

Berufliche Rehabilitation im Umbruch – eine Situationsanalyse

H.-M. Schian¹
C. Schmidt²

Als vor 9 Jahren das SGBIX verabschiedet wurde, war die einhellige Meinung aller Akteure, einen Meilenstein in der Geschichte der Rehabilitation erreicht zu haben. Viele sprachen sogar von einem Paradigmenwechsel. Nach diesem Paradigmenwechsel wäre eine Konsolidierung des Feldes zu erwarten gewesen. Doch aus heutiger Sicht ist es zu dieser Konsolidierung nicht gekommen. Die berufliche Rehabilitation ist stärker in Bewegung denn je.

Gehören sog. Marktbereinigungen in der freien Wirtschaft bereits länger zum Alltag, wird erstmals in der Geschichte der beruflichen Rehabilitation deutlich, dass es auch dort in naher Zukunft zu entsprechenden Bereinigungen kommen kann. Bei den Berufsförderungswerken ist bereits massiv Personal abgebaut worden. Und auch in Bezug auf den Abbau der Arbeitslosigkeit von Menschen mit Behinderung ist es nach anfänglichen Erfolgen der Kampagne mit 50 000 Jobs für Schwerbehinderte inzwischen wieder zu einer deutlichen Stagnation der Arbeitsmarktintegration gekommen.

Als Zäsur hat das SGBIX in der Weise gewirkt, den verschiedenen Entwicklungssträngen der 1970er-, 1980er- und 1990er-Jahre eine gemeinsame rehabilitationsphilosophische Ausrichtung gegeben zu haben. Das ist als epochale Leistung zu bewerten. Die sehr heterogene Rehabilitationsszene hatte auf einmal ein gemeinsa-

mes Dach, unter dem sich alle Akteure versammeln konnten und teilweise sogar auch mussten (s.z.B. die §§ 12 u. 13 des SGBIX). Inwieweit die SGB-IX-Zäsur auch die Zukunft prägen wird, ist heute jedoch weniger klar als noch vor 9 Jahren von vielen gehofft. Zwar schwebt das SGB IX noch als „guter Geist“ über allen Akteuren, doch der Rehabilitationsalltag wird weit stärker von den einzelnen Leistungsgesetzen der verschiedenen Sozialversicherungsträger bestimmt. Beispielhaft sei hier auf die Neuausrichtung von SGB II und SGB III hingewiesen.

Darüber hinaus wird die Umbruchsituation zunehmend deutlicher, in der sich die Gesellschaft insgesamt gegenwärtig befindet. Die bundesrepublikanische Konsensgesellschaft scheint sich dem Ende entgegenzubewegen [15, 36, 55]. Besonders deutlich wird dies daran, dass finanzielle Spielräume, um gesellschaftliche Konflikte über Steuererleichterungen, Leistungsausweitungen und Lohnerhöhungen zu befrieden, weder auf staatlicher Seite noch bei vielen Unternehmen vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund ist das SGB-IX-Leitziel Teilhabe von hoher Aktualität.

Im ersten Teil werden die Anzeichen des Umbruchs diskutiert, die für die gesamte Landschaft der beruflichen Rehabilitation von Bedeutung sind. Dann folgt eine Beschreibung der Topografie der beruflichen Rehabilitation. Im dritten und vierten Teil

stehen Entwicklungen in der betrieblichen und überbetrieblichen Rehabilitation im Mittelpunkt. Zum Schluss wird die Situation der Forschung innerhalb der beruflichen Rehabilitation dargestellt.

► Anzeichen des Umbruchs

Umbau des Sozialstaats

An vielen Stellen findet gegenwärtig ein Umbau der sozialen Sicherungssysteme statt. Die Finanzierungsgrundlagen und die Steuerungskonzepte des Sozialstaates stehen auf dem Prüfstand. Generell gilt es, das Verhältnis von Umlage- und Steuerfinanzierung neu zu definieren. Darüber hinaus ist mehr private Vorsorge gefordert. Der Sozialstaat ist gezwungen, seine Ausgaben- und damit auch seine Aufgabenprioritäten zu überdenken. In Zukunft muss er an einigen Stellen weniger, an anderen sogar mehr intervenieren und investieren (vgl. aktivierende Sozialpolitik, Fordern und Fördern, Elterngeld, Reform des Bildungssystems infolge der Pisa-Ergebnisse).

An alle Reformvorhaben werden 3 sehr unterschiedliche Anforderungen gestellt. Einerseits muss einer weiteren Verschuldung der öffentlichen Haushalte entgegengewirkt werden. Andererseits dürfen die Reformen dem Auseinanderdriften der Gesellschaft keinen weiteren Schub verleihen. Und drittens sind wirtschaftspolitische Implikationen zu beachten. Kontraproduktive Effekte werden produziert, wenn z.B. die Lohnnebenkosten weiter steigen. Eine schwierige Situation, die in der konkreten gesetzgeberischen Umsetzungsarbeit zu vielen Widersprüchen führt [18, 20, 24, 34].

¹ ehemals IQPR, Köln
² IQPR, Köln

Dieser Beitrag wurde entnommen aus: Deimel H, Huber G, Schüle K, Hrsg. Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2007: 3–25. Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Ärzte-Verlags, Köln.

Im Zuge der Reformen des Sozialstaates durchlaufen die Nachbarsysteme der beruflichen Rehabilitation derzeit einen komplizierten Veränderungsprozess. Dazu gehören aktuell die Gesundheits- und die Arbeitsmarktpolitik. In den Diskussionen dort spielt die berufliche Rehabilitation allerdings keine Rolle. Gleichwohl wird der Handlungsspielraum der beruflichen Rehabilitation in diesen beiden Systemen präjudiziert. Die Umsetzung von Hartz IV und ihre Auswirkungen auf die Bearbeitung von Rehaanträgen bei Langzeitarbeitslosen sind ein Beispiel dafür.

Veränderungen in der Arbeitswelt

Die kritische Phase, in der sich die berufliche Rehabilitation befindet, steht jedoch nicht nur in Verbindung mit den veränderten Rahmenbedingungen des Sozialstaates. Auch die Arbeitswelt, der eigentliche Bezugspunkt der beruflichen Rehabilitation, befindet sich in einem rasanten Veränderungsprozess.

Folgende Trends sind u.a. zu beobachten: schneller Verfall des erworbenen Wissens, Emotionsarbeit als neue Anforderung, kontinuierliche Rationalisierung von Arbeitsplätzen insbesondere in der Industrie, Flexibilisierung der Arbeitszeiten für die „24-Stunden-Gesellschaft“, erhöhter Anteil von qualifizierten jungen Frauen und trotz hoher Arbeitslosigkeit punktueller Mangel an Fachkräften. Für die berufliche Rehabilitation von besonderer Bedeutung ist der Trend, dass Industriearbeit weiter abnimmt und Beschäftigungswachstum v.a. im Dienstleistungsbereich stattfindet. Wissensintensive Produkte und Dienstleistungen stellen die Zukunft des Standorts Deutschland dar und bestimmen den Arbeitsmarkt, auf den die berufliche Rehabilitation vorbereitet [14, 35, 37].

Ein weiteres Merkmal der gegenwärtigen Arbeitswelt ist die Auflösung des Normalarbeitsverhältnisses und eine damit einhergehende Entgrenzung der Arbeit. Eine unbefristete Vollzeitstätigkeit über viele Jahre bei einem Unternehmen wird zunehmend zur Ausnahme. Beschäftigungsformen wie Leih-, Teilzeit-, Tele- und Projektarbeit nehmen zu [57]. Der Wechsel von Erwerbs- und Nichterwerbsphasen wird zur Normalität mit der Folge, dass Beschäftigungsverhältnisse insgesamt unsicherer werden und der erreichte soziale Status

an Stabilität verliert. Auf diese neuen Beschäftigungsstrukturen hat sich die berufliche Rehabilitation noch nicht eingestellt.

Strukturelle Zugangsbarrieren auf dem Arbeitsmarkt

Ein zunehmend größeres Problem für die berufliche Rehabilitation sind die strukturellen Barrieren, mit denen sich Arbeitslosigkeit auf dem deutschen Arbeitsmarkt konfrontiert sehen. Für immer mehr Gruppen ist der Arbeitsmarkt fast verschlossen, wenn neben längerer Arbeitslosigkeit noch andere Merkmale hinzukommen. Ältere Arbeitnehmer, Menschen mit einer Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen, Migranten, alleinerziehende Mütter, Menschen, die in einer Region mit hoher Arbeitslosigkeit stark verwurzelt sind und nicht umziehen möchten, sowie unqualifizierte Arbeitnehmer sind auf dem Arbeitsmarkt zunehmend chancenlos [25, 29, 48, 54]. Alle Chancen hat dagegen der männliche, relativ junge Akademiker ohne Kinder und sonstige familiären Verpflichtungen (z.B. Pflege der Eltern), der bereit ist, heute hier und morgen dort zu arbeiten – ein sozialer Nomade, der dort lebt, wo Arbeitskräfte gesucht werden [49]. Ein weiterer kritischer Struktureffekt ist, dass die Vielfalt der Förderprogramme für sog. Problemgruppen auf dem Arbeitsmarkt auch zu einem Verdrängungswettbewerb der Gruppen untereinander beiträgt.

Mangelnde Nachfrage nach Arbeitskräften

Grundlegend für die erfolgreiche Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen ist eine wirtschaftliche Dynamik, die zu einer erhöhten Nachfrage nach Arbeitskräften führt. Findet eine sehr punktuelle Nachfrage statt, z.B. nach Maschinenbauingenieuren oder Facharbeitern in einer speziellen Branche, profitiert die berufliche Rehabilitation davon nur sehr begrenzt. Gift für die berufliche Rehabilitation ist in dieser Hinsicht auch das Schwinden sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und die Tatsache, dass es in vielen Unternehmen trotz guter Auftragsgänge nicht zu einer Neueinstellung von Arbeitskräften kommt. Unternehmen machen Gewinne, erweitern ihre Produk-

tionskapazitäten und bauen gleichzeitig Arbeitsplätze ab. Dieser Trend gilt v.a. für große Unternehmen und multinationale Konzerne. Die Situation in kleinen und mittleren Unternehmen stellt sich anders dar. Hier führen Investitionen häufiger auch zu Neueinstellungen. Darin liegen Chancen für die berufliche Rehabilitation.

Funktionswandel der Qualifizierung

Die Vollausbildung (jener Maßnahmentyp, mit dem die Berufsförderungswerke [BFWs] und Berufsbildungswerke [BBWs] in der Vergangenheit ihre wirtschaftliche Stabilität erarbeitet haben) erfährt derzeit einen Funktionswandel. In den 1970er-Jahren reichte eine neue Berufsausbildung aus, um die Wiedereingliederung in das Berufsleben zu garantieren. Heute ist eine bestandene IHK-Prüfung nur noch ein Integrationsfaktor unter vielen anderen. Nach wie vor ist allerdings das Qualifikationsniveau eines Arbeitnehmers die elementare Voraussetzung für eine dauerhafte Teilhabe am Arbeitsleben [27]. Dennoch suchen die Träger nach Alternativen insbesondere zu langen und teuren abschlussorientierten Qualifizierungen. Konzeptbrüche zwischen SGB IX und Hartz IV fördern diesen Trend. In der aktiven Arbeitsmarktpolitik spielt Qualifizierung derzeit eine untergeordnete Rolle (vgl. [32]). Neue Interventionstypen sind gefragt, insbesondere Maßnahmen, die auf eine direkte Integration in Arbeit zielen [3] und das Übergangs- bzw. Überleitungsmanagement Rehaeinrichtung/Betrieb in den Mittelpunkt stellen.

Veränderte Nachfrage der Träger

Eine Folge der Reformen der aktiven Arbeitsmarktpolitik ist das veränderte Anmeldeverhalten der Bundesagentur für Arbeit. In relativ kurzer Zeit hat sie ihre Nachfrage nach Umschulungen drastisch verringert. Aufgrund dieses Rückgangs wird heute davon ausgegangen, dass die vorhandenen Netzplankapazitäten bei den Berufsförderungswerken in Zukunft nicht mehr nachgefragt werden. Trägerseitig wird prognostiziert, dass die Kapazitäten um ca. 20% reduziert werden können.

Forderung nach wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit der Leistungen

Der wissenschaftlich fundierte Nachweis, dass staatlich finanzierte Sozialprogramme effektiv und effizient sind, wird immer wichtiger. Maßnahmen und Programme, für die keine wissenschaftliche Evidenz vorhanden ist, geraten zunehmend unter Legitimationsdruck. Die Hartz-Reformen mit ihrem gesetzlich verankerten Evaluationsvorbehalt und die generelle Forderung nach Evidenzbasierung medizinischer Leistungen sowie die diversen Initiativen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen belegen diesen Trend. Da in der beruflichen Rehabilitation in der Vergangenheit relativ wenig systematisch geforscht wurde, liegen kaum Untersuchungen und Datensätze vor, die aufgrund ihres methodischen Aufbaus für Wirkungsnachweise geeignet sind. Ob eine systematische Auswertung der Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung (DRV) diese Lücke schließen kann, ist derzeit ungewiss. Dass in diesen Datensätzen die entscheidenden Wirkungsvariablen repräsentiert sind, ist jedoch eher unwahrscheinlich. Erste Auswertungen der DRV bestätigen diese Vermutung (QS-Workshop der DRV im Oktober 2006 in Berlin).

► Topografie einer heterogenen Landschaft

Bisher ist so getan worden, als handelte es sich bei der beruflichen Rehabilitation um ein homogenes Gebilde. Es ist von der beruflichen Rehabilitation gesprochen worden. Um Reaktionsweisen auf sozialen Wandel zu verstehen und um Handlungsspielräume einschätzen zu können, ist es notwendig, sich der Heterogenität der beruflichen Rehabilitationslandschaft bewusst zu sein. Diese lässt sich auf den Ebenen Rehabilitationsträger, Leistungserbringer und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben verorten.

Trägervielfalt

Sechs Träger (Unfallversicherung, soziale Entschädigung, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Sozialhilfe, Jugendhilfe) mit einer jeweils sehr unterschiedlichen Historie sind für Leistungen zur Teil-

habe am Arbeitsleben verantwortlich. Lange Zeit waren Bundesagentur für Arbeit und Rentenversicherung die großen Player in der beruflichen Rehabilitation. Die Haltung der Bundesagentur gegenüber der beruflichen Rehabilitation Erwachsener kann derzeit als ambivalent bezeichnet werden. Das Controllingsystem im Rechnungskreis ALGI lässt Leistungen der beruflichen Rehabilitation tendenziell als kontraproduktiv erscheinen. Auf der anderen Seite verfügt die Bundesagentur über viel Know-how in Bezug auf das spezifische Fallmanagement der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation.

Vor Hartz IV wirkte sich die in den Rehabilitations- und Schwerbehindertenabteilungen der Bundesagentur konzentrierte Fach- und Entscheidungskompetenz sehr positiv auf eine den Einzelfall berücksichtigende Antragsbearbeitung aus. In der jüngsten Vergangenheit drohte die berufliche Rehabilitation Erwachsener phasenweise im Kompetenzgewirr zwischen Bundesagentur und den kommunalen Arbeitsgemeinschaften unterzugehen.

Anders stellt sich die Situation in der beruflichen Erstrehabilitation dar. Hartz IV hat die Zuständigkeit der Bundesagentur für dieses Feld nicht verändert. Eine stärkere integrationsorientierte Ausrichtung und Bewertung der förderpolitischen Instrumente ist auch dort festzustellen. Die Bundesagentur für Arbeit betont sehr energisch, dass die berufliche Eingliederung und nicht die Versorgung mit Maßnahmen im Vordergrund stehen muss.

Obwohl es auch bei der Rentenversicherung durch die Organisationsreform zu Umstrukturierungen gekommen ist, wird derzeit im Rahmen der Bestrebungen zur Qualitätssicherung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eine Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation betrieben. Die Rentenversicherung kann hier auf ihre langjährigen Erfahrungen in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation zurückgreifen. Die Erweiterung der medizinischen Rehabilitation hin zu einer medizinisch-beruflichen Orientierung und die Entwicklung arbeitsplatzorientierter Interventionsformen führen zu einer gewissen Annäherung an die berufliche Rehabilitation. Im Bereich Assessment ist es in der Vergangenheit bereits zu institutionellen Kooperationen zwischen medi-

zinischer und beruflicher Rehabilitation gekommen.

Auch der dritte einflussreiche Träger der beruflichen Rehabilitation, die Unfallversicherung, befindet sich gegenwärtig in einer Phase institutioneller Reorganisation. Noch stärker als bei der Arbeitslosen- und der Rentenversicherung steht dieser Prozess in Verbindung mit den Veränderungen in der Arbeitswelt. Dies liegt u.a. an der branchenzentrierten Organisation der Unfallversicherung. Historisch ist die Unfallversicherung ein Kind der Industriegesellschaft. Entsprechend tief greifend schlägt sich der Wandel hin zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft bei der Unfallversicherung nieder.

Viele dienstleistungsorientierte Wachstumsbranchen haben nur eine schwache Anbindung an die Unfallversicherung. Der klassische Arbeitsschutz hat in diesen Unternehmen eine andere Priorität als in der Industrie. Für jene Unternehmen, die über keine Arbeitsschutztradition verfügen, wird dieser oft nur dann akzeptiert, wenn er einen nachweisbaren Beitrag zu Wertschöpfung des Unternehmens liefert. Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass das Disability-Management (s.S.200) von der Unfallversicherung mit großem Interesse aufgegriffen wird. Für die berufliche Rehabilitation ist außerdem von Bedeutung, dass aufgrund der gesetzlichen Auflagen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz die Unfallversicherung in fast jedem Unternehmen präsent ist. Daraus ergeben sich insbesondere Möglichkeiten für arbeitsplatzorientierte Formen der Rehabilitation und ihre Verknüpfung mit Präventionsaktivitäten.

Eine weitere Trägergruppe der beruflichen Rehabilitation sind die Sozialhilfeträger. Diese wenden erhebliche finanzielle Mittel für die Rehabilitation in den Werkstätten für behinderte Menschen auf. Sind bei anderen Leistungserbringern der beruflichen Rehabilitation die Anmeldezahlen rückläufig, ist bei den Werkstätten derzeit eine steigende Inanspruchnahme zu beobachten.

Tab.1 gibt zusammenfassend einen Überblick über das Finanzvolumen der einzelnen Träger in Bezug auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Tab. 1 Finanzvolumen der Leistungsträger (BAR-Info, Nr. 2 / 2005, Nr. 3 / 2005).

Ausgaben für Teilhabe am Arbeitsleben (in Mio. EUR)	2001	2002	2003	2004
Bundesagentur für Arbeit	2 640	2 338	2 541	2 556
Rentenversicherung	954	1 113	1 240	1 288
Unfallversicherung	273	299	317	297
Sozialhilfe	3 086	3 222	3 463	3 670

Orte der Rehabilitationspraxis

Eine weitere Ebene der beruflichen Rehabilitation wird durch die spezifischen sozialen Kontexte der Rehabilitationspraxis gebildet. Die verschiedenen Orte der Rehabilitation zeichnen sich zum einen durch eine bestimmte Präferenz hinsichtlich der Interventionsformen aus, zum anderen durch eine größere bzw. geringere Nähe zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein dritter sehr entscheidender Aspekt ist das Spektrum der Behinderungen bzw. die Schwerpunktbehinderung des jeweiligen Adressatenkreises der Rehaeinrichtung. Die Rehabilitationskonzepte für Sinnesbehinderungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderungen werden sehr stark durch die spezifische Problematik der jeweiligen Behinderung bestimmt. Es gibt unterschiedliche Traditionen und fachliche Diskurse. Diese spiegeln sich in der institutionellen Ausgestaltung der jeweiligen Einrichtungen wider.

Bei den freien Bildungsträgern, den Berufsförderungswerken und den Berufsbildungswerken sowie den beruflichen Trainingszentren ist das Grundmotiv Rehabilitation durch berufliche Bildung. Die Wiedereingliederung wird als direkte Folge eines erfolgreichen Qualifizierungsprozesses verstanden. Über Praktika werden Brücken in den allgemeinen Arbeitsmarkt hergestellt.

Arbeitgeber, die Leistungen nach § 34 SGBIX erhalten, sowie Integrationsprojekte und Werkstätten für behinderte Menschen zeichnen sich dadurch aus, dass bereits im Rehabilitationsprozess reale Arbeit erledigt wird. Grundlegend für den Rehabilitationsprozess ist die erfolgreiche Bewältigung der Anforderungen, die sich aus der Arbeitsaufgabe und dem sozialen sowie orga-

nisatorischen Kontext der Arbeit ergeben.

Bei den Integrationsfachdiensten steht weder die Qualifizierung noch die Erledigung von realer Arbeit im Vordergrund. Kern des Rehabilitationsprozesses sind unterschiedliche Formen von Beratung, ergänzt um die Möglichkeit, dass sich der Berater auch als Stellenakquisiteur betätigt. Das Grundmotiv in diesem Setting lautet: Rehabilitation durch Beratung und Vermittlung. Der Beratungsprozess ermöglicht eine Perspektivenerweiterung in Bezug auf die persönliche und berufliche Situation. Auf dieser Basis ergeben sich zumeist unterschiedliche Optionen für den Ratsuchenden, wobei der Beratungsprozess davon lebt, dass die Person über aktivierbare Ressourcen verfügt.

Die Verklammerung der Einrichtungstypen mit bestimmten Zielgruppen und Interventionsformen ist das Ergebnis einer jahrzehntelangen Entwicklungsphase, die bestimmt war durch eine zunehmende Differenzierung des Hilfesystems für Menschen mit Behinderungen. Vor dem Hintergrund der Finanznöte der öffentlichen Haushalte ist eine weitere Differenzierung des Systems wohl kaum möglich. Das führt dazu, dass viele Rehabilitationseinrichtungen sehr damit beschäftigt sind, ihr Überleben in dem institutionellen Geflecht zu sichern. Alle Leistungserbringer können dabei auf eine erfolgreiche Vergangenheit verweisen. Doch die größte Gefahr für den Erfolg von morgen ist nicht selten der Erfolg von gestern. Dies ist die Herausforderung, vor der heute viele Rehabilitationseinrichtungen stehen.

Leistungspakete

Die dritte Ebene der Topografie der beruflichen Rehabilitation bilden die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Heines [23] charakterisiert diese als berufliche Bildungsmaßnahmen (vgl. § 33 SGBIX). Das vorrangige Ziel der beruflichen Bildung für behinderte Menschen ist die Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf. Ergänzt wird die berufliche Bildung um medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen. Diese können sich auf eine Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung beziehen, auf die Aktivierung der Selbsthilfepotenziale, die Beratung der Partner und Angehörigen, die Vermittlung zu Selbsthilfeorganisationen, die seelische Stabilisierung, die Förderung der sozialen Kompetenz, das Training lebenspraktischer Fähigkeiten, die Beteiligung der Integrationsfachdienste. Darüber hinaus gehören zu den Leistungen auch Kraftfahrzeughilfe, Arbeitsassistenten, technische Hilfen sowie die Sicherung des Lebensunterhaltes.

Das SGBIX ist bestrebt, jene Ressourcen einer Person zu erschließen, die dazu beitragen, das individuelle Gesundheitsproblem und die daraus resultierende Teilhabestörung so weit wie möglich kompensieren zu können. Im Sinne der ICF ist eine Behinderung jedoch nicht nur Folge eines gesundheitlich determinierten Strukturdefizits. Ob aus einem individuellen Gesundheitsproblem eine Behinderung wird, entscheidet sich unter Bezugnahme auf das ICF-Konzept im Rahmen eines sozialen Interaktionsprozesses. Rehabilitation kann somit als ein sozial determinierter Passungsprozess von Person und Umwelt verstanden werden. Vor diesem Hintergrund ist der Ansatz, Rehabilitation als einen individuellen Aufrüstungsprozess zu verstehen, nur begrenzt sinnvoll. Die Entwicklungspotenziale des Individuums sind eine Seite der Medaille. Ebenso wichtig ist es im Sinne der ICF jedoch auch, den sozialen Kontext der Behinderung als Interventionsfeld wahrzunehmen.

Ein wichtiger Umweltfaktor für alle überbetrieblichen Rehabilitationskontexte ist die Art und Weise, wie der Bezug zum ersten Arbeitsmarkt strukturiert und organisiert wird, da Probleme der Teilnehmer überbetrieblicher Rehamaßnahmen, einen Arbeitsplatz zu finden, eng verknüpft sind

mit der Umbruchsituation, in der sich der Sozialstaat und die Arbeitswelt befinden. Interventionskonzepte, die sich sehr stark auf die Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit stützen, stoßen vor diesem Hintergrund schnell an Grenzen. Die Frage ist deshalb, wie Interventionsansätze weiterentwickelt werden können, um stärker an den situativen Förderfaktoren und Barrieren anzusetzen.

In den nächsten beiden Abschnitten stehen 2 sehr unterschiedliche Kontexte der beruflichen Rehabilitation Erwachsener im Mittelpunkt: der Betrieb als Ort der Ausgliederungsverhinderung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die von Behinderung bedroht oder bereits behindert sind, und das Berufsförderungswerk als überbetriebliche Rehabilitationseinrichtung der Wiedereingliederung arbeitsloser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Interessant ist, dass im Kontext Betrieb fast ausschließlich situative Faktoren bearbeitet werden, um eine Ausgliederung zu verhindern. In dem Abschnitt über die Berufsförderungswerke steht das Übergangs- und Integrationsmanagement im Zentrum der Analyse.

► Berufliche Rehabilitation im Kontext von Unternehmen

Die zentrale Frage lautet: Welche Konzepte und Instrumente ermöglichen es, die sozialen Prozesse in einem Unternehmen so zu gestalten, dass sie wirksam zur Ausgliederungsverhinderung beitragen? Dazu werden 2 Überlegungen vorgetragen. Erstens wird auf den konzeptionellen Zusammenhang von Prävention und Rehabilitation hingewiesen. Zweitens wird der international diskutierte Ansatz des Disability-Managements als Handlungsrahmen für betriebliche Rehabilitation vorgestellt.

Verknüpfung von Prävention und Rehabilitation

Mit dem Neunten Sozialgesetzbuch sind alle Träger aufgefordert, Prävention unter dem Aspekt der Teilhabe in den Vordergrund zu stellen mit dem Ziel, eine Behinderung und/oder die Entstehung von chronischen Krankheiten zu vermeiden. Diese Zielsetzung ist auch eine Aufforderung für alle Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschut-

zes, sich aus der Fixierung auf einen technisch orientierten Arbeitsschutz herauszulösen, um interdisziplinär mit den Trägern und Akteuren der Rehabilitation ein umfassendes betriebliches Gesundheits- und Integrationsmanagement aufzubauen.

Das im Bereich der Kuration und Rehabilitation dominierende System der gegliederten sozialen Sicherung hat in der Arbeitswelt von kleinen und großen Unternehmen keinen Platz. Dort geht es um die Produktionskraft des Arbeitnehmers, die zu erhalten ist, unabhängig davon, ob nun das System der Prävention und Kuration, Rehabilitation oder Integration in Anspruch genommen wird.

Eine stärkere Kooperation der Akteure wird auch vonseiten der Europäischen Kommission hervorgehoben. In dem Kommissionspapier „Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft. Eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz“ [31] heißt es u.a.:

„Die Gemeinschaftsstrategie beruht auf der Konsolidierung einer Kultur der Prävention der Risiken, auf der Kombination verschiedener politischer Instrumente – Rechtsvorschriften, sozialer Dialog, innovativer Vorgehensweise und Ermittlung von best practices, sozialer Verantwortung der Unternehmen, wirtschaftliche Anreize – und auf dem Aufbau von Partnerschaften zwischen allen Akteuren im Bereich der Gesundheit und Sicherheit.“

Die Parallelität zum „Code of practice on managing disability in the workplace“ [58] der International Labour Organization (ILO) ist unverkennbar. In diesem Leitfaden wird nachdrücklich hervorgehoben:

„Die Management-Strategie zur Integration am Arbeitsplatz sollte verzahnt werden mit einer Politik zur Förderung eines sicheren und gesunden Arbeitsplatzes einschließlich Arbeitsschutzmaßnahmen, Risikoanalyse bei Anpassung des Arbeitsplatzes, frühes Eingreifen und Zuführung zur Behandlung und Rehabilitation solcher Personen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erleiden, sowie mit einem Beratungssystem, das die Integration neuer Beschäftigter fördert. Die Strategie sollte in Einklang stehen mit der innerstaatlichen Politik und Gesetzgebung und sollte auf dem Grundsatz der Chancengleichheit und den allgemeinen Grundsät-

zen beruhen, auf die sich die internationalen Arbeitsnormen [...] stützen.“

Die internationalen wie auch nationalen Initiativen schöpfen ihre Kraft zur Durchsetzung übergreifender Konzepte daraus, dass sie erkennen, dass typische Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle ein Minimum an gesundheitlichen Problemen des Unternehmens darstellen. Im Unternehmen spiegelt sich das gesamte Erkrankungsspektrum der Bevölkerung.

In Deutschland erschweren die auf verschiedenen historischen Entwicklungen und unterschiedlichen rechtlichen Hintergründen basierenden Systeme für Prävention und Rehabilitation einen unternehmensbezogenen Brückenschlag. Als Versuch zu einem integrativen Ansatz können die Vorschläge der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung zur betrieblichen Gesundheitspolitik [9] betrachtet werden. Da wird u.a. von Badura das Verständnis der Prävention auf die sekundäre und tertiäre Prävention ausgeweitet, wenn er formuliert, „dass in den Betrieben dringend präventive Maßnahmen gerade für ältere, leistungsgewandelte Beschäftigte entwickelt werden müssen, da angesichts der Bevölkerungsentwicklung in den nächsten Jahren mehr über 50-jährige als unter 30-jährige Arbeitskräfte tätig sein werden“.

Relativ zaghaft griff das bereits Rosenbrock [42] mit der These auf: „Wenn Arbeits- und Gesundheitsschutz sich zu einer Serviceleistung im modernen Gesundheitsmanagement entwickeln wollen, dann müssen sie das gesamte Spektrum von Erkrankung und Behinderung im Blick haben und mit den externen ambulanten Strukturen kooperieren lernen.“

Die zitierten internationalen wie nationalen Hinweise belegen die These der weiteren Überlegungen, dass Ausgliederungsverhinderung nur gelingen kann, wenn präventive und rehabilitative Ansätze in ein integriertes Gesamtsystem eingebunden werden. Vor diesem Hintergrund wird im nächsten Abschnitt der Disability-Management-Ansatz als Beispiel für ein international anerkanntes Konzept der Verknüpfung sowohl präventiver als auch rehabilitativer Elemente dargestellt.

Disability-Management¹

Die Bezeichnung Disability-Management (DM) suggeriert, es handle sich hierbei ausschließlich um einen rehabilitativen Ansatz. Die Ausdifferenzierung des Disability-Managements insbesondere aufgrund konkreter Umsetzungserfahrungen in einzelnen Betrieben hat zu einer Integration der Themen „Umgang mit Behinderung“ und „Vermeidung von Behinderung“ geführt. Der Disability-Management-Ansatz in der kanadischen Variante des National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR) bezieht die Prävention sowie die Früherkennung und Frühintervention mit ein.

Eine Grundlage des Disability-Managements ist der „Code of practice on managing disability in the workplace“ [58]. Letzterer ist das Ergebnis eines umfangreichen internationalen Forschungsprogramms zur beruflichen Wiedereingliederung Behinderter. Der Leitfaden bietet praktische Anleitung für das Management von Behinderung am Arbeitsplatz mit folgenden Schwerpunkten:

- Gewährleistung der Chancengleichheit am Arbeitsplatz von Menschen mit Behinderung
- Verbesserung der Beschäftigungsperspektiven für Menschen mit Behinderung durch Erleichterung des Zugangs zu Beschäftigung, der Wiedereingliederung, des Erhalts des Arbeitsplatzes und des beruflichen Aufstiegs
- Förderung eines sicheren, zugänglichen und gesunden Arbeitsplatzes
- Minimierung der mit der Beschäftigung von Behinderten verbundenen Kosten für das Unternehmen
- Maximierung der Wertschöpfung von Arbeitnehmern mit einer Behinderung

Der Leitfaden richtet sich an Unternehmer, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, Institutionen des öffentlichen Sektors, Behindertenverbände und betroffene Arbeitnehmer. Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines Disability-Management-Komitees im Unternehmen, das sich zu gleichen Teilen aus Vertretern des Manage-

ments und Vertretern der Arbeitnehmer zusammensetzt. Mit Bildung des Komitees bringen alle Akteure im Unternehmen zum Ausdruck, dass sie gemeinsam die Situation von behinderten Mitarbeitern verbessern wollen – nicht zuletzt durch systematische Kooperation.

Darüber hinaus werden Zuständigkeiten und Aufgaben im Unternehmen über einen Disability-Manager gebündelt. Dieser fungiert als Bindeglied zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und dem Betroffenen. Er steht nicht nur mit allen wichtigen unternehmensinternen Akteuren, sondern auch mit den Kostenträgern und Anbietern von Rehabilitationsleistungen in direktem Kontakt. Damit hat er die Möglichkeit, eine engmaschige Rehabilitationskette zu organisieren. Der Disability-Manager bedient sich dabei v.a. der Methode des Case-Managements. Die Wahl der Bezeichnung Manager signalisiert, dass seine Aufgabe nicht nur eine soziale, sondern ebenso eine ökonomische Seite hat.

In Kanada hat das National Institute of Disability Management and Research (NIDMAR) den Disability-Management-Ansatz u.a. auf Basis der Vorarbeiten der ILO weiterentwickelt. NIDMAR hat die praktische Umsetzbarkeit, die internationale Akzeptanz und die Standardisierung des Disability-Managements vorangetrieben. Die wichtigsten Bausteine dieser Weiterentwicklung sind:

- Auditierung und Zertifizierung von Unternehmen nach einem standardisierten Verfahren, dem Consensus Based Disability Management Audit (CBDMA)
- Bonus-/Malussysteme zur Refinanzierung der Kosten für den Aufbau des Disability-Managements
- Ausbildungsprogramme für Disability-Manager
- Qualitätssicherung und Standardisierung durch das International Disability Management Standards Council (IDMSC)

CBDMA wird in Form eines Audits im Unternehmen durchgeführt, bei dem eine Bewertung des Disability-Management-Programms im Konsens zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerstandpunkten sowie durch unabhängige Dritte erfolgt. Das Audit bietet die Chance, durch eine Messung des unternehmenseigenen Disability-

Management-Programms einen hohen Standard der Früherkennung von Risiken, der frühzeitigen Intervention und Betreuung von Kranken und/oder Verletzten zu dokumentieren und daran z.B. finanzielle Anreize zu knüpfen.

Im Audit werden mithilfe eines umfangreichen und standardisierten Fragenkataloges (171 Fragen mit 5-stufiger Skala) Informationen gesammelt, analysiert und bewertet, um Verbesserungspotenziale, Ressourcen und Stärken des betrieblichen Disability-Management-Programms aufzuzeigen. Die inhaltlichen Hauptkategorien des Fragenkatalogs für das Audit sind:

- Disability-Management-Leitbild und Unternehmensressourcen
- Prävention von Behinderungen
- frühe Intervention und rechtzeitige Wiedereingliederung

Die Leistung des Unternehmens hinsichtlich der systematischen Umsetzung des Disability-Management-Programms wird mit den idealtypischen Daten eines optimalen Systems verglichen. Aus dem Vergleich ergibt sich eine summarische Bewertung, die in Form eines Punktwertes ausgedrückt wird.

Die Kosten für den Aufbau des Disability-Managements werden in Kanada über eingesparte Versicherungsprämien refinanziert. Die kanadischen Träger der Unfallversicherung haben in einigen Pilotbereichen Bonus-Malus-Systeme entwickelt, die sich mit einem effizienten betrieblichen Disability-Management verknüpfen lassen. Um die Akzeptanz des Ansatzes innerhalb des Unternehmens zu forcieren, wird infolge einer nicht gelungenen Reintegration diejenige Kostenstelle mit einer erhöhten Versicherungsprämie belastet, die für den Mitarbeiter zuständig war. Dadurch soll die Verantwortung des operativen Managements für Wiedereingliederung gefördert werden. Im Gegenzug werden Beitragsnachlässe an die Mitarbeiter weitergegeben. Die rechtlichen Rahmenbedingungen in Kanada erlauben sogar, dass Unternehmen unter Wahrung bestimmter Standards ein eigenes betriebliches Rehabilitationssystem aufbauen und sich dann aus dem staatlichen Unfallversicherungssystem lösen können.

Ein weiteres Element des kanadischen DM-Ansatzes sind die Ausbildungsprogramme

¹ Dieser Abschnitt ist eine stark gekürzte und aktualisierte Version des Disability-Management-Kapitels aus dem Abschlussbericht des JQPR-Projekts Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung.

für Disability-Manager zum Certified Disability Management Professional und zum Certified Return to Work Coordinator. Jedes der Programme hat einen Umfang von 500 Stunden. Die Weiterbildung wird mit einer standardisierten Prüfung abgeschlossen.

Das vierte Element ist die internationale Qualitätssicherung und Standardisierung durch das International Disability Management Standards Council (IDMSC). Dabei handelt es sich um einen internationalen Zusammenschluss von nationalen Vertretern des Disability-Managements, die in ihrem jeweiligen Land für die Zertifizierung von Ausbildung und/oder Unternehmen lizenziert sind. Dieses Gremium berät und entscheidet über die international gültigen Standards. Die Politik des IDMSC zielt auf eine ISO-Standardisierung des Disability-Managements. Bisherige Mitglieder kommen aus Kanada, den USA, Australien, Irland, den Niederlanden und Deutschland.

Die Ford-Werke in Köln haben mit Unterstützung des IQPR seit 2000 an der betrieblichen Umsetzung des kanadischen Ansatzes gearbeitet. Dazu hat IQPR u.a. das kanadische Konzept an die sozialrechtlichen Vorgaben in Deutschland angepasst. Mitte 2006 wurde das erste Consensus Based Disability Management Audit in Europa durchgeführt. Auditiert wurden die Standorte Köln und Saarlouis der Ford-Werke mit insgesamt 23 900 Mitarbeitern. Die Auditierung dauerte 5 Werktage. Drei Auditoren überprüften die relevanten Dokumente und Aufzeichnungen, nahmen an Teamsitzungen teil und führten Einzelgespräche mit Mitarbeitern und Vorgesetzten. Außerdem fand eine Konsensrunde statt, an der Geschäftsführung, Betriebsrat und Experten teilnahmen.

Aus der Arbeit mit Ford und den kanadischen Erfahrungen lassen sich folgende Umsetzungsschritte für die Einführung eines DM-Systems ableiten:

- Die Unternehmensleitung und Arbeitnehmervertretung müssen vom Nutzen eines Disability-Management-Systems überzeugt sein und sich für dessen Aufbau sowie für die Bereitstellung der Ressourcen entscheiden. In großen Unternehmen muss es aber nicht gleich die ganze Firma sein. Disability-Man-

agement lässt sich auch in Teilbetrieben, Abteilungen o.Ä. aufbauen und später erweitern.

- Ein Team und ggf. ein externer Berater führen eine Stärken-/Schwächenanalyse des Unternehmens durch. Auf dieser Grundlage werden Programmziele und erforderliche Ressourcen festgesetzt.
- Organisatorisches Zentrum des DM-Systems ist das Integrationsteam, in dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer, aber auch alle wichtigen Unternehmensbereiche (Schwerbehindertenvertretung, Personaldienst, Arbeitsmedizin, Arbeitssicherheit, Technik) vertreten sind. Das Team hat strategische und operative Aufgaben. Die Teamkoordination ist Aufgabe eines Disability-Managers.
- Ein DM-Programm bildet die Grundlage der Disability-Management-Aktivitäten im Unternehmen. Inhaltlich bezieht sich das Programm auf die Themen: DM-Leitbild und Ressourcen des Unternehmens, Prävention von Behinderungen sowie frühe Intervention und Wiedereingliederung.

In Bezug auf das DM-Programm bei Ford haben sich folgende Maximen bewährt:

- Dialog mit den betroffenen Arbeitnehmern: Veränderungen der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter werden offen thematisiert und gemeinsam nach Möglichkeiten produktiver Mitarbeit gesucht, trotz gesundheitlicher Einschränkungen. Schwerbehindertenvertretung und Betriebsrat sind in diesen Prozess über das Integrationsteam eingebunden.
- Assessment-Orientierung: Diese ist bei Ford über das Profilvergleichssystem IMBA umgesetzt worden. Mithilfe des IT-gestützten Profilvergleichssystems konnte jedem leistungsgewandelten Mitarbeiter ein alternativer Arbeitsplatz vorgeschlagen werden. Dieser Arbeitsplatz passte hinsichtlich seines Anforderungsprofils besonders gut zu dem noch vorhandenen Fähigkeitsprofil des Mitarbeiters.
- Dokumentation und Evaluation der DM-Aktivitäten: Für die betriebliche Akzeptanz ist entscheidend, dass sich Disability-Management auch ökonomisch rechnet.

- Abteilungs- und bereichsübergreifende Kooperation der unternehmensinternen Akteure: In einem großen Industriebetrieb ist für die Akzeptanz des DM besonders wichtig, dass DM ein gemeinsames Projekt der für den Personaleinsatz verantwortlichen Produktionsmanager und Meister, des Gesundheitsdienstes sowie der Arbeitnehmervertretung ist.
- Ausgleich zwischen sozialen und ökonomischen Zielen: Für das Unternehmen und den Mitarbeiter selbst ist es sinnvoll, wenn er entsprechend seines Leistungsvermögens eingesetzt wird.
- Vernetzung mit externen Akteuren (z.B. Rehaklinik, Integrationsamt).

Die Erfahrungen bei Ford haben gelehrt, dass sich präventive und rehabilitative Potenziale in einem Unternehmen über die Einführung von Disability-Management erschließen lassen. Im Sinne der ICF werden über das DM-Programm Förderfaktoren systematisch entwickelt und Barrieren abgebaut. Im Gegensatz zur außerbetrieblichen Rehabilitation in Deutschland ist der primäre Ansatzpunkt nicht die Veränderung der Person. Die Mitarbeiter müssen allerdings bereit sein, unternehmensintern ihren Arbeitsplatz zu wechseln, wenn dies aus gesundheitlichen Gründen sinnvoll erscheint. Ausgliederungsverhinderung ist also im Kern ein Management organisatorischer Faktoren. Der organisatorische Wandel, der damit einhergeht, muss allerdings von den betroffenen Mitarbeitern mitgetragen und aktiv unterstützt werden.

DM ist eine Möglichkeit, das Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX konzeptionell auszugestalten. Der § 84 Abs. 2 verfolgt das Ziel, dem Ausgliederungsprozess aufgrund einer gesundheitlichen Problematik bereits an der Quelle systematisch entgegenzuwirken. Damit kann Eingliederungsmanagement dazu beitragen, dass nicht erst längere Arbeitsunfähigkeitszeiten oder gar Langzeitarbeitslosigkeit zum Ausgangspunkt von medizinischer oder beruflicher Rehabilitation werden. Darüber hinaus kann ein sowohl präventiv wie rehabilitativ orientiertes Eingliederungs- und Disability-Management im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements entscheidend dazu

beitragen, dass sich Arbeitnehmerinnen und -nehmer bis zum Alter von 67 Jahren produktiv am Erwerbsleben beteiligen können.

► Berufliche Rehabilitation im Kontext der Berufsförderungswerke

Die Berufsförderungswerke sind in den 1970er-Jahren als überbetriebliche Rehabilitationszentren der beruflichen Bildung entstanden. Konzeptionell hat die duale Berufsausbildung Pate gestanden. Wer seine ursprüngliche Berufstätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht fortführen konnte, sollte die Gelegenheit erhalten, einen neuen Beruf zu lernen. Hiermit war die Erwartung verbunden, dass der neue Beruf auf dem Arbeitsmarkt eine Kompensierung der Behinderung ermöglicht und eine solide Grundlage für die Erwerbstätigkeit bis zur Rente bildet. Außerdem wurde davon ausgegangen, dass im Sinne einer angebotsorientierten Beschäftigungsförderung gut qualifizierte Facharbeiter und Büroangestellte auf dem Arbeitsmarkt nachgefragt werden. Eine entscheidende Voraussetzung war ebenfalls, dass die Strukturen im Konsens aller sozial und rehapolitisch verantwortlichen Akteure entwickelt wurden. Zu erinnern ist auch daran, dass zu jener Zeit das Vermittlungsmonopol bei der Bundesanstalt für Arbeit lag.

Nach der Wiedervereinigung wurden die Strukturen Westdeutschlands auch auf Ostdeutschland übertragen. Noch 2002 führte das SGBIX bei vielen Einrichtungen zu einer Erhöhung der Teilnehmerzahlen. Insgesamt ist in den letzten 30 Jahren eine im europäischen Vergleich einzigartige Qualifizierungslandschaft für Menschen mit Behinderung entstanden. Die Prämissen der Gründerzeit prägen bis heute die vorhandenen Strukturen, insbesondere die im bestehenden System stark verankerte abschlussorientierte berufliche Qualifizierung und die damit einhergehende Struktur des Train and place.

Die im ersten Abschnitt genannten Anzeichen weisen bereits darauf hin, dass sich die berufliche Rehabilitation im Umbruch befindet. Besonders gravierend wirken sich für die Berufsförderungswerke folgende Punkte aus:

- Die Bundesagentur scheint nicht mehr davon überzeugt zu sein, dass Qualifizierung der Königsweg der Wiedereingliederung ist. Entsprechend rückläufig sind die Anmeldungen für Umschulungen.
- Für alle Träger ist die Vermittlung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt das entscheidende Erfolgskriterium einer Rehabilitationsmaßnahme.
- Die Zugangsbarrieren auf dem Arbeitsmarkt, die mangelnde Nachfrage seitens der Unternehmen und die starke Konkurrenz qualifizierter Bewerber untereinander erschweren die Vermittlung von Rehabilitanden mit erwerbsbiografischen Brüchen.

In der Summe bedeutet das, statt Qualifizierungsmanagement ist Integrations- bzw. Übergangsmanagement (Rehaeinrichtung/Betrieb) gefragt. Zwar verfügen die Berufsförderungswerke über alle notwendigen Kernkompetenzen für ein erfolgreiches Integrationsmanagement, doch müssen die Ressourcen anders gebündelt und fokussiert werden. Viele Einrichtungen sind derzeit auch mit entsprechenden Umstrukturierungsprozessen beschäftigt.

Voraussetzung einer stärker vermittlungsorientierten Rehabilitation ist es, dem Passungsprozess von individuellen Fähigkeiten und arbeitsplatzbezogenen Anforderungen eine organisatorische Struktur zu geben. Die Anforderungsseite – in Form eines potenziellen Arbeitsplatzes – möglichst frühzeitig in den Maßnahmenverlauf zu integrieren, ist hier das Nadelöhr der Prozessgestaltung. Damit wird die Akquise von und die Kooperation mit potenziellen Arbeitgebern eine Schlüsselaufgabe.

Bereits zu Beginn der Integrationsplanung stehen die Fragen im Zentrum, wo der Rehabilitand konkret arbeiten könnte und wie seine Vermittelbarkeit einzuschätzen sei. Im SGB-II-Kontext übernimmt das Profiling diese Funktion. Bezugspunkt für die Qualifizierung ist im Idealfall ein potenzieller Arbeitsplatz. Erst wenn sich die Anforderungen des zukünftigen Arbeitsplatzes mit denen eines bestimmten Berufes decken, stellt sich die Frage, ob eine Berufsausbildung im Zentrum der Rehabilitation stehen sollte. Der gesamte Rehabilitationsprozess wird damit sehr stark individualisiert und vom Markt her gesteuert.

Die Qualifizierung wird stärker modularisiert. Auch die Anforderungen an die Teilnehmer in Bezug auf Eigenverantwortung und Eigeninitiative steigen. Neben dem Fördern spielt das Fordern eine größere Rolle.

In den derzeitigen Strukturen „vermarktet“ sich der Rehabilitand nach erfolgreicher Umschulung weitestgehend selbstständig. Doch sind mit dieser Aufgabe zunehmend mehr Absolventen überfordert. Das liegt nicht nur an persönlichen Unzulänglichkeiten. Der Arbeitsmarkt in Deutschland hat die Eigenart, Insider und Outsider relativ stark voneinander zu separieren. Strukturen, die fließende bzw. nahtlose Übergänge zwischen außerbetrieblicher Bildung und Erwerbsarbeit ermöglichen, sind kaum vorhanden. Eine stärkere Integrationsorientierung wird hier ebenfalls ansetzen müssen. Die berufliche Rehabilitation ist herausgefordert, selbst Übergangsstrukturen zwischen Einrichtung und Unternehmen zu organisieren. Das hat u.a. den Vorteil, dass sie unabhängiger vom „Vermarktungstalent“ des einzelnen Rehabilitanden wird.

Selbst qualitativ hochwertige Produkte mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis lassen sich heute ohne ausgeklügelte Marketingstrategien kaum erfolgreich verkaufen. Das gilt sowohl für Massenprodukte wie für Investitionsgüter als auch für Dienstleistungen. Für ein marktorientiertes Integrationsmanagement lässt sich aus dieser Beobachtung schlussfolgern, dass ein „rehabilitandenspezifisches Vertriebssystem“ benötigt wird. Ohne ein entsprechendes Vertriebssystem dürfte es auf Dauer sehr schwierig sein, die Menge an Absolventen zu platzieren, die eine große Rehabilitationseinrichtung pro Jahr auf den Arbeitsmarkt entlässt. Ein solches Vertriebssystem kann die Funktion übernehmen, insbesondere den Markt der kleinen und mittelständischen Unternehmen im Umfeld eines Berufsförderungswerkes systematisch zu erschließen.

Befragungen von kleinen und mittleren Unternehmen belegen, dass diese oft große Probleme bei der Suche nach geeigneten Fachkräften haben [17]. Das ist eine große Chance für die Berufsförderungswerke. Mit den vorhandenen Kernkompetenzen lassen sich wissensintensive Personaldienstleistungen anbieten. Dabei sind Assess-

ment-Kompetenzen, die Fähigkeit, Training-on-the-job-Prozesse initiieren und begleiten zu können, sowie die Verfügbarkeit eines großen Bewerberpools von herausgehobener Bedeutung. Mit diesen Kompetenzen lässt sich eine Personalrekrutierung wie aus einer Hand organisieren. Im Tausch für diese Dienstleistung müssten die Unternehmen jedoch bereit sein, den Rehabilitanden eine faire Chance zu geben, ihre Leistungsfähigkeit im Betrieb unter Beweis zu stellen.

Die Tendenz, berufliche Rehabilitation stärker als in der Vergangenheit nachfrageorientiert zu strukturieren, ist u.a. eine Folge der neu justierten Arbeitsmarktpolitik. Dies ist nicht ohne Widersprüche zum SGBIX. Aus Sicht des SGBIX sind die Selbstbestimmung des Betroffenen und seine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zentrale Leitwerte. Selbstbestimmung, Teilhabe und Bildung stehen dabei in einer engen Wechselbeziehung. Vor allem Bildungsinvestitionen sind nachhaltige Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft [4, 5].

Unter Teilhabegesichtspunkten kann es kein Zuviel an Bildung geben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Bildungsleistungen des SGBIX nicht von Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen werden, die bis zum Beginn der beruflichen Rehabilitation besonders ausgeprägt von der deutschen Bildungslandschaft profitiert haben. Eher das Gegenteil ist der Fall. Bildungserferne Schichten stellen eine große Rehabilitandengruppe dar.

Deshalb ist es stimmig, wenn im SGBIX die berufliche Bildung einen hohen Stellenwert hat (vgl. §33 Abs.3). In §33 Abs.4 heißt es außerdem: „Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt.“ Im Kontext von SGBII und SGBIII spielen jedoch weder die individuelle Neigung des Hilfeempfängers noch die Priorisierung von Bildung – als Instrument umfassender Teilhabeförderung – eine zentrale Rolle. Für das SGBII ist die Frage der Zumutbarkeit eines potenziellen Arbeitsplatzes handlungsleitend. Damit werden andere sozialpolitische Akzente gesetzt, die nur begrenzt mit den Intentionen des SGBIX übereinstimmen. Ein wenig

mehr SGB-IX-Philosophie hätte den Reformen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sicherlich nicht geschadet.

➤ Forschung zur beruflichen Rehabilitation

Forschung ist ein Katalysator, um Innovationen systematisch voranzutreiben, Wirkungen explizit zu belegen und die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln. Insbesondere Wirkungsanalyse und Erfolgsmessung tragen zur Akzeptanz der Leistungen aufseiten der Träger und der politischen Akteure bei. Darüber hinaus schaffen Wirkungsanalysen Grundlagen dafür, dass die Leistungen effektiver gemanagt werden können. Wie ist vor diesem Hintergrund der Forschungsstand in der beruflichen Rehabilitation einzuschätzen, welche methodischen und inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich beobachten?

Fünf unterschiedliche Zugänge zur Forschung lassen sich derzeit feststellen:

- Häufig findet Forschung in der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung von Modellprojekten statt [7, 21, 39, 40, 45, 50].
- Die Rehaträger haben im Rahmen der rehawissenschaftlichen Forschungsverbünde auch Vorhaben in der beruflichen Rehabilitation gefördert [22, 51].
- Derzeit wertet die Deutsche Rentenversicherung ihre Routinedaten zur Unterstützung der Qualitätssicherung in der beruflichen Rehabilitation aus. Auf dem Rehakolloquium in Bayreuth 2006 wurden erste Zwischenergebnisse präsentiert.
- Die Leistungserbringer (z.B. BFW, BBW, BTZ) führen standardisierte Verbleibsanalysen durch.
- Das Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg führt ebenfalls Forschungsvorhaben zur beruflichen Rehabilitation durch. Derzeit werden Rehabilitationsmaßnahmen der Erst- und Wiedereingliederung evaluiert sowie eine Implementationsanalyse zu Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der Einführung des SGBII durchgeführt. Darüber hinaus haben alle Forschungsvorhaben des IAB zur

Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik eine hohe Relevanz für die berufliche Rehabilitation (z.B. [11, 26, 30, 33]). Ein weiteres Forschungsfeld des IAB sind die Integrationschancen von schwerbehinderten Menschen [41, 47, 48].

Methodisch ist der bevorzugte Studientyp in der Forschung zur beruflichen Rehabilitation das Ein-Gruppen-Prä-Post-Design. Mit Kontroll- oder Vergleichsgruppen wird kaum gearbeitet. Weitere Methoden sind leitfadengestützte Interviews [40], standardisierte Querschnittbefragungen [22], eine Kombination aus Interview, Befragung und Dokumentenanalyse [21] sowie standardisierte Vollerhebungen aller Abgänger eines Jahrganges [8]. Eine Längsschnittbefragung von Teilnehmern beruflicher Bildungsmaßnahmen führt derzeit Slesina [51] durch. Die Deutsche Rentenversicherung stützt sich – in Bezug auf die Auswertung der Routinedaten – ebenfalls auf Längsschnittdaten.

Inhaltlich stehen u.a. folgende Themen im Mittelpunkt: die Analyse maßnahmenspezifischer Effekte (Prüfungserfolg, Vermittlungsquote), die Kategorisierung der Zielgruppen, der Rehabilitationsbedarf, die Inanspruchnahme von Leistungen, die Untersuchung der Abbrecher von Maßnahmen sowie die erwachsenenpädagogischen Grundlagen beruflicher Qualifizierung. Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen ebenfalls umfangreiche Bestandsaufnahmen vor [2]. Die Situation von Frauen in der beruflichen Rehabilitation ist in einigen Modellprojekten bearbeitet worden [39]. Das Thema berufliche Rehabilitation in Kooperation mit bzw. im Unternehmen findet zunehmend auch in der Forschung Aufmerksamkeit. Die Stichworte Disability-Management, Integrationsvereinbarung als Instrument der Beschäftigungsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement geben diesen Diskussionszusammenhang wieder.

Für die Legitimation von Rehamaßnahmen gegenüber den Trägern sind die Integrationsquoten der Rehabilitanden entscheidend. Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke führen seit Jahren standardisierte Nachbefragungen durch [8, 16]. Betrachtet man den Verbleib in Arbeit ein

Jahr nach Maßnahmenende bei Rehabilitanden aus Berufsförderungswerken zwischen 1984 und 1994, so variiert die Wiedereingliederungsquote zwischen 65% und 85%. Eine Befragung 1998 der Jahrgänge 1990, 1992 und 1994 ergab zum Befragungszeitpunkt eine im Durchschnitt um 3% höhere Integrationsquote im Vergleich zu den Ergebnissen der jeweiligen Ein-Jahres-Nachbefragung (74,6% zu 77,2%) [8]. Zur Zufriedenheit von Rehabilitanden mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) [53] in den Jahren 2000 und 2001 erstmals eine umfangreiche Befragung durchführen lassen. Summa summarum können die Ergebnisse als ermutigend bewertet werden. Zum Befragungszeitpunkt (etwa 3 Jahre nach dem Bescheid) waren bereits 50% der Teilnehmer, die an einer beruflichen Bildungsmaßnahme teilgenommen hatten, erwerbstätig. 70% der erwerbstätigen Teilnehmer gaben an, dass die Bildungsmaßnahme für ihre derzeitige Tätigkeit eine notwendige Voraussetzung oder eine wichtige Hilfe war. Die Autoren heben hervor, dass der regionale Arbeitsmarkt der Faktor ist, der den stärksten Einfluss auf die Wiedereingliederung der befragten Teilnehmer ausübt.

Aus Sicht der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sind Fortbildungen und Umschulungen für arbeitslose Rehabilitanden Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik. Methodisch und inhaltlich von Bedeutung für die berufliche Rehabilitation sind deshalb auch die Evaluationsstudien des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) [10, 12]. Eine zusammenfassende Bewertung des Instruments „Förderung der beruflichen Weiterbildung“ hat Konle-Seidl [33] vorgenommen. Ihr Fazit lautet:

- Qualifizierungsprogramme haben einen negativen Anfangseffekt (Lock-in-Effekt) auf die Beschäftigung von Teilnehmern.
- Mittel- bis langfristig zeigen aber sowohl kurzfristige als auch langfristige Weiterbildungsprogramme einen positiven Brutto- wie auch Nettoeffekt.
- Langfristige Qualifizierungsprogramme (Umschulungen mit zertifiziertem Abschluss) erhöhen das Humankapital und damit die langfristige Beschäftigungsrate der Teilnehmer.

- Arbeits- und betriebsnahe Qualifizierungsmaßnahmen („on the job training“) sind wirksamer als rein schulische Programme („classroom vocational training“).

Das IAB hat in den letzten Jahren kontinuierlich die evaluationstaugliche Aufbereitung und Verknüpfung der Datenbestände der Bundesagentur optimiert. Intensiv wird an der ökonometrischen Durchdringung der Daten gearbeitet. Methodisch sind dadurch Untersuchungen möglich, die eine Abschätzung der Nettoeffekte von Interventionen ermöglichen. Im Rahmen der Hartz-I- bis Hartz-III-Evaluation [19] sind entsprechende mikroökonomische Analysen (z.B. [28]) durchgeführt worden.

Bei den Überblicksanalysen auf der Basis prozessproduzierter Verlaufsdaten steht in der Regel die Frage im Mittelpunkt, ob einzelne Maßnahmentypen überhaupt nennenswerte Effekte nach sich ziehen. Aufgrund welcher Programmkomponenten des jeweiligen Maßnahmentyps bestimmte Effekte zustande kommen, steht dabei nicht im Zentrum der Analyse. Hierzu sind Detailanalysen des Maßnahmentyps im jeweiligen institutionellen Kontext notwendig. Konkret heißt das: Interventionsstudien mit Kontrollgruppen bzw. Vergleichsgruppen müssen verstärkt auf der Ebene der Leistungserbringer durchgeführt werden. Dies führt auch zu der notwendigen wissenschaftlichen Durchdringung der Rehapraxis, womit die Chancen wachsen, dass Forschung Impulse für Innovationsförderung liefert. Interventionsstudien können darüber hinaus konkrete Hinweise liefern, wie die Effektivität von Maßnahmen verbessert werden kann.

Um zu aussagefähigen Wirkungsanalysen zu gelangen, sind noch weitere Voraussetzungen von Bedeutung, die derzeit nur rudimentär erfüllt werden. Prozess- und Ergebnisindikatoren müssen so definiert werden, dass sie den Interventionen in der beruflichen Rehabilitation in der notwendigen Differenziertheit gerecht werden. Wird z.B. als Indikator für die Ergebnisqualität nur der Verbleib in Arbeit ausgewählt, ist das rehapolitisch zwar verständlich, doch eine 2-jährige Intervention, die aus beruflicher Qualifizierung, Training und psychosozialer Beratung be-

steht, an diesem einen Indikator zu messen, ist wenig ergiebig. Die Zusammenhänge von Intervention und möglichen Effekten lassen sich so kaum rekonstruieren.

Ein weiterer Aspekt ist die Anforderung, dass Indikatoren ökonomisch und valide erhoben werden können. Werden signifikante Zusammenhänge gefunden, können diese nur dann sinnvoll interpretiert werden, wenn ein theoretisch bzw. rehawissenschaftlich fundiertes Wirkungsmodell vorliegt. Von einem solchen Wirkungsmodell ist die derzeitige Forschung allerdings noch weit entfernt. Dazu sind die vorliegenden empirischen Untersuchungen zu unterschiedlich und kaum miteinander vergleichbar. Das hat zur Folge, dass sich die einzelnen Untersuchungen kaum zu einem kohärenten Gesamtbild integrieren lassen. Das erschwert auch die angemessene Interpretation einzelner Untersuchungsergebnisse.

Ein Beispiel dafür ist die Diskussion um die Verbleibsquoten in Arbeit nach Teilhabeleistungen. Seit die Bundesagentur für Arbeit bei der Bewertung von Bildungsmaßnahmen eine Vermittlungsquote von 70% zugrunde legt, ist das die magische Zahl, an der auch Rehamassnahmen gemessen werden. Verbleibsquoten sind jedoch nur sinnvoll interpretierbar, wenn sich diese in Beziehung setzen lassen z.B. zu den Merkmalen der Teilnehmergruppe und der wirtschaftlichen Dynamik im Umfeld einer Rehabilitationseinrichtung. Ganz entscheidend ist auch die Frage, was wäre, wenn die Rehabilitanden nicht an der Maßnahme teilgenommen hätten? Zur Beantwortung dieser Frage müssen, wenn nicht Kontrollgruppen, so doch zumindest Vergleichsgruppen gebildet werden.

Selbst wenn die methodischen Fragen befriedigend gelöst werden, bleibt offen, wie hoch der Erkenntnisgewinn ist, wenn die Verbleibsquote der einzige Effekt- und Effizienzindikator ist. Die Frage der Effektivität lässt sich dann sicherlich präziser bewerten. Die finanztechnisch interessantere Frage der Systemeffizienz ist damit aber noch in keiner Weise geklärt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass im Verlauf des gesamten Prozesses – von der Antragstellung bis zur erfolgreichen Vermittlung in Arbeit – an vielen Stellen große Gruppen „ausortiert“ werden. Effizienzreserven sind in diesem ex- bzw. impliziten, mal

mehr, mal weniger transparenten Sortierprozess versteckt.

Die Handlungsspielräume, Verbleibsquoten am Ende des Prozesses zu optimieren, sind im Vergleich zu einer stringenten und transparenten Gestaltung des Sortierprozesses gering. Gelingt es jedoch, die Schwachstellen im Gesamtprozess zu identifizieren, dann lassen sich Effizienzreserven realisieren, die weit über eine Verbesserung der heute diskutierten Verbleibsquoten hinausgehen. Die empirische Basis und den theoretischen Rahmen für eine solche Prozessbewertung zur Verfügung zu stellen ist eine der großen Herausforderungen der Forschung in der beruflichen Rehabilitation.

Online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1262573>

Literatur

- 1 Adenauer S. Die (Re-) Integration leistungsgewandelter Mitarbeiter in den Arbeitsprozess. Das Projekt Film bei Ford Köln. Angew Arbeitswissenschaft 2004; 181: 1–18
- 2 Aktion Psychisch Kranke e.V., Hrsg. Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 2004
- 3 Autorenteam. Fachkonzept Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGBII. o. O.; 2005
<http://www.arbeitsagentur.de/Zentraler-Content/AO1-Allgemein-Info/AO15-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/HEGA-04-2005-Konzept-Fallmanagement-Anl1.pdf> (Zugriff 1.12.2006)
- 4 Allmendinger J. Ein ausbruchsicheres Gefängnis. Wer nichts lernt, bleibt arm. Dagegen hilft nur eine bessere Bildungspolitik. In: Frankfurter Rundschau, 23.06.2005
- 5 Allmendinger J, Leibfried S. So wird die Zukunft verspielt. Warum es verhängnisvoll ist, Bildung und Sozialpolitik in Deutschland zu trennen. Schule ist maßgeblich an Ausgrenzung beteiligt. In: Frankfurter Rundschau, 22.06.2004
- 6 Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V./Projekt Qualifikations-Entwicklungs-Management, Hrsg. Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Münster: Waxmann; 2002
- 7 Arling V, Haerlin C, Spijkers W. Evaluation eines Modellprojektes zur beruflichen Rehabilitation von psychisch Vorerkrankten. In: DRV Bund, Hrsg. 15. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bad Homburg: Gesellschaft für Medien und Kommunikation 2006; 64: 96–97
- 8 Beiderwieden K. Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. MittAB 2001; 2: 182–206
- 9 Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung. Hrsg. Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2004
- 10 Blaschke D, König P. Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden. IAB-Werkstattbericht Nr. 3. Nürnberg: IAB; 1992
- 11 Blaschke D, Plath H. Möglichkeiten und Grenzen des Erkenntnisgewinns durch Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik. MittAB 2000; 3: 462–482
- 12 Blaschke D, Plath H, Nagel E. Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. MittAB 1992; 3: 381–405
- 13 Brinkmann U et al. Prekäre Arbeit. Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. Eine Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung; 2006
- 14 Brödnert M. Macht Arbeit wieder krank? Flexibilität und nachhaltige Gestaltung von Arbeit. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik; 2002
- 15 Bude H. Das Phänomen der Exklusion. Mittelweg 2004; 36 (4): 5–14
- 16 Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, Hrsg. Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke 2001/02. Offenburg: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke; 2003
- 17 BVMW, Pressemitteilung des Bundesverbandes mittelständischer Wirtschaft, Landesgeschäftsstelle NRW; 2006.
<http://www.bvmw-nrw.de>
- 18 Dingeldey I. Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. Aus Politik und Zeitgeschichte 2006; 8–9: 3–9
- 19 Deutscher Bundestag. Bericht 2005 der Bundesregierung zur Wirksamkeit moderner Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Drucksache 16/505 (2005).
<http://www.arbeitsmarktreform.de/AMR/Redaktion/PDF/Publikation/hartz-evaluation-volltext,property=pdf,bereich=amr,Sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff 1.12.2006)
- 20 Esping-Andersen G. Die gute Gesellschaft und der neue Wohlfahrtsstaat. Zeitschrift für Sozialreform 2004; 1–2: 189–210
- 21 Fassmann H et al. „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE)“ – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg; 2004
- 22 Hansmeier T et al. Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung an der Humboldt-Universität zu Berlin, Bericht Projekt A2. Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung. Berlin; 2002
- 23 Heines H. Teilhabe am Arbeitsleben. Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker R, Hrsg. Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer; 2005: 44–61
- 24 Heinze RG. Vom statuskonservierenden Sozialstaat zum sozialinvestiven Sozialstaat. Vortrag bei der Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Zukunft der sozialen Demokratie“; 2003.
<http://www.ruhr-uni-bochum.de/heinze/RUB%20Homepage2/Downloads/sozialstaat.pdf> (Zugriff 17.05.06)
- 25 Holleeder A. Arbeitslosigkeit und Gesundheit. MittAB 2002; 3: 411–428
- 26 Hujer R, Bellmann L, Brinkmann C. Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik – Probleme und Perspektiven. MittAB 2000; 3: 341–344
- 27 IAB, Hrsg. Qualifikation bestimmt Position auf dem Arbeitsmarkt. In: IAB Kurzbericht Nr. 15. Nürnberg: IAB; 2002
- 28 IZA-Bonn, DIW-Berlin, ifas-Bonn, Hrsg. Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1b: Förderung beruflicher Weiterbildung und Transferleistungen. Bericht 2005 für das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. Bonn: BMWA; 2005
- 29 Kieselbach TH. Zukunftsperspektiven eines Umgangs mit beruflichen Transitionen. Sozialer Konvoi und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2000; 3: 415–423
- 30 Kleinhenz G, Hrsg. IAB – Kompendium Arbeitsmarkt und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 250. Nürnberg: IAB; 2002
- 31 Kommission der Europäischen Gemeinschaft, Mitteilung der Kommission. Anpassung an den Wandel von Arbeitsrecht und Gesellschaft. Eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Brüssel; 2002–2006
- 32 Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit, Hrsg. Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Bericht der Kommission. Lahr: AS-Druck; 2002
- 33 Konle-Seidl R. Internationale Evaluierungsergebnisse zu Wirkungen aktiver und aktivierender Arbeitsmarktpolitik. IAB Forschungsbereich Nr. 9. Nürnberg: IAB; 2005
- 34 Leisering L, Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, Hrsg. Der deutsche Sozialstaat. Entfaltung und Krise eines Sozialmodells. Der Bürger im Staat 2003; 4: 172–191

- ³⁵ Lenhardt U, Priester K. Flexibilisierung – Intensivierung – Entgrenzung. Wandel der Arbeitswelt und Gesundheit. WSI Mitteilungen 2005; 9: 491–497
- ³⁶ Matzig G, Hrsg. Der Große Graben. Das Ende der Konsensgesellschaft. München: Edition Süddeutsche Zeitung; 2005
- ³⁷ Mohr G, Otto K. Schöne neue Arbeitswelt. Risiken und Nebenwirkungen. Report Psychologie 2005; 6: 260–267
- ³⁸ Niehaus M. Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulung von Frauen. MittAB 1997; 2: 291–303
- ³⁹ Niehaus M, Kurth-Laatsch S, Nolteernsting E. Wohnortnahe berufliche Rehabilitation. Evaluationsforschung zum Modellprojekt für Frauen in der betrieblichen Rehabilitation. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 2002
- ⁴⁰ Niehaus M, Schmal A, Heinrich T. Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/innen in der deutschen Automobilindustrie. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; 2001
- ⁴¹ Rauch A, Brehm B. Licht am Ende des Tunnels. Eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. IAB-Werkstattbericht Nr.6. Nürnberg: IAB; 2003
- ⁴² Rosenbrock R, Lenhardt U. Die Bedeutung von Betriebsärzten in einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 1999
- ⁴³ Schmidt C. Qualitätssicherung im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: IQPR, Hrsg. Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung. Projektbericht für das BMGS. Köln; 2004: 276–291
- ⁴⁴ Schmidt C. Selbstkonzept und Bewerbungsaktivitäten von Rehabilitanden. Vortrag auf der IQPR/FBR-Fachtagung berufliche Reha forscht. Köln 8./9.11.2005
- ⁴⁵ Schmidt C et al. Modellprojekt Zusatzqualifikationen mit Online-Training und Ausbau eines Kooperationsnetzwerk mit Betrieben. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Köln: JQPR; 2004
- ⁴⁶ Schmidt C, Froböse I, Schian HM. Berufliche Rehabilitation in Bewegung. Herausforderungen und Perspektiven. Rehabilitation 2006; 4: 194–202
- ⁴⁷ Schröder H, Steinwede J. Arbeitslosigkeit und Integrationschancen schwerbehinderter Menschen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 285. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung; 2004
- ⁴⁸ Schröder H, Rauch A. Abbau der Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen dringlicher denn je. Behindertenrecht 2006; 1: 1–28
- ⁴⁹ Sennett R. Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag; 1988
- ⁵⁰ Seyd W et al. Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Abschlussbericht über das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener – handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen in Berufsförderungswerken (gbRE)“. Durchgeführt von der Universität Hamburg im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke. Hamburg: Universität Hamburg; 2004
- ⁵¹ Slesina W et al. Zwischenbericht: Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen am Beispiel von Einrichtungen der ambulanten und stationären beruflichen Rehabilitation. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sektion Medizinische Soziologie; 2002
- ⁵² Steinke B, Philgus B. Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Hrsg. Rehabilitation und Teilhabe, 3–9. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2005
- ⁵³ Thode N, Klosterhuis H, Hansmeier T. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie urteilen die Rehabilitanden? DAngVers 2004; 10: 462–471
- ⁵⁴ Vogel B. „Überzählige“ und „Überflüssige“. Empirische Annäherungen an die gesellschaftlichen Folgen der Arbeitslosigkeit. Berliner Debatte Initial 2004; 2: 11–21
- ⁵⁵ Vogel B. Neue Ungleichheiten im Wohlfahrtsstaat. Die politische Ordnung sozialer Verwundbarkeit und prekären Wohlstands. Zeitschrift für Sozialreform 2004; 1–2: 174–188
- ⁵⁶ Vonderach G. Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. MittAB 1997; 2: 374–382
- ⁵⁷ Voß G. Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. MittAB 1998; 3: 473–487
- ⁵⁸ International Labour Organization (ILO). Code of practice on managing disability in the workplace. Tripartite Meeting of Experts on the Management of Disability at the Workplace. Genf; 2001

Korrespondenzadresse
 Dr. Hans-Martin Schian
 Sängersstraße 10
 D-57234 Wilnsdorf
 Tel.: 0 27 39 / 73 07
 E-Mail: dr.schian
 @googlemail.com

