (2005) Behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Menschen: Qualifikationsstrukturen und Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt heute und morgen. In: Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen 26 (1): 20-23.
- (41) Holleder A (2003) Arbeitslosigkeit und Alkohol: Für einen nüchternen Umgang mit Suchtkrankheiten. In: IAB Materialien (1): 2-4.
- (42) Rauch A, Brehm H (2003) Licht am Ende des Tunnels? Eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. In: IAB Werkstattbericht (6): 1-30.
- (43) Winkler A (1997) Screening- und Kompensationsfunktion alternativer Beschäftigungsformen für Schwerbehinderte. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 432-441.

- (44) Dings W: Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke: Leistungsangebote, methodisch-didaktische Konzeptionen und Modellentwicklungen. In: Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, S. 205-231.
- (45) Beiderwieden K (2001) Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation: Ergebnisse einer Langzeituntersuchung der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 34 (2): 182-206.
- (46) Deutsche Rentenversicherung Bund: Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei bandscheiben- und bandscheibenassozierten Erkrankungen. URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/nn_10868/SharedDocs/de/Inhalt/Zielgruppen/01__sozialmedizin_forschung/01__sozialmedizin/dateianhaenge/begutachtung/leitlinie_leistungsfahigkeit_bandscheibe__pdf,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/leitlinie_leistungsfahigkeit_bandscheibe__pdf (Zugriff: 24.2.2010).
- (47) Niehaus M, Montada L (Hrsg): Behinderte auf dem Arbeitsmarkt: Wege aus dem Abseits. Campus, Frankfurt/Main-New York, 1997.
- (48) Blaschke D, Plath H-E (1997) Zu einigen Problemen der Forschung über Behinderte - eine Einführung. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 241-254.
- (49) Bieker R: Individuelle Funktionen und Potentiale der Arbeitsintegration. In: Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, S. 12-24.
- (50) Bude H, Willisch A: Das Problem der Exklusion : Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige. Hamburger Edition, Hamburg, 2006.
- (51) Castel R (2000) Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs. In: Mittelweg 36 (3): 11-25.
- (52) Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005.
- (53) Elkeles T (1999) Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. In: Sozialer Fortschritt 48 (6): 150-155.
- (54) Behrens J, Dreyer-Tümmel A: Abstiegskarrieren und Auffangpositionen: Zur Abbildung des sozialen Schicksals von vorübergehend Arbeitsunfähigen in GKV-Daten. In: Behrens J, Voges W (Hrsg): Kritische Übergänge: Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung. Campus, Frankfurt/Main-New York, 1996, S. 188-226.
- (55) Grobe TG, Schwartz FW: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin, 2003.
- (56) Viebrok H (2004): Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/viebrok-absicherung-bei-erwerbsminderung,property=pdf.pdf> (Zugriff: 23.2.2010).
- (57) Kieselbach T, Beelmann G: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleederer A, Brand H (Hrsg): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber, Bern, 2006, S. 13-31.
- (58) Behrens J: Der Prozeß der Invalidisierung: das demografische Ende eines historischen Bündnisses. In: Behrend C (Hrsg): Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V., Berlin, 1994, S. 105-136.
- (59) Rauch A: Behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. In: Bieker R (Hrsg): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer, Stuttgart, 2005, S. 25-43.
- (60) Elkeles T, Kirschner W: Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement - Befunde und Strategien. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 2004.
- (61) Holleederer A (2002) Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 35 (3): 411-428.
- (62) Schröder H, Rauch A (2006) Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen - dringlicher denn je! In: Behindertenrecht 45 (1): 1-7.

- (63) Kurth M: Gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit und gesellschaftlicher Ausgrenzung. In: Geene R, Halkow A (Hrsg): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt, 2005, S. 223-226.
- (64) Cramer R, Gilberg R, Hess D, Marwinski K, Schröder H, Smid M: Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser: Ergebnisse einer Befragung zur Struktur der Arbeitslosigkeit zu Beginn des Jahres 2000. (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung Nürnberg, 2002.
- (65) Berth H, Förster P, Brähler E (2005) Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. In: Sozial- und Präventivmedizin 2005 (50): 1-9.
- (66) Berth H, Förster P, Brähler E (2003) Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. In: Jahrbuch für kritische Medizin 39: 108-124.
- (67) Weber A, Hörmann G, Heipertz W (2007) Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (43): A2957-A2962.
- (68) Robert-Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006.
- (69) Gallo WT, Bradley EH, Dubin JA, Falba TA, Teng H-M, Kasl SV (2006) The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: results from the health and retirement survey. In: The journals of gerontology; Series B - Psychological sciences and social sciences 61 (4): S221-S228.
- (70) Kardorff EV, Ohlbrecht H (2006) Die Bedeutung der Arbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel - soziologische Anmerkungen zur beruflichen Rehabilitation. In: Heilpädagogik Online (5): 17-53.
- (71) Haines H (2007): 5 Jahre SGB IX - was hat sich bewährt? URL: http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/D_1-2007.pdf (Zugriff: 24.3.2010).
- (72) Welti F: Kapitel 1, Allgemeine Regelungen. In: Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln, 2006, S. 41-141.
- (73) Bieritz-Harder R: §33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Luchterhand, Köln, 2010, S. 314-326.
- (74) Becker R, Lauterbach W: Bildung als Privileg: Erklärungen und Befunde zu den Ursachen der Bildungsungleichheit. VS, Wiesbaden, 2008.
- (75) Wicher K (2005) Probleme und Perspektiven der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Zeitschrift für Sozialreform 51 (Sonderheft 2005): 160-173.
- (76) Bieritz-Harder R: §35 Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation. In: Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln, 2006, S. 287-290.
- (77) Marburger H (2008) Zuständigkeit für Maßnahmen der Teilhabe (Rehabilitationsmaßnahmen). In: Behindertenrecht (1): 1-4.
- (78) Welti F: Das Rehabilitationsrecht im System des SozialeLeistungsrechts aus rechtswissenschaftlicher Perspektive. In: Welti F (Hrsg): Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger. Lit, Münster, 2009, S. 16-32.
- (79) Rixen S (2006): Erwerbsfähigkeit als Schlüsselbegriff der Arbeitsmarktreform, insbesondere im SGB II. URL: <http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/A5-2006.pdf> (Zugriff: 24.3.2010).
- (80) Spellbrink W: Funktionen und Bedeutung von Strukturprinzipien im SGB II. In: Eicher W, Spellbrink W (Hrsg): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar. Beck, München, 2008, S. 44-50.
- (81) Bartelheimer P (2005) Moderne Dienstleistungen und Erwerbsfürsorge: Fallbearbeitung nach SGB II als Gegenstand soziologischer Forschung. In: SOFI-Mitteilungen 33: 55-79.
- (82) Spellbrink W: Aufgaben und Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende. In: Eicher W, Spellbrink W (Hrsg): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende: Kommentar. Beck, München, 2008, S. 50-62.
- (83) Bieritz-Harder R (2008): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2). URL: http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/D_1-2008.pdf (Zugriff: 24.03.2010).
- (84) Lachwitz K, Welti F: Einführung. In: Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F (Hrsg): Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX. Köln, 2010, S. 1-42.
- (85) Bieritz-Harder R (2005) Teilhabe am Arbeitsleben zwischen SGB IX, Diskriminierungsschutz und Arbeitsmarktreform. In: Zeitschrift für Sozialreform 51 (Sonderheft 2005): 36-56.

- (86) Bundesagentur für Arbeit (2006): Arbeitshilfe Reha. URL: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/HEGA-Internet/A05-Berufli-Qualifizierung/Publikation/HEGA-08-2006-AI-05-Anlage1.pdf> (Zugriff: 23.2.2010).
- (87) Welti F (2007): Leistungen zur Teilhabe und Verfahrenspflichten des SGB IX für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II. URL: http://www.iqpr.de/iqpr/download/foren/D_2-2007.pdf (Zugriff: 24.3.2010).
- (88) Eicher W: Leistungen zur Eingliederung. In: Eicher W, Spellbrink W (Hrsg): SGB II: Grundsicherung für Arbeitsuchende: Kommentar. Beck, München, 2008, S. 445-525.
- (89) Seyd W (1997) Stand und Entwicklungsperspektiven der beruflichen Rehabilitation Erwachsener. In: Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 30 (2): 255-268.
- (90) Schian H-M, Schmidt C: Berufliche Rehabilitation im Umbruch - eine Situationsanalyse. In: Deimel H, Huber G, Pfeifer K, Schüle K (Hrsg): Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2007, S. 3-23.
- (91) Holleder A (2003) Teilhabe an Arbeit für schwerbehinderte Menschen. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 57 (11-12): 37-42.
- (92) Rauch A (2003) Schwerbehinderten Gesetz: Nur ein Strohfeuer? In: IAB Materialien (1): 11-12.
- (93) Szydlik M: Flexibilisierung: Folgen für Arbeit und Familie. VS, Wiesbaden, 2008.
- (94) Szuwart T: Atypische Beschäftigungsverhältnisse: Teilzeitarbeit, Mini-Jobs, Ich-AG, Leiharbeit, Kombilohn und andere Formen in Deutschland. Igel, Hamburg, 2008.
- (95) Schön E, Richter-Witzgall G: Berufliche Teilhabe von Frauen mit (unterschiedlichen) Behinderungen unter der besonderen Berücksichtigung von Frauen mit Betreuungspflichten: Wissenschaftliche Begleitung zur Umsetzung des SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen. URL: http://www.bmas.de/portal/1416/property=pdf/f319_berufliche_teilhabe_von_frauen_mit_unterschiedlichen_behinderungen_unter_der_besonderen_beruecksichtigung_von_frauen_mit_betreuungspflichten.pdf (Zugriff: 24.3.2010).
- (96) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2005-2007. URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Info_2008-3_733.pdf (Zugriff: 24.3.2010).
- (97) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2003-2005. URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/Reha-Info_2006_-_3_130.pdf (Zugriff: 24.3.2010).
- (98) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2006-2008. URL: http://www.bar-frankfurt.de/upload/BAR_Ausgabe_2_2010_1551.pdf
- (99) Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Rehabilitanden, Dezember 2006. Nürnberg, 2007.
- (100) Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2005. Nürnberg, 2007.
- (101) Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2006. Nürnberg, 2007.
- (102) Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Rehabilitanden, Dezember 2007. Nürnberg, 2008.
- (103) Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2007. Nürnberg, 2008.
- (104) Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderung der Rehabilitation. Berichtsjahr: 2008. Nürnberg, 2009.
- (105) Rauch A, Dornette J, Schubert M, Behrens J (2008) Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II: Arbeitsmarktintegration. In: IAB-Kurzbericht (25): 1-8.
- (106) Baethge-Kinsky V, Barthelheimer P, Henke J (2007) Fallbearbeitung nach SGB II - Beobachtungen aus dem Inneren der "black box". In: WSI-Mitteilungen 60 (2): 70-77.
- (107) Koch S, Kupka P, Steinke J: Aktivierung, Erwerbstätigkeit und Teilhabe: vier Jahre Grundsicherung für Arbeitsuchende. Bertelsmann, Bielefeld, 2009.
- (108) Gläser J, Laudel G: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. VS, Wiesbaden, 2009.

- (109) Zimmermann M: Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz: Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung. Halle/Saale, 2007.
- (110) Bogner A, Menz W: Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Leske+Budrich, Opladen, 2002, S. 33-70.
- (111) Meuser M, Nagel U: Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Leske + Budrich, Opladen, 2002, S. 71-94.
- (112) Pololi LH (1995) Standardized Patients: As we evaluate, so shall we reap. In: The Lancet 345: 966-968.
- (113) Davis P, Russel A, S., Skeith KJ (1997) The use of standardized patients in the performance of a needs assessment and development of a CME intervention in rheumatology for primary care Physicians. In: Journal of Rheumatology 24: 1995-1999.
- (114) Fachhochschule Frankfurt am Main, Institut für angewandte Sozialwissenschaft, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Zugelassener kommunaler Träger“ und „Arbeitsgemeinschaft“. Frankfurt am Main. URL: http://www.bmas.de/portal/30136/property=pdf/f386_forschungsbericht.pdf (Zugriff: 16.3.2010).
- (115) Promberger M, Böhm S, Heyder T, Pamer S, Strauß K: Hochflexible Arbeitszeiten in der Industrie. Chancen, Risiken und Grenzen für Beschäftigte. edition sigma, Berlin, 2002.
- (116) Rüb F, Werner D, Wolf K: Regionale Typisierung im SGB II. In: Arbeit Bf (Hrsg): SGB II. Sozialgesetzbuch Zweites Buch. Grundsicherung für Arbeitssuchende. Zahlen, Daten, Fakten. Jahresbericht 2005. Nürnberg, 2006, S. 82-85.
- (117) Strauss AL, Corin J: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Beltz, Weinheim, 1996.
- (118) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, Weinheim-Basel, 2008.
- (119) Kuckartz U: Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. VS, Wiesbaden, 2007.
- (120) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardoff Ev, Steinke I (Hrsg): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 2008, S. 468-475.
- (121) Hirsland A, Lobato PR (2010) Armutsdynamik und Arbeitsmarkt. Entstehung, Verfestigung und Überwindung von Hilfebedürftigkeit bei Erwerbsfähigen. In: IAB Forschungsbericht (3): 1-41.
- (122) Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke (2008): ARGE-Schulung macht Schule. URL: http://www.arge-bfw.de/cms/upload/downloads/rehAvision/REHAvision_2008-1.pdf
- (123) Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2010): BAR-Schulungen für SGB II-Träger. URL: http://www.bar-frankfurt.de/BAR_Schulungen_fuer_SGB_II_Traeger.bar
- (124) Schubert M, Bretschneider K, Schmidt S, Behrens J (2010) Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren In: DRV-Schriften 88: 177-179.
- (125) Schröder H, Steinwede J (2004) Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. In: Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 285: 1-195.
- (126) Müller-Fahrnow W, Greitemann B, Radoschewski FM, Gerwin H, Hansmeier T (2005) Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Die Rehabilitation 44 (5): 287-296.
- (127) Lay W, Hansmeier T: Zwischen Gerechtigkeit und Effizienz? Verteilungsgerechtigkeit in der Rehabilitation. In: Liebig S, Lengfeld H, Mau S (Hrsg): Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften. Campus, Frankfurt/Main-New York, 2004, S. 133-159.

Thesen

1. Die Teilhabe von Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung am Arbeitsleben ist oftmals in besonderem Maße belastet mit einem höheren Exklusionsrisiko [1-4] aus dem Erwerbsleben, mit signifikant schlechteren Wiedereingliederungschancen in den Arbeitsmarkt nach einem Verlust des Arbeitsplatzes sowie mit dem Risiko eines sich mit zunehmender Arbeitslosigkeit (weiter) verschlechternden psychischen und physischen Gesundheitszustandes. Diese Situation wird durch eine umfangreiche Forschungsliteratur belegt. In Deutschland betreffen diese Tatsachen insbesondere den Personenkreis der Leistungsbezieher nach dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II), umgangssprachlich auch „Hartz IV-Empfänger“ genannt, zu dem eine Vielzahl langzeitarbeitsloser Personen zu zählen ist.
2. Zur Unterstützung der Erwerbspartizipation können für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen im SGB II-Leistungsbezug berufliche Rehabilitationsleistungen (mit dem Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben) erbracht werden, wobei die diversifiziert angelegte institutionelle Zuständigkeit für diese Leistungen zu einem komplexen Zugangsverfahren führt. Dem SGB II-Träger (ARGE, zugelassener kommunaler Träger) obliegt dabei die Leistungs- und Integrationsverantwortung, der Bundesagentur für Arbeit (als Rehabilitations-träger) die Prozessverantwortung (gemäß §6a SGB IX).
3. Die für die Mitarbeiter der Arbeitsmarktinstitutionen hinsichtlich der Zugangs- und Bewilligungsprozesse zu beruflichen Rehabilitationsleistungen wesentlichen sozialrechtlichen Vorgaben bewegen sich im Spannungsfeld zwischen SGB IX (Leistungsverfahrensgesetz) und SGB II (trägerspezifisches Leistungsgesetz). Zum einen wird durch das Fehlen eines direkten Verweises im SGB II auf die Gültigkeit des SGB IX für behinderte Menschen im SGB II-Leistungsbezug das Teilhabeziel des SGB IX durch Rückbindung an beschäftigungspolitische Zielsetzungen (SGB III) und das Leistungsziel der Unterstützung der unmittelbaren Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (SGB II) eingeschränkt. Zum anderen schaffen die unterschiedlichen Perspektiven des SGB II (zeitnahe Beendigung des Leistungsbezugs durch möglichst schnelle Vermittlung in Arbeit) und des SGB IX (dauerhafte leidensgerechte (Re-)Integration) in der Verwaltungspraxis keinen einheitlichen Handlungskontext für die Ausgestaltung der Zugangsprozesse zu beruflichen Rehabilitationsleistungen. Der verschiedentlich seitens der Rechtswissenschaften vertretenen Auffassung, die im Gegensatz dazu von einer den spezifischen Leistungsgesetzen (SGB II und III) übergeordneten Rechtsstellung der Bestimmungen des SGB IX ausgeht bzw. die Gültigkeit des SGB IX postuliert, wenn nicht ausdrücklich Abweichendes in den Leistungsgesetzen bestimmt ist [84], fehlt bislang hingegen mangels höchstrichterlicher Entscheidungen die Praxiswirksamkeit.
4. Der statistisch sehr deutliche Rückgang der Anzahl der Anerkennungen als Rehabilitand durch die Bundesagentur für Arbeit (von 2003 auf 2008: -41 %) sowie der Eintritte in berufliche

Rehabilitationsmaßnahmen (-54 % im gleichen Zeitraum) verweist auf einen veränderten Leistungszugang bei diesem Rehabilitationsträger. Im Kontext der Einführung des SGB II (zum 1.1.2005) und der damit neu eingeführten gesetzlichen Bestimmungen lässt sich auf veränderte Strukturen und Zugangsprozesse bei der Leistungsbewilligung schließen.

5. Da die „Fallbearbeitung“ in den Arbeitsverwaltungen hinsichtlich des Zugangs zu erwerbsbezogenen Teilhabeleistungen bislang als „black box“ gelten kann, wurden die institutionellen Strukturen als auch die in diesen Strukturen ablaufenden Arbeits- und Entscheidungsprozesse innerhalb der Arbeitsverwaltungen in Bezug auf den Zugang zu erwerbsbezogenen Rehabilitationsleistungen für behinderte Menschen untersucht. Dabei waren insbesondere Einflussfaktoren und Auswirkungen der etablierten institutionellen Handlungspraxis im Blick auf die Betreuung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen, die Identifizierung rehabilitationsbedürftiger Personen und ihre Rehazugangsprozesse sowie die darauf aufbauenden Leistungsprozesse zur Unterstützung der Erwerbspartizipation von Bedeutung.
6. Der Untersuchungsgegenstand wurde mittels leitfadengestützter Interviews mit Experten der Arbeitsverwaltungen (n=32 in 22 Kommunen bundesweit) auf der Basis von Fallvignetten erschlossen, um – angesichts der Tatsache, dass die Mitarbeiter die Leistungsprozesse strukturieren und bestimmen – die subjektive Wirklichkeit der professionellen Akteure zu erfassen.
7. Die Analyse zeigt, dass sowohl hinsichtlich der Prüfung und Feststellung potenziellen Rehabilitationsbedarfs als auch beim darauf aufbauenden Zugang zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – durch die sozialrechtlich diversifiziert angelegten Zuständigkeiten (§6a SGB IX) – komplexe institutionelle Betreuungsstrukturen für die Betroffenen bestehen, an denen zwei Institutionen (Arbeitsagentur, SGB II-Träger) und mindestens drei Akteure (Vermittler/Fallmanager, Ärztlicher Dienst, Rehabilitationsberater) mitwirken.
8. Etwa ein Drittel der SGB-Leistungsbezieher weist gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Innerhalb dieser Personengruppe wird von einer anteiligen Zunahme an Personen mit psychischer Beeinträchtigung und Multimorbidität berichtet.
9. Gesundheitliche Aspekte finden – sind diese nicht bereits in Form einer anerkannten Behinderung attestiert – im Betreuungsprozess oftmals erst dann gezielt Berücksichtigung, wenn klientenseitig die Berufsausübung aus gesundheitlichen Gründen als nicht mehr realisierbar verbalisiert oder aus Mitarbeitersicht die Erwerbsfähigkeit des Klienten angezweifelt wird. Die einheitliche Definition aller Leistungsbezieher als erwerbsfähig (§8 SGB II) macht oftmals keine differenzierte Prüfung der gesundheitlichen Situation von SGB II-Leistungsbeziehern notwendig, und zwar auch deshalb, weil eine bereits explizit oder implizit über den SGB II-Leistungsbezug festgestellte Erwerbsfähigkeit als statisches Faktum im Arbeitsprozess vorausgesetzt wird.

10. Die Mitarbeiter der Arbeitsverwaltungen interpretieren und strukturieren ihre Arbeitsrealität vorrangig mit Blick auf die Integrationsmöglichkeiten gesundheitlich beeinträchtigter Klienten in den Arbeitsmarkt. Zentral sind dabei Aspekte der beruflichen Qualifikation, der bisherigen beruflichen Tätigkeit und der vorhandenen spezifischen Berufserfahrungen und -kompetenzen. Der fachwissenschaftlich belegten wesentlichen Bedeutung gesundheitlicher Aspekte bei der beruflichen Wiedereingliederung wird oftmals nicht hinreichend Rechnung getragen [91].
11. Das ärztliche Fachgutachten, das die gesundheitliche Situation erfasst und bewertet, hat bei den Arbeitsvermittlern (SGB II-Trägern) einen anderen Stellenwert als bei den Rehabilitationsberatern (Arbeitsagentur). Die SGB II-Träger nutzen das Gutachten als alleinige Entscheidungsgrundlage, die Arbeitsagenturen ziehen zusätzlich eine Reihe weiterer Informationen hinzu (u. a. persönliches Gespräch, beruflicher Werdegang, letzte Tätigkeit). Die jeweilige Interpretation des Gutachtens durch die SGB II-Mitarbeiter ist entscheidend für die Weiterleitung des Klienten zur Prüfung seines Rehabilitationsbedarfs. Die Erwartungen an ärztliche Fachgutachten sind dabei institutionsspezifisch unterschiedlich.
12. Für die Unterstützung der Erwerbsintegration erwerbsfähiger hilfebedürftiger Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung kommen aus institutioneller Sicht einerseits allgemeine und besondere Teilhabeleistungen in Betracht, andererseits können auch allgemeine Arbeitsförderungsmaßnahmen des SGB II aus Sicht der Vermittler gesundheitlichen Beeinträchtigungen Rechnung tragen. Dabei ist ein individualisiertes, an der Wiedereingliederungsperspektive des jeweiligen Klienten orientiertes Vorgehen der Mitarbeiter festzustellen, bei dem der Bedarf unter Effizienz- und Wirtschaftlichkeitserwägungen kritisch geprüft wird.
13. Mitbeeinflusst von der generellen veränderten arbeitsmarktpolitischen Schwerpunktsetzung von der Qualifizierung zur Vermittlung ist bei der Leistungsauswahl – als institutionalisierte Antwort auf den Bedarf gesundheitlich beeinträchtigter SGB II-Leistungsbezieher – eine verstärkte Verschiebung des Schwerpunktes von umfassenden (insbesondere Umschulungen) zu kürzeren Maßnahmen (Trainingsmaßnahmen, Kurz- und Teilqualifizierungen etc.) erkennbar. Die schnelle Reintegration ins Erwerbsleben stellt auch bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen das primäre Arbeitsziel der Arbeitsvermittler der SGB II-Träger dar. Das Leistungsziel der Dauerhaftigkeit (SGB IX) tritt demgegenüber bei der Eingliederung der Zielgruppe zurück (Beleg siehe: Kapitel 5.3 und 6.1).
14. Zwar werden auch weiterhin umfangreiche berufliche Bildungsleistungen, u. a. in spezifischen Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, in Abhängigkeit von gesundheitlichen und weiteren personenbezogenen Aspekten bei der Maßnahmeauswahl einbezogen, jedoch wird der individuelle Bedarf von den beteiligten Institutionen zunehmend kritisch geprüft. Die Entwicklung von schematisierten Leistungspaketen und Standardprogrammen hin zu individualisierteren Leistungen mit starker Berücksichtigung der realen (langfristigen) Eingliederungschancen, höherer Maßnahmeneffizienz und besserer Wirtschaftlichkeit des Mittel-

einsetzes führt zwangsläufig über höhere Kriterien für die Erfolgsprognose zur Priorisierung spezifischer Personengruppen: Personen mit Bedarf an diesen Teilhabeleistungen, bei denen die Wahrscheinlichkeit des erfolgreichen Maßnahmeabschlusses und die Chance der anschließenden Erwerbsintegration als hinreichend hoch eingeschätzt wird.

15. Die bisherige berufliche Qualifikation der Rehabilitanden findet bei der Maßnahmeauswahl verstärkt Berücksichtigung, sodass eher aufbauende Maßnahmen aus dem Bereich der Fort- und Weiterbildung als völlige berufliche Neuorientierungen favorisiert werden.
16. Das Zugangsverfahren zu Rehabilitationsmaßnahmen ist durch geteilte Zuständigkeiten zwischen Arbeitsagentur und SGB II-Träger charakterisiert. Der Rehabilitationsberater der Arbeitsagentur erarbeitet gemeinsam mit dem Betroffenen einen Rehabilitationsvorschlag, der anschließend durch den SGB II-Träger als Finanzverantwortlichem unter Wirtschaftlichkeits- und Effizienzgesichtspunkten (kritisch) geprüft wird. Unterschiedliche Meinungen können sich sowohl hinsichtlich der Art, des Umfangs und der Zielrichtung der Rehabilitationsmaßnahme als auch des ausgewählten Leistungserbringers ergeben.
17. Im Rahmen dieser Studie werden erstmalig die institutionellen Leistungsprozesse im Rahmen des Rehabilitationszugangs gesundheitlich beeinträchtigter Menschen im SGB II-Leistungsbezug sowie die Auswirkungen auf die Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben systematisch untersucht. Die statistische Entwicklung des Rehabilitationszugangs bei der Bundesagentur für Arbeit kann mittels dieser Ergebnisse wesentlich inhaltlich ergänzt werden, wobei zugleich die praktischen Auswirkungen der sozialrechtlichen Vorgaben auf Betroffenen- und Institutionsebene beschreibbar sind. Für die Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Unterstützung gesundheitlich beeinträchtigter SGB II-Leistungsbezieher mittels Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen die Ergebnisse im Bereich Leistungszugang wesentliche Ansatzpunkte dar, insbesondere hinsichtlich einer verstärkten Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte im Betreuungsprozess und der Weiterentwicklung institutioneller Prozesse im Sinne der Betroffenen.
18. Die umfassendere Bewertung der inhaltlichen Veränderungen bei der Leistungsauswahl und den Leistungsprozessen muss – insbesondere hinsichtlich der Verwirklichung des angestrebten gesellschaftlichen Ziels der dauerhaften Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben – weiteren vergleichenden Forschungsarbeiten zur Arbeitsmarktwirksamkeit der unterschiedlichen Leistungen überlassen bleiben. Dabei wären auftretende gesellschaftliche Folgekosten (z. B. durch erneute Arbeitslosigkeit, Krankheit oder Erwerbsminderung) in das Untersuchungsdesign einzubeziehen.

Tabellarischer Lebenslauf

Zur Person Michael Schubert, Dipl. Päd.
geboren am 5. Januar 1979 in Leipzig
verheiratet, keine Kinder

Beruflicher Werdegang

seit 7/2004 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Projekt C5 „Rehabilitation und Pflege zwischen Transformation und Weiterentwicklung“ am Sonderforschungsbereich 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“, Prof. Dr. phil. habil. J. Behrens

Inhaltliche Forschungsmitarbeit und Projektkoordination:

- „Evaluation des intensivierten Rehabilitationsnachsorgeprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund (IRENA)“
- „Screening zur Identifikation rehabilitationsbedürftiger Arbeitssuchender in den Agenturen für Arbeit und bei Leistungsträgern des SGB II“
- „Partizipatives Rehabilitationsprozessmanagement ‚Schlaganfall in Sachsen-Anhalt‘“
- „Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation“

2002–2004 Durchführung des Forschungsprojektes „Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung“, Institut für Rehabilitationspädagogik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

11/2001–3/2008 Wissenschaftliche Hilfskraft
Fachbereich Erziehungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Prof. Dr. G. Theunissen

8/1997–8/1998 Zivildienst im Sächsischen Krankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Altscherbitz

Ausbildung

1998 – 2004 Studium der Erziehungswissenschaften, Soziologie und Psychologie (Schwerpunkt: Rehabilitationspädagogik) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Abschluss: Diplompädagoge (2004, mit Auszeichnung)

1997 Abitur, Friedrich-Ratzel-Gymnasium Leipzig

Auszeichnungen und Stipendien

2005 2. Forschungsförderpreis des Fachbereichs Erziehungswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

2001 – 2004 Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes

Mitgliedschaften

AG Recht und Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW), Vorsitz: Prof. Dr. F. Welti

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Frühere Promotionsversuche wurden von mir nicht unternommen.

Halle(Saale), den 25. März 2010

Publikationen aus der Arbeit

- Schubert M, Bretschneider K, Schmidt S, Behrens J (2010) Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren. In: DRV-Schriften 88: 177-179.
- Schubert M, Behrens J, Höhne A, Zimmermann M (2008) Verliert berufliche Rehabilitation bei Langzeitarbeitslosigkeit an Bedeutung? Prozesse und Einflussfaktoren des Leistungszugangs. In: DRV-Schriften 77: 246-248.
- Rauch A, Dornette J, Schubert M, Behrens J (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. IAB-Kurzbericht (25).
- Dornette J, Rauch A, Schubert M, Behrens J, Höhne A, Zimmermann M (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Zeitschrift für Sozialreform 54 (1): 79-96.
- Schubert M, Behrens J, Hauger M, Hippmann C, Hobler D, Höhne A, Schneider E, Zimmermann M: Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II. In: Dornette J, Rauch A (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. IAB-Bibliothek 309, 2007, 7-87.
- Schubert M: Qualitative research with case vignettes used in expert interviews. In: European Sociological Association (ed): Conflict, Citizenship and Civil Society. esa conference 8, Glasgow, 2007, S. 301.
- Schneider E, Schubert M: Effects of the Employment Market Policy on the Social Policy in Germany by Means of the Example of the Access to Occupational Participation Benefits of Health-impaired Unemployed Persons. In: European Sociological Association (ed): Conflict, Citizenship and Civil Society. esa conference 8, Glasgow, 2007, S. 366.

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens für die Möglichkeit, diese Arbeit an seinem Institut anzufertigen, und die wache Begleitung und Unterstützung während ihres Entstehungsprozesses.

Darüber hinaus danke ich besonders Frau Angela Rauch und Frau Johanna Dornette vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg für ihre engagierte Förderung und kritische Begleitung des Forschungsvorhabens.

Zudem gilt mein Dank meinen Kollegen des Projektes C5 „Rehabilitation und Pflege zwischen Transformation und Weiterentwicklung“ am Sonderforschungsbereich 580 „Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch“ sowie den ehemaligen Projektgruppenmitgliedern Marlies Hauger, Cornelia Hippmann, Dietmar Hobler, Anke Höhne und Edina Schneider.

Darüber hinaus danke ich meiner Familie, insbesondere meiner Frau Melanie, für ihre Unterstützung, ihre Geduld und ihr Verständnis.