

HSD SK

STUDIES IN SOCIAL SCIENCES AND CULTURE

**Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit
in der beruflichen Rehabilitation –
Abschlussbericht zu einem
Forschungsprojekt**

Julia Seefeld, Kathrin Ebener-Holscher,

Viktoria Holter, Isabell Bieber, Ruth Enggruber,

Matthias Meißner, Silke Tophoven

AUS DER
FORSCHUNG
DES FACH
BEREICHS

DER HSD

SOZIAL-
UND
KULTUR
WISSEN
SCHAFTEN

ABSTRACT

Das Forschungsprojekt „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (kurz ANSAB) wurde von Dezember 2021 bis März 2025 an der Forschungsstelle „Düsseldorfer Integrationsförderung in (Aus)Bildung und Arbeit“ (DIFA) am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf durchgeführt. ANSAB wurde von der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ gefördert. Ausgangspunkt dieses Forschungsprojekts war, dass die Rolle und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation bei den Leistungserbringern bisher kaum erforscht wurden. Insbesondere fehlten systematische Analysen aus Sicht der dort tätigen Fachkräfte. Ebenso gab es noch keine Forschung zum Nutzen der Sozialen Arbeit aus Sicht der beruflichen Rehabilitand*innen und deren Nutzungsstrategien. Diesen Forschungslücken widmete sich ANSAB mit einem partizipativen Forschungsstil und einem gemischt-methodischen Forschungsdesign. Die vorliegende Publikation stellt den Abschlussbericht zum Forschungsprojekt dar.

DANKSAGUNG

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (kurz: ANSAB) wurde ein Projektbeirat zur Begleitung des Projekts eingerichtet. Den hier Mitwirkenden, die uns über diesen langen Zeitraum begleitet haben, und mit vielen konstruktiven Anmerkungen zum Gelingen des Projekts beigetragen haben, möchten wir sehr herzlich danken! Ganz besonderer Dank gilt den beruflichen Rehabilitand*innen, die aktiv in ANSAB im Rahmen des Projektbeirats sowie in Interpretationsgruppen und Interviews mitgewirkt haben. Sie haben uns ermöglicht, einen partizipativen Forschungsstil zu verwirklichen und aussagekräftige Forschungsergebnisse zu gewinnen. Darüber hinaus sind wir auch den vielen Personen dankbar, die an unseren verschiedenen empirischen Befragungen mitgewirkt und zu den hier vorgestellten Ergebnissen beigetragen haben. Danken möchten wir auch noch Mia Paetzold und Baptiste Egelhaaf von der Servicestelle Forschungsförderung bei uns am Fachbereich, die uns tatkräftig bei der abschließenden Berichterstellung in dieser Publikationsreihe unterstützt haben.

INHALT

1. Einleitung.....	9	5.3. Voraussetzungen und Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung	77
2. Ausgangspunkte und Zielsetzungen	13	5.3.1. Voraussetzungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung	78
2.1. Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation	13	5.3.2. Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung	83
2.2. Rechtliche Rahmenbedingungen.....	17	5.4. Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation	87
2.3. Zielsetzungen und Forschungsfragen	24	5.4.1. Nutzen der Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation	87
3. Theoretische und methodologische Zugänge	26	5.4.2. Ursachen für Nicht-Nutzen	96
3.1. Partizipativer Forschungsstil	26	5.4.3. Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation.....	99
3.2. Schnittstellen im beruflichen Rehabilitationsprozess	29	5.4.4. Ursachen für Nicht-Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation	101
3.3. Nutzer*innenforschung.....	30	5.4.5. Rahmenbedingungen	102
4. Forschungsmethodische Zugänge	33	5.5. Umsetzung des partizipativen Forschungsstils und damit gesammelte Erfahrungen	111
4.1. Fokusgruppeninterviews	33	5.5.1. Umsetzung des partizipativen Forschungsstils in ANSAB	111
4.2. Expert*inneninterviews	35	5.5.2. Erfahrungen mit dem partizipativen Forschungsstil in ANSAB	113
4.3. Narrative Interviews mit beruflichen Rehabilitand*innen aus dem Projektbeirat	38	5.5.3. Hinweise zur Einlösung der erkenntnistheoretisch begründeten Erwartungen an partizipative Forschung	114
4.4. Episodische Interviews mit beruflichen Rehabilitand*innen	39	6. Zusammenfassung und Diskussion.....	118
4.5. Online-Befragung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation	41	7. Fazit und Ausblick.....	129
5. Empirische Ergebnisse	45	Literatur.....	136
5.1. Übergreifende Aufgaben Sozialer Arbeit (und deren Gewichtung) in der beruflichen Rehabilitation.....	45		
5.2. Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen.....	62		
5.2.1. Schnittstellen	62		
5.2.2. Aufgaben Sozialer Arbeit in Schnittstellen	67		

ABKÜRZUNGS VERZEICHNIS

ANSAB	Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation
BA	Bundesagentur für Arbeit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.
BFW	Berufsförderungswerk
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DVSG	Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.
EI	Expert*inneninterview
EU	Europäische Union
FG	Fokusgruppeninterview
FSP BerReha	Forschungsschwerpunkt „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“
GE Rehaprozess	Gemeinsame Empfehlung Rehaprozess
GRC	Europäische Grundrechtecharta
HSD	Hochschule Düsseldorf
KiT	Koordination individueller Teilhabe
LBR	Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Nennungen
NI	Narrative Interviews
OK	Oberkategorie
PSD	Psychosozialer Dienst
Reha	Rehabilitation
RIM	Reha- und Integrationsmanagement
RPK	Rehabilitation Psychisch Kranker
SGB	Sozialgesetzbuch
UK	Unterkategorie
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen
Z	Zeile

Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation – Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt

**Julia Seefeld,
Kathrin Ebener-Holscher,
Viktoria Holter,
Isabell Bieber,
Ruth Enggruber,
Matthias Meißner,
Silke Tophoven**

1. EINLEITUNG

Ein zentraler und traditioneller Leistungsbereich des deutschen Sozialstaats ist die Rehabilitation. Dieser umfasst Leistungen für Menschen mit (drohenden) Behinderungen, um „ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX). Das System der Rehabilitation gliedert sich in verschiedene Bereiche wie die medizinische, die berufliche und die soziale Rehabilitation. Im Fokus dieses Berichts steht die *berufliche Rehabilitation* mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Das Ziel der beruflichen Rehabilitation ist insbesondere der Erhalt und die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Dabei geht es aber nicht nur um die Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der materiellen Lebensgrundlage, sondern auch um den Erhalt der gesellschaftlichen Teilhabe, die in einer Arbeitsge-

sellschaft maßgeblich durch die Teilhabe am Arbeitsleben hergestellt wird. Festzustellen ist, dass die Arbeitsmarktteilhabe von Menschen mit Behinderungen in Deutschland niedriger ist als die von Menschen ohne Behinderung. 2022 lag die Erwerbsquote von Menschen mit Schwerbehinderung bei 51,4 %, die Erwerbsquote in der Bevölkerung insgesamt lag bei 79,3 % (Bundesagentur für Arbeit 2025: 8). Dies zeigt sich auch an einer höheren Arbeitslosenquote, die 2024 für Menschen mit Schwerbehinderungen 11,6 % betrug, während die Arbeitslosenquote insgesamt bei 7,3 % lag (ebd.: 14).

Vor dem Hintergrund aktueller Herausforderungen wie dem demografischen Wandel und einer alternden sowie perspektivisch schrumpfenden Erwerbsbevölkerung gewinnt der Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit auch gesamtgesellschaftlich noch weiter an Bedeutung (Arling/Spijkers 2019). Schon heute machen sich in einigen Berufsbereichen deutliche Fachkräftengpässe bemerkbar (Arntz et al. 2023). Berufliche Rehabilitation ist ein Baustein, um Menschen eine lange und gesunde Erwerbsarbeitsbeteiligung zu ermöglichen, was wiederum auch zur individuellen Alterssicherung wie zur Stabilisierung des Sozialsystems beiträgt. Um ein langes Erwerbsleben zu ermöglichen, braucht es jedoch auch nachhaltige Erwerbsarbeit und gute Arbeitsbedingungen. Zu deren Gestaltung tragen Arbeitgebende wie auch Sozialversicherungsträger bei (Richter et al. 2021). Mit Blick auf die gesundheitlichen Gründe für einen verfrühten Ausstieg aus dem Berufsleben sind weiterhin psychische Erkrankungen der Hauptgrund für den Eintritt in eine Erwerbsminderungsrente. 2024 entfielen 40,4 % der Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente auf die Indikationsgruppe „Psychosomatik und Psychotherapie“, was den häufigsten Grund darstellt (DRV Bund 2025). So bedürfen die Prävention und Rehabilitation psychischer Erkrankungen einer besonderen Aufmerksamkeit.

LTA werden im gegliederten deutschen Sozialstaat von verschiedenen Sozialleistungsträgern finanziert und begleitet. Im Zentrum dieses Berichts stehen Menschen, die LTA in Kostenträgerschaft der DRV in Anspruch nehmen. Hierunter fallen Menschen, die bei der Antragstellung eine Mindestversicherungszeit von 15 Jahren in der gesetzlichen Rentenversicherung aufweisen oder Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Außerdem ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger, wenn LTA unmittelbar an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anschließen (vgl. § 11 SGB VI, DRV Bund 2018: 7). Herausgestellt wird dabei auch, dass LTA, bei einer positiven Erwerbsprognose, nicht nur in Anspruch genommen werden können, wenn die Erwerbsfähigkeit bereits gemindert ist, sondern auch, wenn die berufliche Leistungsfähigkeit entscheidend bedroht ist. Rehabilitation kann demnach auch präventiv ausgerichtet sein (DRV Bund 2018: 7). Das Ziel der LTA ist „Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auszugleichen, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern und eine möglichst dauerhafte berufliche Eingliederung zu erzielen, entweder durch Erhaltung des vorhandenen oder durch Erlangung eines neuen Arbeitsplatzes“ (DRV Bund 2018: 7).

2023 wurden 229.970 Anträge auf LTA bei der DRV bewilligt. Insgesamt wurden 2023 117.873 Leistungen abgeschlossen. Dabei steht eine kaum überschaubare Vielfalt an Leistungsarten zur Verfügung, um eine passgenaue Unterstützung zu bieten, die sich auch bei den in Anspruch genommenen Leistungen widerspiegelt (zum Gesamtüberblick, der zur Verfügung stehenden Leistungen s. DRV Bund 2018: 12): Die häufigsten Leistungen sind solche zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, worunter z. B. technische Hilfen am Arbeitsplatz und KFZ-Hilfen fallen (Frauen 37 %, Männer 59 %). Einen weiteren großen Leistungsbereich stellen Bildungsleistungen dar, die Weiterbildungen wie Fortbildungen, Umschulungen, Praktika sowie Qualifizierungen umfassen können (Frauen 25 %, Männer 15 %) (DRV Bund 2024).

Bedingt durch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sind Personen, die LTA in Kostenträgerschaft der DRV durchführen, erwartungsgemäß bereits etwas älter: Frauen, die 2023 eine berufliche Bildungsleistung abgeschlossen haben, waren durchschnittlich 47,9 Jahre alt. Bei Männern lag das Durchschnittsalter bei 47,4 Jahren. Mit Blick auf das gesetzliche Renteneintrittsalter liegen aber zu diesem Zeitpunkt noch nahezu 20 Jahre der Erwerbstätigkeit vor ihnen. Ursächlich für die Inanspruchnahme von Bildungsleistungen, die im Fokus dieses Berichts stehen, sind vor allem orthopädische und rheumatische (Frauen 59 %, Männer 65 %) sowie psychische Erkrankungen (Frauen 29 %, Männer 18 %) (DRV Bund 2024). Insbesondere bei psychischen Erkrankungen können komplexe Herausforderungen bezogen auf den Erhalt und das Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit sowie der Arbeitsmarkt(re)integration bestehen (u.a. DRV Bund 2014, Reims et al. 2024). Die in der Regel länger andauernden Bildungsleistungen werden vor Ort oder auch mit Internatsunterbringung bei verschiedenen Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation durchgeführt, wie z. B. Berufsförderungswerken (BFW), aber auch bei vergleichbaren Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sowie einer Reihe von Bildungsanbietern oder auch bei Anbietern wie den Beruflichen Trainingszentren (BTZ) oder den RPK (Rehabilitation Psychisch Kranker), die einen spezifischen Fokus auf psychische Erkrankungen legen.

Bei den verschiedenen Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation, die Bildungsleistungen durchführen, arbeiten multiprofessionelle Teams, die Menschen in ihrem beruflichen Rehabilitationsprozess anleiten und begleiten. Fest vorgesehen sind dabei auch Fachkräfte Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen (DRV Bund 2016). Die Soziale Arbeit¹ bei den LTA-Leistungserbringern mit ihren Angeboten, die dort Tätigen und die Rehabilitand*innen, die diese nutzen, standen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses des von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bayern Süd im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation“ (FSP BerReha) geförderten Projekts „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (ANSAB). Der Berufsgruppe der Sozial-

¹ Obwohl *Soziale Arbeit* bzw. *Sozialarbeit* oder/und *Sozialpädagogik* historisch sowohl in ihrer Praxis und Ausbildung als auch Wissenschaft über verschiedene Traditionen verfügen, werden diese Bezeichnungen hier synonym verstanden und gleichermaßen in den Fokus gerückt.

len Arbeit werden Personen zugeordnet, die mindestens einen Diplom- bzw. Bachelorabschluss Soziale Arbeit resp. Sozialarbeit oder/und Sozialpädagogik oder Erziehungswissenschaften mit Schwerpunkt Soziale Arbeit, Sozialarbeit oder Sozialpädagogik aufweisen. Neben den explizit beschriebenen Gruppen der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen war schon bei Projektbeginn erwartbar, dass noch weitere Berufsgruppen im Bereich der Sozialen Arbeit bzw. in den Sozialdiensten tätig sind. Aus diesem Grund wird im Folgenden auch die Formulierung ‚in der Sozialen Arbeit Tätige‘ oder ‚Fachkräfte Sozialer Arbeit‘ verwendet, wenn nicht explizit nur die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagog*innen gemeint ist.

Ausgangspunkt für das Forschungsprojekt ANSAB war die Erkenntnis, dass die Soziale Arbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation bislang kaum Forschungsgegenstand war und dass systematisierende Analysen zu Rolle und Aufgaben Sozialer Arbeit sowie für deren Erfüllung notwendigen Gelingensbedingungen im beruflichen Rehabilitationsprozess aus Sicht von in diesem Bereich tätigen Personen noch nicht hinreichend erforscht sind. Ferner bestanden neben Erkenntnissen zu Aufgaben und Rolle Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation (LTA-Leistungserbringer) auch Forschungsdefizite zum Nutzen Sozialer Arbeit aus Sicht von beruflichen Rehabilitand*innen selbst sowie zu deren Nutzungsstrategien. Diese Lücken sollten aus sozialpolitischen, sozialpädagogischen und sozialrechtlichen Perspektiven im Rahmen des interdisziplinär ausgerichteten Forschungsprojekts ANSAB – unter Anwendung eines partizipativen Forschungsstils und einem gemischt-methodischen Forschungsdesign – geschlossen werden. Im Folgenden werden nun die Ergebnisse und Erkenntnisse, die im Rahmen der 40-monatigen Projektlaufzeit gewonnen werden konnten, vorgestellt. Dazu werden im nächsten Kapitel als Ausgangspunkte zunächst der aktuelle Forschungsstand sowie der sozialrechtliche Hintergrund zum Forschungsprojekt aufgezeigt und die Zielsetzungen des Forschungsprojekts weiter spezifiziert (2.), bevor in Kapitel 3. theoretische und methodologische Zugänge dargestellt werden. Das Kapitel 4. stellt die forschungsmethodischen Zugänge für die verschiedenen durchgeführten empirischen Erhebungen vor. In Kapitel 5. werden die Ergebnisse präsentiert. Kapitel 6. diskutiert die gewonnenen Ergebnisse und ordnet diese ein. Der Bericht schließt mit einem Fazit und gibt einen Ausblick (7.).

2. AUSGANGSPUNKTE UND ZIELSETZUNGEN

2.1. SOZIALE ARBEIT IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Die Rehabilitation zeichnet aus, dass verschiedene Berufsgruppen zusammenwirken, um die individuellen Rehabilitationsziele der Rehabilitand*innen zu erreichen. Für die Aufgabenerfüllung der Leistungserbringer im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind multiprofessionelle Teams vorgesehen, dabei wird auch explizit die Berufsgruppe „Sozialpädagoge, Sozialarbeiter“ genannt (DRV Bund 2016: 67). So weisen auch Mühlum/Gödecker-Geenen in ihrem 2003 vorgelegten Übersichtswerk zu Sozialer Arbeit in der Rehabilitation ausdrücklich aus: „Soziale Arbeit ist als gleichberechtigtes Mitglied im multiprofessionellen *Rehabilitationsteam* [Hervorhebung im Original] integriert“ (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 37).

Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses soll ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt werden, der nicht nur medizinische Einschränkungen und gesundheitliche Risikofaktoren berücksichtigt, sondern die gesamte Lebenssituation betrachtet, wozu auch das individuelle Bewältigungsverhalten und das soziale Umfeld mit unterstützenden oder belastenden Faktoren wie auch die Berücksichtigung möglicher weiterer professioneller Unterstützungsangebote gehören. Die Umsetzung dieses ganzheitlichen Ansatzes wird im Besonderen der Sozialen Arbeit zugeschrieben (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 37). Denn nach Mühlum/Gödecker-Geenen (2003: 42) hat

„Soziale Arbeit in der Rehabilitation (...) die Aufgabe, persönliche, familiäre, berufliche und soziale Probleme von Rehabilitanden, die im Zusammenhang mit der Erkrankung bzw. Behinderung stehen und das Leben erschweren, aufzugreifen und zu einer Verbesserung der Gesamtsituation und des Wohlergehens der Betroffenen beizutragen. Sie erbringt (...) Unterstützungsleistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration“ (ebd.).

Dabei unterstützen Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen im Bereich der Rehabilitation „das Bewältigungsverhalten der Beteiligten und mobilisieren Ressourcen, sie aktivieren Eigenkräfte, organisieren Solidarität und fördern Teilhabe und soziale Integration“ (ebd.: 26). Rehabilitative Soziale Arbeit wird dabei als „Beitrag sozialberuflicher Akteure zur (Wieder-)Eingliederung von behinder-

ten und von Behinderung bedrohten Menschen (...) unter besonderer Berücksichtigung ihrer Aktivierung, Selbstermächtigung und sozialen Teilhabe“ (ebd.: 27) verstanden. Nach Dettmers (2018, 2019) adressiert Soziale Arbeit im Handlungsfeld Rehabilitation *Personen*, die aufgrund gesundheitlicher Probleme in ihrer selbstständigen Lebensgestaltung sowie ihrer beruflichen und sozialen Teilhabe beeinträchtigt sind und orientiert sich dabei an ihrer Lebenswelt.

Als nötige Kernkompetenzen Sozialer Arbeit in der Rehabilitation verweisen Mühlum/Gödecker-Geenen (2003) auf die Methoden des Case-Managements und der Beratung. Ein Schwerpunkt ihrer Ausführungen liegt dabei aber auf dem Bereich der medizinischen Rehabilitation. Für die berufliche Rehabilitation benennen sie neben sozialarbeiterischer Grundkompetenzen, wie Beraten, Begleiten und Unterstützen auch weitere Methodenkompetenzen wie z. B. speziell die systemische Beratung und administrative Kompetenzen, die im Bereich der beruflichen Rehabilitation neben rechtlichen Kenntnissen und Verfahrenswissen auch Wissen über einzelne Berufsfelder erfordern. Dabei geht es auch darum, gute Bedingungen für die berufliche Weiterentwicklung zu schaffen und Raum für die Reflexion von Lern- und Arbeitserfahrungen zu bieten. Hier kann ein Wechsel zwischen Einzelfallhilfen und Gruppenangeboten erfolgen. Als Besonderheit im Bereich der beruflichen Rehabilitation stellen sie außerdem dar, dass in diesem Bereich eine Herausforderung durch die verschiedenen von Sozialer Arbeit einzunehmenden Rollen besteht: Einerseits stehen die Rehabilitand*innen mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt; daneben werden die Belange und Gegebenheiten des Leistungsanbieters berücksichtigt, der zugleich ihr Arbeitgebender ist. Andererseits stehen sie jedoch auch vor der Aufgabe, die gesetzlichen Vorgaben und Anforderungen des Kostenträgers wie der DRV umzusetzen und fungieren häufig auch als Ansprechpersonen für konkrete Einzelfälle (ebd.: 125 f.). Hinzukommen können Anforderungen des sozialen oder betrieblichen Umfelds.

Auch wenn das Werk von Mühlum/Gödecker-Geenen inzwischen schon mehr als zwanzig Jahre alt ist, war im Vorfeld des Forschungsprojekts zu vermuten, dass sich Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation auch heute noch entlang dieser Linien beschreiben lässt. Diese spiegeln sich in Teilen auch in den rechtlichen Grundlagen wie auch Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) wider, die im nächsten Kapitel noch ausführlicher dargestellt werden. Generell sind sozialpädagogisches Fachpersonal und soziale bzw. sozialpädagogische Fachdienste in den LTA-Einrichtungen fest vorgesehen (vgl. § 2 Abs. 2, § 3 Abs. 2 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a). Laut Knoop/Anton (2022: 571) wird die

„Aufgabenstellung der Sozialen Arbeit (...) in § 3 der Gemeinsamen Empfehlungen Sozialdienste der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) dahingehend konkretisiert, dass sie über die Information und Beratung hinaus Unterstützung für den betroffenen Menschen im umfassenden Sinne der Teilhabe leistet und hier insbesondere die Kontextfaktoren (personenbezogene und Umweltfaktoren) berücksichtigt.“

In eben diesen Empfehlungen wird für den Bereich der beruflichen Rehabilitation, den LTA, beschrieben, dass Sozialdienste „Beratung und Informationen für Menschen mit Behinderungen bei unterschiedlichen Problemstellungen“ bieten und „zwischen Betrieb, Leistungsträger, Leistungserbringer sowie den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden koordinieren“ (BAR 2022a § 2 Abs. 3). Auch in der „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR)“ (DRV Bund 2016), die zur Dokumentation und Qualitätssicherung dient, ist für eine Reihe von den im beruflichen Rehabilitationsprozess anfallenden und entsprechend in der LBR festgesetzten Leistungen die Berufsgruppe der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen vorgesehen. Beispielsweise gehören dazu Leistungen wie das Aufnahmegespräch, die Steuerung des individuellen Förderprozesses und die Abstimmung mit Reha-Berater*innen bei den Kostenträgern bis hin zur Beratung von Betrieben (DRV Bund 2016: 67 ff.). Was bislang aber fehlt, sind empirische Erkenntnisse zur Beschreibung der Rolle und der konkreten Aufgabenerfüllung Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation und unter welchen Bedingungen sie geleistet wird und wie sie konkret zum Gelingen des beruflichen Rehabilitationsprozesses beiträgt. Zu berücksichtigen ist auch, dass sich seit 2003 die Rahmenbedingungen durch neue gesetzliche Grundlagen, im Besonderen auch durch die stufenweise Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTGG), und eine veränderte Landschaft der Leistungserbringer modifiziert haben, was auch Folgen für die Aufgaben und Aufgabenerfüllung der Sozialen Arbeit haben kann.

Die spezifische Rolle Sozialer Arbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation im Rahmen von LTA wurde bislang explizit nur in wenigen wissenschaftlichen Publikationen berücksichtigt (z. B. Welti 2015). Dabei unterstreicht eine Studie zu Leistungserbringern und ihren Perspektiven im Rahmen der Evaluation von LTA in Kostenträgerschaft der Bundesagentur für Arbeit (BA), dass Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen bei vielen Leistungserbringern tätig sind und ihren Aufgaben eine hohe Relevanz zukommt (Reims et al. 2020). Problematisiert wird auch schon länger die inzwischen erschwerte Rekrutierung von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen für den Bereich der (beruflichen) Rehabilitation (ebd.; s. a. Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer 2019). Studien, die explizit die Rolle der Sozialen Arbeit in LTA-Leistungserbringern aus Sicht der dort Tätigen untersuchen sowie die Sicht der Rehabilitand*innen auf diese und deren Nutzen, gab es bislang noch nicht. Untersuchungen mit Fokus auf die Wirksamkeit einzelner LTA-Maßnahmen verdeutlichen, dass für den Maßnahmeerfolg neben beruflichen Aspekten weitere Faktoren relevant sind, wie der Grad der sozialen Einbindung, erhaltene Unterstützung, Krankheitsbewältigung, Motivation sowie Selbstwirksamkeit (z. B. Klaus et al. 2018; Meschnig et al. 2019), die auch im Tätigkeitsbereich Sozialer Arbeit vermutet werden können.

Die Soziale Arbeit bzw. die Sozialdienste werden, wie oben dargestellt, auch als Koordination und Schnittstelle zu weiteren Akteuren und Angeboten verstanden. Mit Blick auf das Ziel der nachhaltigen Reintegration in den Arbeitsmarkt der LTA kommt der Schnittstelle zu Betrieben eine besondere Relevanz zu (Jahn/Reims 2021). Bislang zeigt sich, dass die Einbindung von Arbeitge-

benden noch verbessert werden kann. Nicht immer sind außerdem alle vorhandenen Maßnahmen und Förderinstrumente bekannt und werden ausgeschöpft. Es ergeben sich bekannte Schnittstellenproblematiken, die es zu überwinden (Schwarz et al. 2017, 2020) und näher zu erforschen gilt. Als eine wichtige Schnittstelle im beruflichen Rehabilitationsprozess wird außerdem die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und den Reha-Berater*innen der DRV (Bund/Regionalträger) identifiziert, bei denen verschiedene Fallmanagementansätze eingesetzt werden und die durchaus eine unterschiedliche „organisatorischen Ausgestaltung“ (Trinks 2018: 32) aufweisen. Inzwischen liegt auch ein übergreifendes Fallmanagementkonzept mit drei Intensitätsstufen für die DRV Bund vor (Erbstößer et al. 2020). Ferner werden aktuell bereits verschiedene Fallmanagementkonzepte in der Praxis der DRV eingesetzt, so u.a. bei der DRV Braunschweig-Hannover mit einem Fokus auf psychosomatische oder Suchterkrankungen, bei der DRV Westfalen mit einem indikationsübergreifenden Ansatz sowie bei der DRV Nord nach einer psychosomatischen Rehabilitation (ebd.). Hieran anknüpfend wird das Projekt „Koordination individueller Teilhabe: Bedarfsermittlung und Leistungserbringung wie aus einer Hand“ (KiT) im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ umgesetzt.² Bislang wurde noch nicht erforscht, wie die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern im Bereich LTA mit betrieblichen Akteuren bzw. Arbeitgebenden und Reha-Berater*innen der DRV vernetzt sind und Schnittstellen bearbeiten.

Zu Projektbeginn war bereits erwartbar, dass Ergebnisse verschiedener Projekte im Rahmen des schon genannten Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“, die neue Ansätze erproben, auch Erkenntnisse liefern, die für die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation relevant sein könnten, z. B. mit Blick auf Projekte aus den Bereichen „Fallmanagement“, „Personenbezogene Leistungen“ sowie „Zusammenarbeit zwischen Organisationen“ (Brussig et al. 2021). Diese Ergebnisse, die gerade nach und nach erscheinen, könnten noch einmal systematisch für in der Sozialen Arbeit Tätige bei den LTA-Leistungserbringern und ihre Aufgaben analysiert werden.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Bedeutsamkeit der Sozialen Arbeit im Bereich der Rehabilitation insgesamt und auch im Rahmen der LTA erkennbar ist, eine tiefere Auseinandersetzung mit der Sozialen Arbeit bei den Leistungserbringern der LTA jedoch noch nicht stattfand. Zur Rolle der Sozialen Arbeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation haben u.a. Knoop/Anton (2022) und Knoop et al. (2019) umfassende Studienergebnisse vorgelegt. Dabei ging es auch um die Wirkung Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation auf Basis empirischer Erkenntnisse (Knoop et al. 2024a, b). Inzwischen liegen auch Praxisempfehlungen zur Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitati-

2 Hier wirken DRV Bund, DRV Berlin-Brandenburg, DRV Mitteldeutschland, DRV Nordbayern, DRV Bayern Süd, DRV Schwaben, DRV Rheinland-Pfalz, DRV Hessen, DRV Saarland, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Westfalen, DRV Baden-Württemberg, DRV Nord, DRV Rheinland sowie DRV Oldenburg-Bremen mit. Weitere Infos zu KiT: https://www.modellvorhaben-rehapro.de/SharedDocs/Projektseiten/Projektdarstellung_KiT.html (31.03.2025).

on vor (DRV Bund 2022). Ähnliches fehlt für die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation allerdings noch.

Stärker als andere Disziplinen „muss die Soziale Arbeit ihre Position stets neu behaupten, ihren Beitrag zur Zielerreichung deutlich machen und ihre rehabilitative Kompetenz beweisen“ (Mühlum/Gödecker-Geenen 2003: 44) Um dem nachzukommen, braucht es interdisziplinäre Reha-Forschung, die ihren Blick explizit auch auf die Rolle und den Beitrag der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation richtet.

2.2. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation bei den verschiedenen Leistungserbringern in Kostenträgerschaft unterschiedlicher Rehabilitationsträger (im Sinne des § 6 SGB IX), je nach Zuständigkeit, findet in einem rechtlich festgesetzten Rahmen statt. Dieser wird durch umfassende Vorgaben des internationalen Rechts, der Sozialgesetzbücher sowie konkretisierender Verwaltungsvereinbarungen und Ausführungsvorschriften gestaltet und weist eine hohe Komplexität auf. Die verschiedenen Vorgaben und Vorschriften haben direkte Auswirkungen auf die Soziale Arbeit bei den Leistungserbringern, die in diesem Rahmen und im Auftrag der Rehabilitationsträger agiert. Soziale Arbeit wirkt an der Erfüllung der Menschen-, Grund- und Sozialrechte der Rehabilitand*innen mit und erfüllt damit direkt rechtliche Gewährleistungen und Aufgaben der Rehabilitationsträger wie der DRV.

Ausgewählte internationale rechtliche Vorgaben

Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), ist seit ihrem Inkrafttreten am 26. März 2009 geltendes Recht in Deutschland, welches von allen staatlichen Stellen umgesetzt werden muss (Deutsches Institut für Menschenrechte 2024). Die UN-BRK enthält sowohl verbindliche Vorgaben als auch Handlungs- und Gestaltungsaufträge an den Gesetzgeber, insbesondere gelten die Grundsätze der Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung (Art. 5 UN-BRK), Achtung der individuellen Autonomie, der vollen und wirksamen Teilhabe an der Gesellschaft sowie Einbeziehung in die Gesellschaft und Chancengleichheit (Art. 3 Buchst. a, b, c, e UN-BRK). Die Teilhabe am Arbeitsleben ist darin eine wichtige Facette. So sind die Vertragsstaaten aufgefordert,

„wirksame und geeignete Maßnahmen [zu treffen], um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und *berufliche Fähigkeiten* sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten *umfassende Rehabilitationsdienste und*

-programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der *Beschäftigung*, der Bildung und der Sozialdienste“ (vgl. Art. 26 Abs. 1 UN-BRK, eigene Hervorhebungen).

Auch das Recht auf Arbeit ist in der UN-BRK verankert (Art. 27 Abs. 1 S. 1 UN-BRK). Hierzu gehört unter anderem die Unterstützung beim Erhalt bzw. der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg (Art. 27 Abs. 1 Buchst. e UN-BRK) sowie die Förderung von Programmen für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg (Art. 27 Abs. 1 Buchst. k UN-BRK). Ebenso regelt die Charta der Grundrechte der Europäischen Union (EU) (Europäische Grundrechtecharta, GRC), die am 1. Dezember 2009 in Kraft trat, dass die EU-Staaten „den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer Eigenständigkeit, ihrer sozialen und *beruflichen Eingliederung* und ihrer Teilnahme am Leben der Gemeinschaft“ (Art. 26 GRC, eigene Hervorhebungen) sicherstellen. „Jede Person hat das Recht, zu *arbeiten* und einen frei gewählten oder angenommenen *Beruf* auszuüben“ (Art. 15 Abs. 1 GRC, eigene Hervorhebungen). Arbeitnehmende haben „das Recht auf gesunde, sichere und würdige *Arbeitsbedingungen*“ (Art. 31 Abs. 1 GRC, eigene Hervorhebung). Weiterhin besteht das „Recht auf Zugang zu den Leistungen der sozialen Sicherheit und zu den sozialen Diensten, die in Fällen wie Krankheit, Arbeitsunfall, Pflegebedürftigkeit oder im Alter sowie bei Verlust des *Arbeitsplatzes* Schutz gewährleisten“ (Art. 34 Abs. 1 GRC auszugsweise, eigene Hervorhebung).

Ausgewählte Vorgaben der Sozialgesetzbücher

Eine zentrale und allgemeine Aufgabe der Sozialgesetzbücher zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit ist es, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen (vgl. § 1 SGB I). Dementsprechend haben alle Menschen in Deutschland – unabhängig vom Vorliegen einer Behinderung – das Recht auf individuelle Förderung ihrer beruflichen Weiterbildung und Hilfe zur Erlangung und Erhaltung eines angemessenen Arbeitsplatzes (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 u. 3 SGB I). Die Leistungen des SGB IX für Menschen mit (drohenden) Behinderungen verfolgen insbesondere das Ziel, die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern sowie Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken (vgl. § 1 SGB IX). LTA, die im Fokus dieses Projekts standen, dienen im Besonderen dazu, die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Erkrankungen, Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder (wieder)herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern (vgl. §§ 9, 16 SGB VI i.V.m. §§ 1, 4, 49 ff. SGB IX). Durch LTA verwirklichen die verschiedenen Rehabilitationsträger das Recht von Menschen mit Behinderung auf Rehabilitation, Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch Arbeit (vgl. Art. 26 UN-BRK, § 10 Nr. 2, § 29 Abs. 1 Nr. 2 SGB I, § 1 S. 1, § 4 Abs. 1 Nr. 2, §§ 49 ff. SGB IX).

Die LTA umfassen dabei eine ganze Reihe von möglichen Leistungen mit dem Ziel eine angemessene und nachhaltige Beschäftigung zu ermöglichen. Dazu

gehören zum Beispiel Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, berufsvorbereitende Maßnahmen, betriebliche Qualifizierungen, Weiterbildungen, Ausbildungen, Förderung selbstständiger Tätigkeiten sowie weitere Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben wie technische Hilfen (vgl. § 49 Abs. 3, 8 SGB IX).

Neben den Leistungen mit konkretem Bezug zur Arbeitsmarkt(re)integration sind im Rahmen der LTA daneben auch – je nach Einzelfall – medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen vorgesehen, um die Ziele der LTA zu erreichen (§ 49 Abs. 6 SGB IX). Im Rahmen dieser Hilfen kann Unterstützung bei der Bewältigung von Krankheit und Behinderung erfolgen, Hilfe zur Selbsthilfe gegeben werden und Angehörige und auch das berufliche Umfeld können beraten werden. Bei Bedarf erfolgt die Vermittlung zu weiteren Hilfs- oder Beratungsangeboten wie auch ggf. die Einbindung der Integrationsfachdienste. Gefördert werden soziale und kommunikative Fähigkeiten. Zudem werden alltagspraktische und motorische Fähigkeiten trainiert. Auch die Beratung zu LTA und Unterstützung bei der Inanspruchnahme ist vorgesehen (vgl. § 49 Abs. 3 SGB IX). Es ist anzunehmen, dass sich diese Hilfen im Besonderen in den Aufgaben der im Bereich der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern wiederfinden.

In dem historisch gewachsenen, stark gegliederten und ausdifferenzierten Sozialstaat in Deutschland mit einer Vielzahl von Sozialleistungs- bzw. Rehabilitationsträgern sollen die unterschiedlichen Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderung – zum Beispiel die medizinische Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und soziale Teilhabe – dennoch „wie aus einer Hand“ erbracht werden (Bundesregierung 2016: 2, 191, 193). Die Rehabilitationsträger wie die DRV haben dafür zu sorgen, dass die Menschen mit Behinderung die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erhalten (§ 25 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX, § 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Für einen Antrag auf träger- oder leistungsgruppenübergreifende Teilhabeleistungen soll nur ein Träger zuständig sein, damit Nachteile für Menschen mit Behinderung im gegliederten System der Rehabilitation abgebaut werden (vgl. BT-Drucks. 18/9522). Die Leistungen nach Lage des Einzelfalles sollen zudem so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität erbracht werden, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden (§ 4 Abs. 2 S. 2 SGB IX). Neben dem SGB IX und den weiteren sozialgesetzlichen Grundlagen der Rehabilitationsträger wie dem SGB VI im Falle der DRV sind für die konkrete Umsetzung der verschiedenen rechtlichen Vorgaben und Leistungserbringung zusätzliche Verwaltungsvereinbarungen der Rehabilitationsträger geschlossen worden. Im Folgenden werden ausgewählte Vorgaben dieser Verwaltungsvorgaben vorgestellt, von denen anzunehmen ist, dass diese eine besondere Relevanz für die Sozialdienste bei den LTA-Leistungserbringern bzw. den in der Sozialen Arbeit Tätigen im Bereich der beruflichen Rehabilitation haben.

Ausgewählte Vorgaben in Verwaltungsvereinbarungen

Zur Sicherung der Zusammenarbeit, unter anderem mit dem Ziel, dass die Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie einheitlich erbracht werden, haben die

Rehabilitationsträger den gesetzlichen Auftrag, gemeinsame Empfehlungen im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zu vereinbaren (vgl. §§ 25, 26 Abs. 1, 2, 7 SGB IX).³ Hierbei handelt es sich um ein Instrument zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in eine einheitliche Verwaltungspraxis (Schian 2021a, b).⁴

Eine zentrale Verwaltungsvereinbarung ist die „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ (GE Reha-Prozess (BAR 2019)). Sie greift das „Ziel der Nahtlosigkeit“ von Teilhabeleistungen auf und konkretisiert, dass die Leistungen ohne schuldhaftes Zögern und aufeinander abgestimmt erbracht werden (vgl. § 79 Abs. 2 GE Reha-Prozess, BAR 2019). Die Rehabilitationsträger wirken insbesondere durch geeignete Mittel darauf hin, dass zum Ende einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation die zur Unterstützung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges erforderlichen nachgehenden Leistungen von behandelnden Ärzt*innen bzw. Rehabilitationseinrichtungen empfohlen bzw. eingeleitet werden (§ 85 Abs. 2 GE Reha-Prozess, BAR 2019). Nach Beendigung von LTA prüft der Rehabilitationsträger, inwieweit weitergehende Maßnahmen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit, insbesondere zur Erlangung bzw. Sicherung eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses erforderlich sind, und bezieht hierbei Empfehlungen des Leistungserbringers sowie die Wünsche und die Lebenslagen des Menschen mit Behinderung ein (§ 85 Abs. 4 GE Reha-Prozess, BAR 2019). Der Wortlaut ist hierbei nicht abschließend gefasst und bezieht – unter ausdrücklicher Beachtung der Wünsche und Lebenslagen des Menschen mit Behinderung – alle möglichen „weitergehenden Maßnahmen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit“ ein (§ 85 Abs. 4 GE Reha-Prozess, BAR 2019). Der Fokus („insbesondere“) liegt zwar auf der Erlangung bzw. Sicherung eines Arbeits- oder Ausbildungsverhältnisses, die Maßnahmen zur Unterstützung können sich aber auch auf private Herausforderungen bzw. Hinderungsgründe beziehen, die der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit entgegenstehen.

Im gesamten Rehabilitationsprozess ist die Einbeziehung weiterer Akteure relevant und vorgesehen. Die Rehabilitationsträger sollen darauf hinwirken, dass Menschen mit Behinderung bei Bedarf auch Angebote weiterer Akteure wie z. B. von Selbsthilfegruppen, weiteren Beratungsstellen oder auch von Integrationsfachdiensten in Anspruch nehmen. Bei der Planung von Leistungen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit des Rehabilitationserfolges sind auf Wunsch bzw. mit Einverständnis der Rehabilitand*innen auch Angehörige bzw. das private bzw. berufliche soziale Umfeld einzubinden (§ 85 Abs. 5 GE Reha-Prozess, BAR 2019).

3 Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) ist eine Arbeitsgemeinschaft i. S. v. § 94 SGB X; sie wirkt darauf hin, dass die Leistungen der Rehabilitation nach gleichen Grundsätzen im Interesse der Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten erbracht werden (Bundesregierung 2016: 196). Zu ihren Kernaufgaben gehört die Erarbeitung gemeinsamer Empfehlungen (vgl. § 26 SGB IX).

4 Allerdings haben diese Verwaltungsvereinbarungen keine direkte normative Wirkung; so bindet bspw. die GE Reha-Prozess lediglich die beteiligten Rehabilitationsträger untereinander und kann durch diese Selbstbindung nur mittelbare Außenwirkung entfalten (Schaumberg 2021: 3).

Speziell die LTA-Einrichtungen, wie z. B. die Berufsförderungswerke, haben ein dauerhaftes, bedarfsorientiertes und qualitätsgesichertes Angebot an besonderen Hilfen anzubieten. „Zu den besonderen Hilfen zählen insbesondere (sozial-) pädagogische, psychologische, medizinische und medizinisch-therapeutische Leistungen sowie die individuelle Begleitung durch das Reha- und Integrationsmanagement“ (§ 4 Abs. 2 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a). „Vor allem sollen sie die eigenständige Bewältigung von gesundheitlichen Einschränkungen sowie Problemen im beruflichen, sozialen und familiären Bereich im Sinne der ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ unterstützen“ (§ 4 Abs. 1 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a).

Die „Gemeinsamen Empfehlung Sozialdienste“ (GE Sozialdienste) (BAR 2022b) beschreibt die Ausgestaltung und Arbeit der Sozialdienste in den verschiedenen Einrichtungen und Leistungen, die an Rehabilitationsprozessen mitwirken. Als Grundsätze sind unter anderem angeführt:

„In Sozialdiensten arbeiten qualifizierte, fachlich ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Fachkräfte der Sozialen Arbeit mit Abschluss Diplom, Bachelor oder Master), die über fundierte Kenntnisse im Bereich Rehabilitation und Teilhabe, des Sozialrechts sowie über Beratungskompetenz und einschlägige Erfahrungen in einem relevanten Handlungsfeld verfügen. Unter Beratungskompetenz werden alle spezifischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse verstanden, die zur Durchführung von Beratung erforderlich sind. Dazu zählen z. B. die Fähigkeit zur Gestaltung einer professionellen Beratungsbeziehung, Grundlagen und Techniken der Gesprächsführung, Umgang mit schwierigen Beratungssituationen, Grundkenntnisse über Konzepte zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung (Empowerment)“ (§ 1 Abs. 1 GE Sozialdienste, BAR 2022b).

„Die Sozialdienste sind aufgrund ihrer interdisziplinären Perspektive und ihrer ganzheitlichen Arbeitsweise bedeutsamer Kooperationspartner für die Rehabilitationsträger und alle am Rehabilitations- und Teilhabeprozess beteiligten Institutionen und Akteure“ (§ 1 Abs. 4 GE Sozialdienste, BAR 2022b).

Deutlich wird hier die vernetzende und koordinierende Aufgabenzuschreibung aufgrund ihrer Position als relevanter Kooperationspartner für alle Beteiligten. Herauszustellen ist noch, dass in der GE Sozialdienste verankert ist, dass die Sozialdienste „grundsätzlich neutral und ohne Eigeninteressen“ beraten (§ 1 Abs. 6 GE Sozialdienste, BAR 2022b). Für den Bereich der beruflichen Rehabilitation, den LTA, wird beschrieben, dass Sozialdienste „Beratung und Informationen für Menschen mit Behinderungen bei unterschiedlichen Problemstellungen“ erbringen und „zwischen Betrieb, Leistungsträger, Leistungserbringer sowie den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden koordinieren“ (§ 2 Abs. 3 GE Sozialdienste, BAR 2022b). Neben der Begleitung und Beratung der Rehabilitand*innen übernehmen die in den Sozialdiensten Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern insbesondere auch Aufgaben in den Schnittstellen zwischen den verschiedenen am beruflichen Rehabilitationsprozess beteiligten Akteuren. Im Bereich der LTA-Leistungserbringer sind dies im Besonderen auch die Betriebe als Praktikumsorte und künftige Arbeitgebende.

Die Sozialdienste insgesamt unterstützen den gesamten Rehabilitationsprozess und regen bei Bedarf auch weiterführende Rehabilitations- oder Teilhabeleistungen an. Dies erstreckt sich auch auf das Ende der Teilhabeleistungen: „Zum bzw. nach Ende der Leistungen zur Teilhabe arbeiten Sozialdienste auch in dieser Phase zur Sicherung der Teilhabe mit allen am Rehabilitationsgeschehen Beteiligten zusammen (§ 3 Abs. 4, GE Sozialdienste, BAR 2022b). Für den Bereich LTA sind in der „Gemeinsamen Empfehlungen Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (GE Einrichtungen LTA) für die LTA-Einrichtungen explizit „Unterstützungsangebote auch zur Stabilisierung eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses für sechs Monate nach formalem Abschluss der Maßnahme (= Nachbetreuung)“ vorgesehen (§ 10 Abs. 2, GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a). „Die Aktivitäten zur Nachbetreuung unterstützen die Vermittlung in ein Beschäftigungsverhältnis bzw. die Festigung des Beschäftigungsverhältnisses. Sie beinhalten die einzelfallbezogene Begleitung und Unterstützung der Leistungsberechtigten und/oder des Betriebes bei Fragen und Problemen.“ (§ 10 Abs. 3 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a).

Explizit verankert in der GE Sozialdienste ist weiterhin die Empfehlung zum regelmäßigen Austausch und zur Zusammenarbeit zwischen Rehabilitationsträgern und Sozialdiensten. Als Beispiele für die Umsetzung werden wechselseitige Hinweise auf bestehende Angebote, der Aufbau einer effektiven Kommunikationsstruktur mit klaren Ansprechpersonen, Hinweise auf Weiterbildungen, die Auswertung von Rückmeldungen zur Optimierung interner Prozesse sowie die gemeinsame Verbesserung der Beratung für Menschen mit Behinderungen beschrieben (§ 4, GE Sozialdienste, BAR 2022b).

Neben den schon dargestellten Gemeinsamen Empfehlungen lassen sich weitere Hinweise für die Ausgestaltung der Sozialen Arbeit bzw. der Sozialdienste bei den LTA-Leistungserbringern aus der „Gemeinsamen Empfehlung Qualitätssicherung“ (GE Qualitätssicherung) (BAR 2018) ableiten.

„Qualität von Leistungen zur Teilhabe kennzeichnet eine wirksame und bedarfsgerechte, am bio-psycho-sozialen Modell der WHO (ICF) orientierte, fachlich qualifizierte, auf die Erreichung der Teilhabeziele im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ausgerichtete und wirtschaftliche Leistungserbringung“ (§ 2, GE Qualitätssicherung, BAR 2018).

Im Rahmen der Erbringung der LTA sind eine interne und externe Qualitätssicherung und ein Qualitätsmanagement vorgesehen. Dazu gehören auch geeignete Dokumentationsverfahren für die Leistungserbringer. Berücksichtigt werden sollen die *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* (BAR 2018). Zur Beurteilung der Qualität sind auch die Leistungsberechtigten einzubeziehen, z. B. durch systematische Befragungen, um ihre Belange zu berücksichtigen (§ 6, GE Qualitätssicherung, BAR 2018).

Ein zentrales Merkmal der Ergebnisqualität von Rehabilitation ist die *berufliche (Re-)Integration*. Darüber hinaus werden weitere Aspekte genannt, wie das Vorbeugen, Mildern oder Überwinden von Behinderung, Erwerbsminderung und Pflegebedürftigkeit. Der Sozialleistungsbezug soll reduziert oder vermieden

werden. Zudem sollen die persönliche Entwicklung gefördert und die gesellschaftliche Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht werden (§ 11, GE Qualitätssicherung, BAR 2018).

Die Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation der DRV

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses von ANSAB stehen die in der Sozialen Arbeit Tätigen bzw. die Sozialdienste bei den Anbietern von LTA, die diese in Kostenträgerschaft der DRV erbringen. Die *Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation* (LBR) vom 01. Juli 2016 gilt verbindlich für alle Einrichtungen, die berufliche Bildungsleistungen im Auftrag der DRV erbringen. Sie sieht die einzelfallbezogene Dokumentation von LTA vor und wurde im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung entwickelt. Sie dient der Abbildung, Bewertung und Sicherung der Prozessqualität der beruflichen Rehabilitation (DRV Bund 2016: 9). Das Leistungsverzeichnis der LBR besteht aus 13 Kapiteln, die übergeordnete Leistungsgruppen im Prozess der beruflichen Rehabilitation abbilden. Vermerkt ist dabei auch von welchen Berufsgruppen diese erbracht werden können.

Zu den Leistungen, die von der Berufsgruppe „Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen“ ausgeführt werden können, gehören Leistungen in acht der 13 Kapitel:

A Kompetenzdiagnostik, Assessment, Förderplanung

B Leistungen zur beruflichen Orientierung und Berufserkundung

C Qualifizierungsvorbereitende und -unterstützende Bildungsleistungen

K Leistungen zu den Schlüsselkompetenzen

L Leistungen zur Gesundheitskompetenz und fachtherapeutische Leistungen

M Leistungen zur Integrationskompetenz

N Leistungen bei besonderen Funktionseinschränkungen

P Weitere Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (DRV Bund 2016: 11).

Mit dem Instrument der LBR soll nachvollzogen werden, welche Einzelleistungen im Rahmen von LTA erbracht werden, um das Ziel der Teilhabe am Arbeitsleben zu erfüllen. Bisher ist allerdings noch wenig über die Akzeptanz der LBR im Alltag der LTA-Leistungserbringer und der dort Tätigen wie z. B. Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen bekannt und wie diese zu den aktuellen Aufgabenprofilen passen.

Nach der Beschreibung der Befundlage zur Sozialen Arbeit in der beruflichen Reha im vorherigen Kapitel und den rechtlichen Grundlagen, die das For-

schungsprojekt ANSAB rahmen, in diesem Kapitel, geht es im folgenden Unterkapitel um die Ziele und Forschungsfragen des Projekts.

2.3. ZIELSETZUNGEN UND FORSCHUNGSFRAGEN

Mit dem Forschungsprojekt „Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation“ (ANSAB) wurde das Ziel verfolgt, die Aufgaben Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation, die Bildungsleistungen in Kostenträgerschaft der DRV durchführen, und die für deren Erfüllung notwendigen Gelingensbedingungen aus Sicht von *Tätigen in der Sozialen Arbeit* in diesem Bereich zu erforschen. Bei den unterschiedlichen Anbietern dieser Leistungen, den *Leistungserbringern*, sind im Rahmen der LTA, neben anderen Berufsgruppen, auch *Fachkräfte Sozialer Arbeit* tätig (Welti 2015). Um ihre Aufgaben, die sie in den verschiedenen Phasen – vom Aufnahmegespräch der Rehabilitand*innen über die Steuerung des individuellen Förderprozesses und die Abstimmung mit Reha(fach)berater*innen bis hin zur Beratung von Betrieben – erfüllen, dokumentieren und damit auch qualitativ weiterentwickeln zu können, hat diese die DRV ausdrücklich in die „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation (LBR)“ (DRV Bund 2016: 67 ff.) aufgenommen. Dennoch fehlten bislang systematisierende Analysen dazu, wie welche Aufgaben im Bereich Soziale Arbeit bzw. Sozialarbeit und Sozialpädagogik Tätige im Rehabilitationsprozess, insbesondere in den Schnittstellen und biographischen Übergängen der Rehabilitand*innen, in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren und in Kooperation mit den Reha-(Fach)Berater*innen der DRV sowie ggf. dem Fallmanagement der DRV (s. hierzu 2.1) leisten. Des Weiteren interessierte auch, welchen Nutzen Soziale Arbeit aus Sicht von beruflichen Rehabilitand*innen für sie hat und wie sie diese nutzen, denn auch dazu bestanden Forschungsdefizite (s. a. 2.1). Zusammengefasst wurden in ANSAB die folgenden drei Forschungsfragen untersucht:

1. Wie können Fachkräfte Sozialer Arbeit Rehabilitand*innen in deren Rehabilitationsverläufen, insbesondere in biographischen Übergängen und damit auch in *Schnittstellen* zwischen einzelnen Maßnahmen, teilweise auch verschiedenen Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und Rechtskreisen so begleiten und stärken, dass nahtlose und nachhaltige Leistungsketten in Erwerbsarbeit entstehen, und welche Bedeutung haben dabei die Zusammenarbeit mit den Reha(fach)berater*innen bzw. dem Fallmanagement der DRV (Bund/ Regionalträger) und die institutionellen Bedingungen?
2. Mit welchen Gewichtungen bzw. Anteilen üben bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation tätige Fachkräfte Sozialer Arbeit, die in der LBR beschriebenen Aufgaben im beruflichen Rehabilitationsprozess aus und was trägt dabei aus ihrer Sicht zum Gelingen von nahtlosen Rehabilitationsverläufen sowie zu einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration der Rehabilitand*innen bei und wo sehen sie Barrieren?

3. Welchen Nutzen hat Soziale Arbeit für die beruflichen Rehabilitand*innen aus deren Sicht, und mit welchen Strategien nutzen sie Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation?

Mit der Beantwortung dieser drei untersuchungsleitenden Fragen wurden in ANSAB drei Zielsetzungen verfolgt, die alle drei auch erreicht werden konnten, wie im vorliegenden Forschungsbericht erläutert werden wird:

- Erstens wurden mit den Projektergebnissen für die Fachkräfte Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern konkrete Handlungsanregungen gewonnen, damit sie gezielt(er) zur Nahtlosigkeit individueller beruflicher Rehabilitationsverläufe und -prozesse beitragen sowie erfolgreiche Unterstützungsleistungen und Begleitprozesse realisieren können. Wie bereits oben erwähnt, richtete sich dabei ein besonderer Blick auf die Zusammenarbeit mit der DRV in verschiedenen Rollen (Reha(fach)berater*innen bzw. ggf. Fallmanagement) sowie mit Betrieben als Praktikumsgebende und Arbeitgebenden, um die nachhaltige Integration in Erwerbsarbeit zu ermöglichen. Diese Erkenntnisse flossen in Handlungsempfehlungen für die Gestaltung Sozialer Arbeit in LTA zur Optimierung der Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit individueller Rehabilitationsverläufe durch Übergangsbegleitung und Schnittstellenmanagement ein. Perspektivisch sollen diese in eine Praxisempfehlung zur Sozialen Arbeit bei Leistungserbringern von LTA aufgenommen werden.
- Zweitens sollten die erzielten Projektergebnisse auch zu einer Professionalisierung Sozialer Arbeit für den Bereich berufliche Rehabilitation beitragen, denn auf ihrer Grundlage wurden curriculare Bausteine bzw. Lehrveranstaltungsformate für das Studium Sozialer Arbeit bzw. Sozialarbeit/Sozialpädagogik und für Weiterbildungs- bzw. Zusatzqualifikationen für die in der beruflichen Rehabilitation tätigen Fachkräfte Sozialer Arbeit entwickelt. Auf diese Weise soll dieses Tätigkeitsfeld Sozialer Arbeit stärker in entsprechenden Studiengängen berücksichtigt werden, sichtbar werden, und so auch die Fachkräftesicherung (Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer 2019) unterstützen. Die formulierten curricularen Bausteine sind → [hier](#) abrufbar.
- Drittens sollten die erzielten Forschungsergebnisse sowohl bei beruflichen Rehabilitand*innen als auch in der Praxis und Wissenschaft von LTA verbreitet werden. Dazu sollten nicht nur der hier vorgestellte Forschungsbericht und andere Publikationen beitragen (u.a. Ebener-Holscher/Tophoven 2024; Enggruber et al. 2025), sondern es wurde auch ein Wissenschaft-Praxis-Dialog durchgeführt und gezielt für Rehabilitand*innen eine in Leichter Sprache verfasste Broschüre erstellt, um sie in einer selbstbestimmten Nutzung der Sozialen Arbeit in ihrer beruflichen Rehabilitation zu bestärken. Diese Broschüre ist → [hier](#) abrufbar.

Im Folgenden dritten Kapitel richtet sich der Blick auf die theoretischen und methodologischen Zugänge, die zur Beantwortung der drei genannten Forschungsfragen gewählt worden sind.

3. THEORETISCHE UND METHODOLOGISCHE ZUGÄNGE

Im folgenden Kapitel werden die theoretischen und methodologischen Zugänge vorgestellt, die im Forschungsprojekt ANSAB genutzt wurden. ANSAB verfolgt dabei einen partizipativen Forschungsstil, der im folgenden Unterkapitel (3.1) erläutert wird. Zudem wird ein besonderer Fokus auf die Schnittstellen im beruflichen Rehabilitationsprozess gelegt, was unter 3.2 Ausgangspunkte erläutert wird. Mit dem methodologischen Zugang der Nutzer*innenforschung wird die Perspektive der berufliche Rehabilitand*innen als Nutzende Sozialer Arbeit gerahmt (3.3).

3.1. PARTIZIPATIVER FORSCHUNGSSTIL

Insbesondere mit Blick auf die oben genannten drei Zielsetzungen von ANSAB (2.3), in denen die Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Unterstützung der Rehabilitationsverläufe von beruflichen Rehabilitand*innen zentral war, wurde sich für einen *partizipativen Forschungsstil* entschieden (von Unger 2014, 2022; Farin-Glattacker et al. 2020). Dieser Forschungsstil spiegelte sich in der gesamten Projektdurchführung bis hin zu den Forschungsergebnissen wider. Ausgehend von einem Wissenschaftsverständnis, in dem anerkannt wird, dass Forschende mit ihren subjektiven Vorannahmen und spezifischen Fragestellungen ihre Forschungsergebnisse beeinflussen, wurden neben den Wissenschaftler*innen auch Personen, die von den Forschungsergebnissen in ihrem Leben betroffen⁵ sind – also hier berufliche Rehabilitand*innen – nicht nur befragt, sondern aktiv an der Forschung beteiligt. So konnten die Rehabilitand*innen systematisch ihre lebensweltliche Expertise in die Erkenntnisgewinnung einbringen. *Erkenntnistheoretisch* verstanden konnten mit diesem mehrperspektivischen Zugang Forschungsergebnisse erwartet werden, die aussagekräftiger und zudem anwendungsbezogener sind, sodass diese auch auf eine breitere Akzeptanz bei ihrer Einführung in die Praxis stoßen (Kollewe 2023; Enggruber et al. 2025).

⁵ Zur Frage, wer in seinem Leben von den jeweiligen Forschungsergebnissen betroffen ist, gibt es in der Fachliteratur unterschiedliche Auffassungen: Während Farin-Glattacker et al. (2014: 7 f.) darauf verweisen, dass „Betroffene“ vor allem Personen seien, die medizinische oder soziale Leistungen erhalten, fassen Farin-Glattacker et al. (2020: 80) den Begriff weiter und beziehen ihn auch auf Fachkräfte wie Therapeut*innen z. B. im Rahmen von Evaluationsstudien oder auf die „indirekt betroffene regionale Allgemeinbevölkerung“. In ANSAB wurde das engere Verständnis zugrunde gelegt, sodass berufliche Rehabilitand*innen einbezogen wurden.

So sollte auch die geplante Broschüre in Leichter Sprache für berufliche Rehabilitand*innen attraktiver gestaltet werden. Des Weiteren wirkten sowohl demokratiethoretisch als auch mit dem Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX begründet (Egbringhoff/Meyer-Feil 2023) Rehabilitand*innen mit, um ihnen *Mitsprache* zu ermöglichen und ihre ‚Stimme‘ in die Fachdebatten zu Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation einzubringen. Sie sollten *befähigt* bzw. *ermächtigt* werden, ihre Lebensverhältnisse aktiv mitzugestalten (z. B. Bergold/Thomas 2020). Grundsätzlich wird also mit einem partizipativen Forschungsstil eine *doppelte Zielsetzung* verfolgt, denn er dient sowohl dem *besseren Verstehen* der Menschen und damit der *Erkenntnisgewinnung* als auch deren *Befähigung* (von Unger 2014).

Farin-Glattacker et al. (2014: 6) stellen heraus, dass es notwendig sei, unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen der Forschung den Grad der Beteiligung festzulegen. Bereits bei der Planung und Umsetzung von Forschung(sprojekten) sollten partizipative Elemente mitgedacht werden. Denn es bedürfe eines sinnvollen Ausmaßes der Betroffenenpartizipation, bei der Wissen und Kompetenzen der Betroffenen wertgeschätzt würden. Um für ANSAB zu klären, wie berufliche Rehabilitand*innen im Projektverlauf beteiligt werden können, wurde auf die folgende Matrix von Farin-Glattacker et al. (ebd.) zurückgegriffen (Tab. 1). Darin werden unterschiedliche Arten der Beteiligung den verschiedenen Phasen eines Forschungsprozesses zugeordnet und jeweils erläutert. Diese Beteiligungsarten reichen von „keine Beteiligung“, über „Beratung“, „Mitwirkung [... aber noch nicht gleichberechtigt]“ bis hin zu gleichberechtigter „Zusammenarbeit“ und „Steuerung (Initiative durch die Betroffenen)“ (ebd., s. Tab. 1).

Tab. 1: Mögliche Beteiligung Betroffener an Forschung

	keine	Beratung	Mitwirkung	Zusammenarbeit	Steuerung
Bestimmung des Forschungsbedarfs	Betroffene sind nicht einbezogen	Betroffene nehmen beratend teil	Betroffene nehmen als Expert*innen teil	Gleichberechtigte Abstimmung zwischen Betroffenen und Forschenden bzw. Förderung	Betroffene schreiben ein Forschungsprogramm
Planung und Antragsstellung	Betroffene sind nicht einbezogen	Betroffene werden um Durchsicht und Kommentierung gebeten	Betroffene wirken zumindest teilweise an der Erstellung von Unterlagen mit	Betroffene und Forschende planen gemeinsam	Betroffene planen, Forschende arbeiten zu
Begutachtung und Förderung	Betroffene sind nicht einbezogen	Betroffene nehmen beratend an Sitzungen zur Begutachtung teil	Betroffene nehmen Stellung zu Anträgen oder haben ein Stimmrecht bei Entscheidungen	Paritätische Besetzung von Begutachtungsgremien mit Betroffenen und Forschenden	Betroffene treffen Entscheidungen, ggf. unter Einbezug von Forschenden
Durchführung	Betroffene sind nicht einbezogen	Betroffene wirken beratend im Projektbeirat mit	Betroffene wirken bei bestimmten Aufgaben mit	Betroffene wirken gleichberechtigt oder eigenständig an einzelnen Projektaufgaben mit (z. B. Erhebungen, Interpretationen)	Betroffene beauftragen Personen zur Durchführung (evtl. Betroffene, selbst betroffene Forschende, Forschende)
Publikation und Umsetzung	Betroffene sind nicht einbezogen	Betroffene werden um Durchsicht und Kommentierung von Publikationen gebeten	Betroffene wirken mit an der Erstellung von Publikationen zu Forschungsergebnissen	Forschende und Betroffene erstellen Publikationen von Forschungsergebnissen gemeinsam	Betroffene entscheiden über die Publikation der Forschungsergebnisse

Eigene Darstellung in Anlehnung an Farin-Glattacker et al. 2014: 6.

3.2. SCHNITTSTELLEN IM BERUFLICHEN REHABILITATIONSPROZESS

Mit Blick auf die Forschungsfrage (1), dargestellt unter 2.3, wird an dieser Stelle in Ergänzung zum rechtlichen Hintergrund (2.2) auch ein analytischer Rahmen aufgezeigt. Das System der Rehabilitation und im Besonderen das System der beruflichen Rehabilitation zeichnet sich durch eine hohe Komplexität und eine Vielzahl von Schnittstellen aus, was im Forschungsprojekt zu berücksichtigen war.

Das hohe Maß an Differenzierung im deutschen Sozialstaat erfordert bei komplexeren individuellen Problemlagen die Berücksichtigung verschiedener Akteure und Institutionen, um zu Lösungen beizutragen (Stöbe-Blossey et al. 2021). Schnittstellen entstehen dann, „wenn Menschen in sozialen Risikosituationen unterschiedliche Hilfen benötigen“ (Stöbe-Blossey et al. 2021: 1). Die verschiedenen Felder, denen die unterschiedlichen Akteure zugeordnet sind, die miteinander agieren, unterliegen dabei möglicherweise ungleichen gesetzlichen wie auch organisationalen Vorgaben, die das jeweilige Handeln strukturieren (ebd.: 5). Der Bereich der beruflichen Rehabilitation wird über verschiedene Sozialgesetzbücher, unterschiedliche Kostenträger und Leistungserbringer bestimmt. Das SGB IX, in welchem unter anderem die LTA in § 49 verankert sind, trifft in diesem Feld auf weitere sozialrechtliche Regelungen der Kostenträger, so zum Beispiel die der DRV im SGB VI. Weiterhin setzt sich die DRV aus 16 verschiedenen Trägern zusammen. Hier ergeben sich auch regionale Unterschiede in der „organisatorischen Ausgestaltung“ (Trinks 2018: 32).

„Darüber hinaus gibt es im Feld der beruflichen Rehabilitation ein breites Spektrum an intermediären Organisationen, wie die Arbeitsgemeinschaften von Rehabilitationsträgern, z. B. die BAR, aber auch Verbände von Leistungserbringern und Versicherten als Interessenvertretung sowie die einzelnen Leistungserbringer wie z. B. Berufsförderungswerke“ (Stöbe-Blossey et al. 2021: 8).

Durch die rechtliche Umsetzung von Leistungen, wozu Klärung der Finanzierung, Planung und Bewilligung gehören, die nicht ausschließlich im SGB IX verankert sind, kommt es auch zu Zuweisungen von Aufgaben an Akteure aus anderen Politikfeldern, z. B. SGB II. Bei steigender Komplexität von individuellen Lebenslagen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass „sozialpolitische Interventionen aus unterschiedlichen Feldern und Ebenen benötigt werden und dass die handelnden Akteure sowohl die Ziele als auch die Handlungspotenziale unterschiedlicher Politikfelder beachten müssen“ (ebd.). Somit entstehen Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Akteuren aus verschiedenen Rechtskreisen und Politikfeldern und auf verschiedenen Ebenen.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation muss der Blick zudem auf entstehende Schnittstellen gerichtet werden, die durch individuelle Übergänge zwischen Leistungsgruppen, also beispielsweise dem Übergang von medizinischer in berufliche Rehabilitation, entstehen, sowie jenen, die in den verschiedenen Phasen und Maßnahmen innerhalb des beruflichen Rehabilitationsprozesses entstehen (Seel 2022: 133). Sehr relevant im beruflichen Rehabilitationsprozess, aber bislang erst wenig beachtet, ist zusätzlich außerdem die Schnittstelle zu Betrieben als Praxispartner und künftigen Arbeitgebenden (Jahn/Reims 2021; Ebener-Holscher/Tophoven 2024).

Mühlum/Gödecker-Geenen (2003) haben bereits das Spannungsfeld aufgezeigt, indem sich Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in ihrer Tätigkeit im Feld der Rehabilitation bewegen, um ihren verschiedenen Rollenanforderungen in der Begleitung von Rehabilitand*innen gerecht zu werden. Mit Blick auf die Komplexität durch den vorgegebenen sozialstaatlichen Rahmen und die aufgezeigten Schnittstellen in diesem, wird dieses Spannungsfeld nochmals erweitert. Problematisiert werden muss, dass in diesem differenzierten System an allen zu bewältigen Schnittstellen auch Schnittstellenprobleme entstehen können. Schnittstellenprobleme bedeuten für die beruflichen Rehabilitand*innen mögliche Unterbrechungen oder Lücken in ihrem Rehabilitationsprozess (Stöbe-Blossey et al. 2019: 754). Zu vermuten ist, dass die Bearbeitung von Schnittstellen eine besondere Relevanz in den Aufgaben Sozialer Arbeit hat, durch ihre Allzuständigkeit und ihre ganzheitliche Perspektive, und die Bearbeitung solcher Schnittstellen ist auch unmittelbar mit dem Gelingen beruflicher Rehabilitationsprozesse verknüpft.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle am Prozess Beteiligten das Ziel einer gelingenden, erfolgreichen Rehabilitation haben.

„Dabei hat das Ziel durchaus mehrere Facetten: bestmögliche Teilhabe für den Menschen mit Beeinträchtigung erreichen und nachhaltig sichern, die finanziellen Mittel erfolgreich einsetzen, eine gute Maßnahme-Qualität erbringen“ (BAR 2019: 4).

So können sich neben Schnittstellenproblemen möglicherweise auch Zielkonflikte ergeben, die das Gelingen von beruflichen Rehabilitationsprozessen beeinträchtigen können.

3.3. NUTZER*INNENFORSCHUNG

Um den Qualitätsanforderungen in der beruflichen Rehabilitation gerecht zu werden, ist auch die Soziale Arbeit gefordert, sich an vorgegeben Standards zu orientieren, ihr Vorgehen und ihre Ergebnisse zu dokumentieren und damit entsprechend zu evaluieren. Doch werfen solche *Evaluationen* im Kontext eines Forschungsprojektes wie dem hiesigen kontrovers zu diskutierende Fragen auf. So sieht Stockmann (2007: 29) Evaluationsforschung grundsätzlich

in einem „Spannungsverhältnis zwischen Wissenschaftlichkeit und Nützlichkeit“, weil letztlich entscheidend ist, wer bestimmt, welche Standards einzuhalten und welches Qualitätsverständnis damit zu überprüfen ist und für wen die Evaluationsergebnisse nützlich sind. Auch vor dem Hintergrund der partizipativen Ausrichtung von ANSAB (s. 3.1), die aus erkenntnis- und demokratietheoretischen Gründen von der Forschung Betroffene, also berufliche Rehabilitand*innen, zu Wort kommen ließ, fiel die Entscheidung auf die sozialpädagogische Nutzer*innenforschung (Oelerich/Schaarschuch 2005)⁶ als methodologische Basis zur Evaluation Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation.

Denn dieser liegt eine subjektorientierte Forschungsperspektive zugrunde, die eine „Gestaltung der Lebensverhältnisse durch die Subjekte selbst“ in den Blick nimmt (Oelerich/Schaarschuch 2013: 85). Eingebettet in das neue dienstleistungstheoretische Paradigma, fokussiert die sozialpädagogische Nutzer*innenforschung radikal die Perspektive der Nutzer*innen im Dienstleistungsprozess (Schaarschuch/Oelerich 2005: 10). Die sozialpädagogische Nutzer*innenforschung konzipiert, aus einer Aneignungstheoretisch fundierten Perspektive die Nutzer*innen als aktive Subjekte, die „ihr Leben, ihr Verhalten, ihre Gesundheit, ihre Bildung unhintergebar aktiv produzieren, d. h. aneignen (müssen) und somit realiter die *Produzenten* sind“ (Schaarschuch/Oelerich 2005: 11). Den Professionellen wird im Hinblick auf diesen Aneignungsprozess lediglich die Rolle der Ko-Produzent*innen zugeschrieben (ebd.). Professionelles Handeln kann somit zwar die durch das Subjekt erfolgenden Aneignungsprozesse unterstützen, anregen, initiieren und ggf. auch konterkarieren, aber nicht vollziehen (Schaarschuch/Oelerich 2020: 16). Im Mittelpunkt der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung stehen die Fragen, *welche* Aspekte des professionellen Handelns sich aus der Nutzer*innenperspektive in Bezug auf die sich ihnen stellenden Aufgaben der Lebensführung als nutzenbringend erweisen und *wie* diese von den Nutzer*innen in Anspruch genommen werden (Schaarschuch/Oelerich 2005: 16).

Der Nutzen personenbezogener sozialer Dienstleistungen wird definiert als „die Gebrauchswerthaltigkeit professioneller Tätigkeiten im Hinblick auf die produktive Auseinandersetzung mit den Anforderungen, die sich für die Nutzer*innen aus den sich ihnen stellenden Aufgaben der Lebensführung ergeben (Oelerich/Schaarschuch 2005: 81). Das bedeutet, dass sich der Nutzen der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen immer aus der Perspektive und den jeweiligen Kriterien und Relevanzsetzungen derjenigen definiert, die diese Dienstleistungen in Anspruch nehmen (Oelerich/Schaarschuch 2013: 87). Da der Nutzen Sozialer Arbeit nie abstrakt, sondern immer aus der Perspektive der Nutzer*innen bestimmt wird, kann sich dieser von vorgegebenen institutionellen und externen Zielstellungen unterscheiden (van Rießen 2016: 83). Obwohl das Erkenntnisinteresse vor allem in der Rekonstruktion eines (möglichen) Nutzens und der Analyse der Nutzungsprozesse liegt, wird in der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung auch berück-

⁶ Schaarschuch/Oelerich (2005) benutzen den Terminus der „sozialpädagogischen Nutzerforschung“ als theoretische Begrifflichkeit. Um den Anspruch einer geschlechtergerechten Sprache zu gewähren, wird in diesem Bericht die geschlechterneutrale Formulierung „Nutzer*innenforschung“ verwendet, die alle Personen abbildet.

sichtigt, dass sozialpädagogische Angebote nicht notwendigerweise eine Gebrauchswertigkeit für ihre Nutzer*innen darstellen und, im Gegenteil, sogar zu einer Schädigung der Nutzer*innen beitragen können (ebd.: 89).

Eine Nutzungsstrategie dient den Nutzer*innen dazu, unerwünschte (oder irrelevante) Aspekte eines Angebots zu umgehen, bei der gleichzeitigen Inanspruchnahme erwünschter Aspekte (Dolić/Schaarschuch 2005: 115). Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Nutzer*innen mit den Widersprüchen, die sich grundsätzlich in der Struktur der Angebote Sozialer Arbeit begründen, auseinandersetzen (Jepkens 2020: 145). Neben der „systematische[n] Erfassung des Nutzens wie der Nutzungsprozesse in den konkreten Interaktionen wie Arrangements“ (Oelerich/Schaarschuch 2013: 89) innerhalb des Erbringungsverhältnisses, werden durch den Erbringungskontext in der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung auch der Einfluss organisationaler und institutioneller Bedingungen auf den Nutzen (bzw. Nicht-Nutzen) sowie die Nutzung betrachtet. Zudem stellt die Perspektive der Nutzer*innen keine Wirklichkeit an sich dar, sondern eine subjektive Realität, die in gesellschaftliche Verhältnisse eingebettet ist. Erst aus dem Kontext der gesellschaftlichen Gegebenheiten, die sowohl auf das Erbringungsverhältnis als auch den Erbringungskontext übergreifen, lässt sich für die Nutzer*innen der Nutzen der Angebote Sozialer Arbeit ableiten.

Wie bereits einführend herausgestellt, wurde in ANSAB, methodologisch gestützt auf die sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung, danach gefragt, *welchen Nutzen* Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation für berufliche Rehabilitand*innen hat und mit *welchen Strategien* sie Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Als Erhebungsmethode bot sich dafür das episodische Interview von Flick (2011) besonders an, da dieses zwischen begrifflich-semantischem Wissen und einem damit verbundenen episodisch-narrativen Wissen, das in erlebten Alltagssituationen erworben und als erinnerte Episode erzählt werden kann, unterscheidet (Flick 2011: 273). Das episodische Interview bleibt damit einerseits thematisch-begrifflich fokussiert, andererseits offen für Erzählungen konkret erlebter Situationen sowie Beschreibungen typischer Situationen, in denen ein begrifflich fassbares Konzept wie *Nutzen Sozialer Arbeit* Bedeutung erlangt (s. weiterführend 4.4).

4. FORSCHUNGS-METHODISCHE ZUGÄNGE

Das Forschungsprojekt ANSAB hat unter Anwendung eines partizipativen Forschungsstils Antworten auf verschiedene Fragestellungen gefunden. Zur Untersuchung der verschiedenen Forschungsfragen wurden unterschiedliche forschungsmethodische Zugänge gewählt, die im Folgenden vorgestellt werden. So entstand ein gemischt-methodisches Forschungsdesign. Die genutzten Zugänge werden im Folgenden kurz vorgestellt.

4.1. FOKUSGRUPPEN-INTERVIEWS

Fokusgruppeninterviews bzw. *fokussierte Interviews* eignen sich als eine mögliche Methode besonders im ersten Abschnitt eines Forschungsvorhabens, da der Forschungsgegenstand gebündelt von mehreren Personen, auch im Austausch miteinander, ausgeleuchtet werden kann (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 171 f.). Durch gegenseitige Impulse können sich Aspekte ergeben, die in Einzelinterviews von den Interviewten möglicherweise vergessen würden (ebd.: 173). Im Zentrum eines Fokusgruppeninterviews steht eine konkrete, von allen befragten Personen erlebte soziale Situation. Dabei steht „insbesondere [...] das Erleben und Empfinden und die persönliche Wahrnehmung und Einschätzung dieser Situation“ (ebd.) im Fokus. Durch den Zugang zum Forschungsgegenstand innerhalb des Fokusgruppeninterviews durch verschiedene Berufsgruppen können neue Erkenntnisse gewonnen werden (ebd.).

In den zwei 2022 in ANSAB durchgeführten Fokusgruppeninterviews wurde der Frage nachgegangen, wie Soziale Arbeit individuelle Rehabilitationsverläufe besonders in den Übergängen zwischen verschiedenen Maßnahmen, teilweise auch Leistungserbringern und Kostenträgern sowie Betrieben, so unterstützen kann, dass nahtlose Leistungsketten mit dem Ziel der nachhaltigen Reintegration in Erwerbsarbeit gelingen können. Ferner lag der Fokus der Interviews auf der Rolle der in der Sozialen Arbeit Tätigen in diesem Prozess, ihren Aufgaben sowie ihrem Beitrag mit Blick auf Gelingensbedingungen der Übergänge in den Schnittstellen, insbesondere in Kooperation mit Reha-Berater*innen der DRV und Betrieben. Um kollektive Wissensbestände (Schulz 2012: 12) zu erschließen, die sich auf Abstimmungen und Kooperationen zwischen verschiedenen Personen- bzw. Berufsgruppen beziehen, werden Fokusgruppeninterviews als besonders leistungsfähig erachtet. Deshalb

fiel die Entscheidung auf diese Erhebungsmethode. Denn damit konnte davon ausgegangen werden, aussagekräftige qualitative Daten zu gewinnen, die – ebenso wie die Erkenntnisse aus den Expert*inneninterviews (s. 4.2) – im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts ANSAB als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens der standardisierten quantitativen Onlinebefragung von in der Sozialen Arbeit bei Leistungserbringern Tätigen genutzt werden konnten. Vor allem vor dem Hintergrund der triangulativen Verbindung der Ergebnisse aus den Fokusgruppen- mit jenen der vier Expert*inneninterviews wurden zwei Fokusgruppeninterviews als ausreichender explorativer Zugang angesehen. Sie wurden in zwei ausgewählten Regionen Deutschlands durchgeführt.

Bei dem Fokusgruppeninterview im Rheinland gab es insgesamt vier Interviewteilnehmende, darunter waren ein Reha-Berater der DRV, eine Leitungskraft sowie zwei Sozialarbeiterinnen verschiedener Leistungserbringer im Bereich LTA. Eine Interviewteilnehmende mit betrieblicher Perspektive hatte den Termin am Tag des Interviews abgesagt. Eine Ersatzperson konnte so kurzfristig nicht mehr kontaktiert werden. An dem Fokusgruppeninterview in Bayern-Süd nahmen sieben Personen teil, darunter zwei Reha-Berater*innen, eine Leitungskraft sowie drei Sozialarbeiterinnen verschiedener LTA-Leistungserbringer sowie eine Person aus einem großen Betrieb, der über Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation verfügt. Da lediglich eine betriebliche Perspektive aus einem großen Unternehmen vertreten war, kann anhand der Ergebnisse nicht abgeleitet werden, ob die Bearbeitung der Schnittstellen und Übergänge auch mit kleinen Betrieben ähnlich abläuft, wenn es zum Beispiel keine Betriebsärzt*innen, Gesundheitscoaches o. Ä. gibt.

Die zwei Fokusgruppeninterviews erfolgten mithilfe eines Leitfadens, welcher eine höhere Steuerungsfunktion hatte als in den durchgeführten Expert*inneninterviews (vgl. 4.2), da der Fokus der Interviews möglichst tiefgründig und genau ausgelotet werden sollte. Sollten die Interviewten den Fokus des Interviews verlassen, war es „die Aufgabe des Interviewers, sie wieder zum Fokus zurückzuführen“ (ebd.: 174). Jedoch sollte auch im Rahmen des Fokusgruppeninterviews ein möglichst offenes Setting zum Erzählen gewährleistet werden, d. h. es galt hier „offen zu strukturieren“ (Kruse 2014: 216).

Die Fokusgruppeninterviews wurden mit einem kurzen inhaltlichen Input, dem Einstiegsstimulus (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 176), zu den für die Soziale Arbeit relevanten Leistungsbereichen aus der LBR (DRV Bund 2016) eröffnet, um dann mit folgender offener Frage die Diskussion anzuregen: „Welche Aufgaben übernimmt Soziale Arbeit aus Ihrer Sicht im Prozess der beruflichen Rehabilitation?“ Und „Wie gelingt es in der Praxis, im Bereich Soziale Arbeit tätigen Personen, die Vielzahl der unterschiedlichen in der LBR enthaltenen Leistungen zu erbringen?“. Weiterhin orientierte sich der Verlauf der Interviews an den Themenbereichen *Gewichtung von Leistungen der Sozialen Arbeit in der Praxis*, *Gelingsbedingungen beruflicher Rehabilitation* sowie *Relevanz von Schnittstellen*. Diese Themenbereiche konnten im Hinblick auf die Forschungsfragen, welche sich auf Kooperation und Abstimmung zwischen den Personen- und Arbeitsgruppen beziehen, im Modus des Fokusgrup-

peninterviews umfassend ausgeleuchtet werden. Weitere immanente Steuerungsfragen wurden dann gestellt, wenn das Gespräch ins Stocken geriet.

In den Fokusgruppeninterviews wurden zwar unterschiedliche Perspektiven auf die angesprochenen Themen deutlich, aber zu inhaltlichen Meinungsverschiedenheiten aufgrund der teils unterschiedlichen Schwerpunkte in der Arbeit der verschiedenen Akteure kam es kaum. Dies könnte als Hinweis für die Haltungen innerhalb der Vertreter*innen der jeweiligen Berufsgruppen verstanden werden, da diese auch im Berufsalltag auf eine reibungslose Kommunikation und Arbeitsabläufe untereinander angewiesen sind (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 182).

Die Auswertung der Fokusgruppeninterviews erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory. Dabei werden „Phänomene“ (Strauss/Corbin 1996: 45), die aus den Aussagen und Daten des Rohmaterials gewonnen werden, im Verlauf der Auswertung zu Konzepten verdichtet (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 254). Dieses „Offene Kodieren“ (Strauss/Corbin 1996: 39 ff.), also das Entwickeln von Konzepten, ist dabei wesentlicher Bestandteil. Weiterhin werden auftretende *Phänomene* einer konzeptuellen Bezeichnung bzw. „Subkategorie“ (ebd.) zugewiesen und diese wiederum einer übergeordneten Kategorie (ebd.). Diese Kategorien werden zur Auswertung miteinander verglichen, verwoben und in Schlüsselkategorien zusammengeführt, was als „axiales Kodieren“ (ebd.: 76 ff.) bezeichnet wird. Bei dem „selektiven Kodieren“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 266) werden schließlich die Konzepte und Phänomene kodiert, die für die Schlüsselkategorien relevant sind, um die Theorie weiterzuentwickeln. Der Fokus liegt somit auf dem, was sich als „Kern der Theorie“ (ebd.: 267) herauszubilden scheint.

Um „Dichte und Präzision“ (Strauss/Corbin 1996: 78) in der in ANSAB gebildeten Grounded Theory zu gewährleisten, wurde für die Auswertung der Interviews außerdem auf die Verwendung des paradigmatischen Modells nach Strauss/Corbin (1996: 78 ff.) zurückgegriffen. Hierbei werden die Phänomene, deren ursächlichen und intervenierenden Bedingungen, deren Kontext, die Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen der Kategorien und Subkategorien in Beziehung zueinander gesetzt (ebd.).

4.2. EXPERT*INNEN-INTERVIEWS

Um Soziale Arbeit in ihrer Schnittstellenfunktion und damit auch in ihrer Kooperation mit dem Fallmanagement der DRV analysieren zu können, wurden in ANSAB vier Expert*inneninterviews (Bogner et al. 2014) mit Reha-Berater*innen der DRV geführt, die über Erfahrungen zum Fallmanagement in Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit im Bereich LTA bei Leistungserbringern verfügten. Die Expert*innen waren in vier für das Fallmanagement besonders ausgewiesenen Regionen tätig, von denen drei in der Literatur zum Fallmanagement

ausdrücklich als "Praxisbeispiele aus der Rentenversicherung" (Erbstößer et al. 2020: 95 f.) erwähnt wurden. Eine weitere Region wurde aus den Modellprojekten im Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ in einer der beiden Projektregionen ausgewählt; hier das Projekt „Return to Learn – ELAN“ in der Region Bayern (ELAN) (Zapfel et al. 2024). Die Akquise der Interviewpartner*innen erfolgte mittels einer Online-Recherche, in der geeignete Ansprechpersonen der DRV ausfindig gemacht wurden, die den Kontakt zu Expert*innen herstellen konnten. In allen vier Modellregionen (DRV Braunschweig-Hannover, DRV Westfalen, DRV Nord und dem Projekt „ELAN“ in der Region Bayern-Nord) konnten so Expert*innen für das Forschungsprojekt gewonnen werden.

*Expert*inneninterviews* orientieren sich an den allgemeinen Prinzipien leitfadengestützter Interviews. Dennoch weisen sie durch die mit dem Status und der gesellschaftlichen Funktion von ‚Expert*innen‘ einhergehenden spezifischen Beziehungen zwischen Interviewenden und Expert*innen sowie der Erhebung von ‚Expert*innenwissen‘ Unterschiede zu Leitfadeninterviews auf (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 154). Der Expert*innenstatus der befragten Interviewpartner*innen resultiert aus einem spezifischen Rollenwissen (hier: die Arbeit als Reha-Berater*in der DRV), welches ihnen sowohl von außen zugeschrieben, aber auch als besondere Kompetenz von ihnen selbst beansprucht wird (ebd. 2021: 155). Die Erhebung der Expert*inneninterviews erfolgte im Zeitraum von Mai bis Juli 2022 und fand in Räumlichkeiten am Arbeitsplatz der Interviewpartner*innen statt, die für das Expert*inneninterview zur Verfügung gestellt wurden. Die Interviewdauer variierte von 40 bis 59 Minuten. Dabei wurde ein Leitfaden genutzt, der sich auf untersuchungsleitende Themen und Stichpunkte stützte. So konnte einerseits die nötige Offenheit im Rahmen der Expert*inneninterviews mit Reha-Berater*innen der DRV gewährleistet werden. Andererseits konnten die Interviewer*innen dadurch gestaltend Einfluss auf den Interviewverlauf nehmen, indem beispielsweise Antworten der Befragten durch gezielte Nachfragen vertieft wurden.

Der Einstieg in die Expert*inneninterviews erfolgte mit einer kurzen Vorstellung der Interviewenden und Klärung des zugrunde liegenden Verständnisses in ANSAB von in der Sozialen Arbeit Tätigen, d. h. es sind diejenigen, die im Sinne der LBR bei Leistungserbringern im Bereich LTA in der Sozialen Arbeit tätig sind. Es folgte als Einstiegsfrage: „Welche Aufgaben übernimmt Soziale Arbeit zur individuellen Steuerung des Rehabilitationsprozesses, insbesondere in den Übergängen zwischen verschiedenen Maßnahmen/Einrichtungen/Betrieben/Kostenträgern, und wie sieht das Schnittstellenmanagement aus?“ Diese offene Formulierung ermöglichte es den Expert*innen, einen eigenen thematischen Fokus im Bereich *Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation* zu setzen und dabei auf ein breites Spektrum an unterschiedlichen Themen (z. B. Aufgaben, Schnittstellen) einzugehen. Direkt zu Beginn wurde somit eine entspannte Atmosphäre geschaffen, die die Selbstläufigkeit des Gesprächs unterstützte. Daneben wurde die Expert*innenrolle der Befragten durch die Einstiegsfrage, welche auf deren Wissen über die Schnittstellen und Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen abzielte, gestärkt. Zugleich konnten auch die Interviewenden

ihr Fachwissen kommunizieren, um mit den Expert*innen „auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren“ (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021: 163). Der Leitfaden strukturierte sich anhand der Themenbereiche *Aufgaben Sozialer Arbeit, Schnittstellen Sozialer Arbeit, Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen und Gelingensbedingungen Sozialer Arbeit*.

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials, der transkribierten Expert*inneninterviews, erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse. Inhaltsanalytisches Vorgehen ist systematisch, regelgeleitet und durch Gegenstandsbezug gekennzeichnet (Mayring 2022: 49 ff.). Dabei ist das Auswertungsinstrument der *Kategorienbildung* relevant. Grundsätzlich wird zwischen *deduktiver*, also theoriebasierter, und *induktiver*, am Material abgeleiteter Vorgehensweise unterschieden (Kuckartz 2018: 73). Zunächst wurde ein erstes Oberkategorien-system (OK) *deduktiv*, angelehnt an Mayring (2022), auf Basis der untersuchungsleitenden Fragestellungen sowie des Leitfadens gewonnen. Ferner wurden durch ein *induktives* Vorgehen nach Kuckartz (2018) die von den Befragten als wichtig erachteten Inhalte als zentrale und interessierende Elemente der qualitativen Untersuchung berücksichtigt, indem daraus Unterkategorien (UK) sowie eventuell weitere Oberkategorien gebildet wurden. Dies ist durch die Konzeption der leitfadengestützten Interviews begründet, welche flexible Antwortmöglichkeiten durch die Interviewten ermöglicht. Durch eine allein deduktive Kategorienbildung wären von den Expert*innen benannte relevante Aspekte und Kategorien möglicherweise vernachlässigt worden. Das Material wurde den so *deduktiv* und *induktiv* gebildeten Kategorien zugeordnet (Kuckartz 2018: 25). Reliabilität als Gütekriterium der Inhaltsanalyse wurde gewährleistet, indem zwei Kodierende die Kodierung einzeln und voneinander unabhängig durchgeführt haben, um Ungenauigkeiten darin zu bestimmen und diese im nächsten Schritt zu analysieren und, wenn nötig, aufzulösen (ebd.: 118 ff.). Die Erkenntnisse, welche in den Expert*inneninterviews gewonnen wurden, wurden ebenso wie jene aus den Fokusgruppeninterviews als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens der quantitativen Online-Befragung genutzt.

4.3. NARRATIVE INTERVIEWS MIT BERUFLICHEN REHABILITAND*INNEN AUS DEM PROJEKTBEIRAT

Wie bereits erläutert zeichnete sich ANSAB durch einen partizipativen Forschungsstil aus. Deshalb waren berufliche Rehabilitand*innen – der Systematik der verschiedenen Beteiligungsformen von Farin-Glattacker et al. (2014: 6, Tab. 1) folgend – mehrheitlich im Projektbeirat vertreten, um dort beratend ihre Expertise, die sie im Laufe ihres Rehabilitationsprozesses gewonnen hatten, einzubringen. Auf diese Mitwirkung in dem ihnen unbekanntem und für sie deshalb auch unvertrauten Forschungsprojekt mit dem Projektbeirat wurden sie bei einem Treffen gezielt vorbereitet, auch damit sie zu einer regen Beteiligung angeregt und ermutigt werden. In der Folge zeigte sich bereits in der ersten Beiratssitzung, dass die für solche Sitzungen übliche Dauer von zwei bis drei Stunden nicht ausreichte, um die breite, erfahrungsbasiert gewonnene Expertise der beruflichen Rehabilitand*innen aufnehmen und berücksichtigen zu können. Deshalb wurde entschieden, mit ihnen zusätzlich *narrative Interviews* zu führen, denn sie ermöglichen „eine in Inhalt und Form selbst gestaltete und selbstläufige Erzählung“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021: 118). Auf diese Weise konnten die beruflichen Rehabilitand*innen selbstbestimmt und ohne Fremdsteuerung aus dem ‚Stegreif‘ (ebd.: 108) ihre Erfahrungen aus ihrem Rehabilitationsprozess erzählen.

Im Frühjahr 2022 wurden sechs narrative Interviews mit beruflichen Rehabilitand*innen aus dem Projektbeirat geführt. Den forschungsmethodischen Vorgaben von Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021: 114 ff.) folgend wurden die Rehabilitand*innen zunächst offen danach gefragt, wie ihr Rehabilitationsprozess verlaufen sei und welche Erfahrungen sie damit gemacht hätten. Auf diese Weise wurden ausführliche Erzählungen angeregt, die selbstläufig waren und erst dann durch *immanente* Nachfragen wie „Können Sie das nochmal ausführlicher schildern?“ weiter angeregt wurden, wenn der Erzählfluss zum individuellen Rehabilitationsverlauf ins Stocken geriet und einzelne „Erzählzapfen“ (ebd.: 115) aufgegriffen wurden. Ein besonderes Augenmerk richtete sich bei diesen Nachfragen auf die Schnittstellen bzw. Übergänge im Rehabilitationsprozess und die Bedeutung des Sozialdienstes oder von in der Sozialen Arbeit Tätigen darin. Sofern die Befragten in ihren Erzählungen nicht auf den Stellenwert Sozialer Arbeit eingegangen waren, wurden sie dazu in der letzten Phase des Interviews gezielt und damit *exmanent* befragt, weil die Aufgaben Sozialer Arbeit im Rehabilitationsprozess im Zentrum von ANSAB stehen (ebd.: 116).

Ebenso wie bei den transkribierten Expert*inneninterviews erfolgte auch bei den narrativen Interviews die Datenauswertung mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, so wie diese von Mayring (2022) und Kuckartz (2018) beschrieben

wird. Dementsprechend wurden die Interviewtranskripte mit den *deduktiv* und *induktiv* gebildeten Kategorien ausgewertet (Kuckartz 2018: 25). Reliabilität als Gütekriterium der Inhaltsanalyse wurde ebenfalls wieder dadurch gewährleistet, dass zwei Kodierende einzeln und voneinander unabhängig gearbeitet haben, um Ungenauigkeiten im Kodierungsprozess zu bestimmen, diese im nächsten Schritt zu analysieren und, wenn nötig, aufzulösen (ebd.: 118 ff.).

Die so erzielten Forschungsergebnisse der narrativen Interviews wurden mit jenen aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews verglichen und gegenübergestellt, um durch die Erfahrungsexpertise der beruflichen Rehabilitand*innen im Projektbeirat systematisch aus mehreren Perspektiven den Forschungsgegenstand von ANSAB und damit die Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation zu beleuchten.

4.4. EPISODISCHE INTER- VIEWS MIT BERUFLICHEN REHABILITAND*INNEN

Um möglichst aussagekräftige Aussagen zum Nutzen und zur Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation zu erhalten, wurden 21 berufliche Rehabilitand*innen in den Regionen Nordrhein-Westfalen und Bayern befragt. Die Befragten befanden sich alle in einer beruflichen Rehabilitation in Kostenträgerschaft der DRV und hatten im Rahmen ihrer beruflichen Rehabilitation Erfahrungen mit Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagogen*innen, die im Sozialen Dienst, dem Psychosozialen Dienst, dem Reha- und Integrationsmanagement (RIM) bzw. der Reha- und Integrationssteuerung (RIS) in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation tätig sind, gemacht. Die Interviewpartner*innen für die episodischen Interviews konnten zum einen über die bereits geknüpften Kontakte zur DRV Bayern-Süd und DRV Rheinland sowie den im Rahmen der Fokusgruppeninterviews kontaktierten Einrichtungen und den am Projektbeirat beteiligten Institutionen akquiriert werden. Zum anderen erfolgte eine Kontaktaufnahme zu weiteren Einrichtungen in den beiden Regionen per E-Mail und Telefon. Durch den Zugang zum Forschungsfeld, der größtenteils über die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation erfolgte, befinden sich vor allem von den Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagogen*innen in den Einrichtungen vermittelte berufliche Rehabilitand*innen im Sample. Dies könnte z. B. den hohen Anteil an Kurssprecher*innen oder Rehabilitand*innenvertretungen im Sample erklären. Insgesamt konnten 21 episodische Interviews mit beruflichen Rehabilitand*innen, die unterschiedliche Kriterien im Hinblick auf Einrichtungsarten (BFW; BTZ), Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Bildungsabschluss, Berufstätigkeit, Erkrankung und Dauer bzw. Phase der Teilnahme an der beruflichen Rehabilitation erfüllten, im Zeitraum von Mai 2023 bis April 2024 geführt werden. Einschränkend ist anzumerken, dass keine beruflichen Rehabilitand*innen ge-

wonnen werden konnten, die ihre berufliche Rehabilitation bei sonstigen Einrichtungen wie Bildungsanbietern durchführten.

Episodische Interviews (Flick 2011), die methodologisch an die sozialpädagogische Nutzer*innenforschung (Oelerich/Schaarschuch 2013; Schaarschuch/Oelerich 2020) angelehnt sind, sind geeignet, um das Wissen und die subjektiven Erfahrungen der Rehabilitand*innen zu rekonstruieren. Denn diese Interviewart stellt eine Kombination aus zwei unterschiedlichen methodischen Zugängen dar: der *Beantwortung von Fragen* und der *Erzählung*. Während in der qualitativen Forschung subjektives Wissen durch Interviews mit unterschiedlich stark strukturierten (bis offenen) Fragen erhoben wird, werden subjektive Erfahrungen und Lebensverläufe, die auf ein bestimmtes Ereignis zurückgehen, oftmals durch Erzählungen rekonstruiert (Flick 2011: 273). Episodische Interviews zielen sowohl auf die Erhebung von *semantischem Wissen*, also dem Wissen um Begriffe und wie diese in Beziehung zueinanderstehen, als auch *episodisches Wissen*, welches Erinnerungen an Situationen umfasst, ab (ebd.). Die Erhebung von *semantischem Wissen* erfolgt durch Fragen und Antworten, während *episodisches Wissen* durch Erzählansätze und Erzählungen erhoben wird (ebd.). Durch die Unterscheidung zwischen *begrifflich-semantischem* und *episodisch-narrativem* Wissen bietet sich das episodische Interview zur Untersuchung des Nutzens und der Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation an, da es nicht nur Aufschluss über das Nutzenverständnis der Rehabilitand*innen gibt, sondern auch Erzählungen zu konkreten Situationen der Nutzung Sozialer Arbeit anregt.

Wie bei den transkribierten Expert*innen- und narrativen Interviews erfolgte die Datenauswertung der episodischen Interviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse, so wie diese von Mayring (2022) und Kuckartz (2018) beschrieben wird. Dementsprechend wurden die Interviewtranskripte mit *deduktiv* und *induktiv* gebildeten Kategorien ausgewertet (ebd.: 25). Reliabilität als Gütekriterium der Inhaltsanalyse wurde ebenfalls wieder dadurch gewährleistet, dass zwei Kodierende unabhängig voneinander gearbeitet haben. So konnten Ungenauigkeiten im Kodierungsprozess bestimmt werden, analysiert und ggf. aufgelöst werden (ebd.: 118 ff.). Zudem wurden die episodischen Interviews zusätzlich mit beruflichen Rehabilitand*innen aus dem Projektbeirat in Interpretationssitzungen ausgewertet, um die Aussagekraft der Forschungsergebnisse durch den Einbezug dieser Lebensweltexpertise zu stärken (s. a. 5.4).

4.5. ONLINE-BEFRAGUNG VON IN DER SOZIALEN ARBEIT TÄTIGEN BEI LEISTUNGSERBRINGERN BERUFLICHER REHABILITATION

Die Einladung zur Teilnahme an der Online-Befragung wurde deutschlandweit per Mail an 266 Einrichtungen, die über das Verzeichnis *rehadat* ausfindig gemacht wurden, sowie an einschlägige Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und beruflichen Rehabilitation versendet. Die Online-Befragung wurde mittels *LimeSurvey* durchgeführt und war vom 01.06.2023 bis 26.07.2023 online.

Durch die Betätigung des in der Einladung enthaltenden Links zur Befragung wurden die Teilnehmenden direkt zu der Online-Befragung weitergeleitet. Hier erhielten sie zunächst eine Einführung, in welcher das Thema sowie Hinweise zur Freiwilligkeit und Dauer der Bearbeitung des Fragebogens dargestellt wurden. Nachfolgend musste einer Einwilligungserklärung und den Datenschutzrichtlinien sowie der Speicherung der anonymisierten Daten zugestimmt werden. Hier waren zudem ausführliche Informationen für die Teilnehmenden mit weiteren Hinweisen zum Datenschutz verlinkt. Die Dauer der Befragung lag bei ungefähr 30 Minuten. Nur die Zustimmung oder Ablehnung der Einwilligungserklärung und die anfänglichen Filterfragen waren Pflichtangaben, bei den anderen Items hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, diese zu überspringen oder die Option „keine Angabe“ zu wählen.

Die standardisierte Online-Befragung richtete sich an im Bereich Sozialer Arbeit Tätige bei LTA-Leistungserbringern, in welcher zum Zeitpunkt der Befragung Rehabilitand*innen Maßnahmen in Kostenträgerschaft der DRV absolvierten. Dies waren Einschlusskriterien, die bejaht werden mussten, um an der Befragung teilnehmen zu dürfen. Insgesamt nahmen n=285 Personen an der Befragung teil. Von diesen erfüllten jedoch nur 109 Personen die Auswahlkriterien und machten ausreichende Angaben zur LBR sowie zu weiteren Aufgaben neben der LBR, sodass sie in die Analysen einbezogen wurden.

Insgesamt umfasste der Fragebogen der Online-Befragung 273 themenbezogene Items und war recht umfangreich. Den Hauptanteil der themenbezogenen Items machten die Einschätzung zur Häufigkeit der Aufgabenerledigung der in der LBR von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen zu dokumentierenden Leistungen sowie die Einschätzung der Wichtigkeit dieser für die eigene Aufgabenerfüllung der im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen aus. Ergänzend wurde die Einschätzung der Wichtigkeit zur Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit von Aufgaben erhoben, die nicht konkret aus der LBR hervorge-

hen, in den bereits durchgeführten Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews jedoch als wichtige Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen benannt wurden. Auch die Items zu den Schnittstellen und Aufgaben in den Schnittstellen von in der Sozialen Arbeit Tätigen wurden mithilfe der vorangegangenen Interviews konzipiert und erfassen die Einschätzung zur Häufigkeit (Kontakthäufigkeit und Häufigkeit der Aufgabenerledigung) und Wichtigkeit (der Schnittstellen zur Erfüllung der eigenen Aufgaben und die Wichtigkeit, dass die Aufgaben in den Schnittstellen von Personen im Bereich Sozialer Arbeit erfüllt werden). Alle Items, die sich auf die LBR, weitere Aufgaben und die (Aufgaben in den) Schnittstellen bezogen, wurden auf einer 5-stufigen Rating-Skala (Döring/Bortz 2016: 244 ff.) beantwortet. Die Voraussetzungen und Herausforderungen für die gelingende Aufgabenerfüllung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen und die berufliche Zufriedenheit der Teilnehmenden wurden anhand von 4-stufigen Rating-Skalen erhoben. Zusätzlich wurden Angaben zu den Einrichtungen und den Teilnehmenden der LTA-Maßnahmen erhoben. Abschließend wurden die soziodemographischen Angaben der Teilnehmenden erhoben.

Tab. 2 Beschreibung der gewonnenen Stichprobe im Bereich Sozialer Arbeit Tätige bei LTA-Leistungserbringern, die Maßnahmen in Kostenträgerschaft der DRV ausführen, im Rahmen der Online-Befragung

Beschreibung der Stichprobe	
Art des Leistungserbringers	
BFW	26 %
BTZ	36 %
RPK	9 %
vergleichbare Einrichtungen, ambulante Bildungsanbieter, Sonstige	21 %
keine Angabe	8 %
Region der Einrichtung⁷	
Nord	9 %
Süd	28 %
West	21 %
Ost	39 %
weiß nicht	2 %
keine Angabe	1 %
Geschlecht	
weiblich	60 %
männlich	28 %
keine Angabe	13 %
Durchschnittsalter	
	47 Jahre (25-67 Jahre)
Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit in Std.	
	35,7 Std. (16-40 Std.)
Art des Arbeitsvertrags	
befristet	6 %
unbefristet	80 %
keine Angabe	14 %
Studienabschluss	
Bachelor Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik	14 %
Master Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik	15 %
Diplom Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik	24 %
anderer Abschluss	31 %
weiß nicht	1 %
keine Angabe	15 %
Zusatzqualifikation	
Ja	45 %
Nein	35 %
weiß nicht	4 %
keine Angabe	17 %

n=109. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

⁷ Nord: DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord, DRV Oldenburg-Bremen; Süd: DRV Baden-Württemberg, DRV Bayern Süd, DRV Nordbayern, DRV Schwaben; West: DRV Hessen, DRV Rheinland, DRV Rheinland-Pfalz, DRV Saarland, DRV Westfalen; Ost: DRV Berlin-Brandenburg, DRV Mitteldeutschland.

Tab. 2 stellt die Beschreibung der gewonnenen Stichprobe dar, die den Analysen zu Grunde liegt. 26 % der Teilnehmenden an der Online-Befragung sind in einem BFW tätig, 36 % in einem BTZ, 9 % in einem RPK und weitere 21 % bei einem sonstigen Leistungsanbieter, 8 % machten hier keine Angabe bzw. konnten sich nicht zuordnen. Mit Blick auf mögliche Verzerrungen ist zu berichten, dass die Teilnahmebereitschaft bei Mitarbeitenden aus beruflichen Trainingszentren (BTZ) mit 36 % am höchsten war, die aber nicht die häufigsten LTA-Einrichtungen sind. Abgefragt wurde außerdem die Region der Einrichtung über die DRV-Regionen. Hier zeigt sich eine etwas höhere Teilnahme von Personen aus der Region Ost.

Von den in die Analysen einbezogenen 109 Personen ordneten sich 60 % dem weiblichen und 28 % dem männlichen Geschlecht zu. 13 % machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden betrug 47 Jahre und lag zwischen 25 und 67 Jahren. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit lag bei 35,7 Stunden. 43 % der Teilnehmenden gaben zudem an, dass sie bereits mindestens 11 Jahre im Bereich der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation tätig waren. Lediglich 6 % der Teilnehmenden arbeiteten in einem befristeten Arbeitsverhältnis. Erfragt wurde auch die Qualifikation. 53 % der Befragten haben einen Studienabschluss im Bereich Soziale Arbeit/Sozialpädagogik, 31 % weisen eine andere Qualifikation auf, für 16 % fehlt hier eine Angabe. 45 % weisen außerdem eine Zusatzqualifikation für ihren Tätigkeitsbereich auf (vgl. Tab. 2).

Die Auswertung und Aufbereitung der quantitativen Daten erfolgte mit Hilfe der Statistiksoftwareprogramme SPSS 29 bzw. Stata 17.

5. EMPIRISCHE ERGEBNISSE

Im Folgenden richtet sich der Blick zunächst auf die hier als *übergreifend* bezeichneten Aufgaben Sozialer Arbeit (5.1), d. h. auf jene, die in der Sozialen Arbeit Tätige unabhängig von einer bestimmten *Schnittstelle* zwischen einzelnen Maßnahmen und damit teilweise auch verschiedenen Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und Rechtskreisen im Rehabilitationsprozess übernehmen. Aufgaben an den Übergängen bzw. in den Schnittstellen werden unter 5.2 erläutert. Danach werden Voraussetzungen und Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit dargelegt (5.3). Anschließend werden die Ergebnisse zum Nutzen, zur Nutzung und zu den Rahmenbedingungen der Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation aus der Perspektive der Nutzer*innen dargestellt (5.4). Das Ergebniskapitel schließt mit Unterkapitel 5.5, das die Erkenntnisse auf Basis des angewandten partizipativen Forschungsstils vorstellt.

5.1. ÜBERGREIFENDE AUFGABEN SOZIALER ARBEIT (UND DEREN GEWICHTUNG) IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Erkenntnisse zu den *übergreifenden* Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation wurden sowohl aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews als auch aus der standardisierten Online-Befragung extrahiert. So konnten mit dem Sample der Online-Befragung die gewonnenen Erkenntnisse aus den Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews validiert werden und deren Gültigkeit anhand einer größeren Stichprobe überprüft werden. Im Folgenden werden sowohl die qualitativen als auch quantitativen Forschungsergebnisse zu den *übergreifenden* Aufgaben Sozialer Arbeit dargestellt und in Bezug zueinander gesetzt. Dabei zeigt die Auswertung der Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews, dass in der Sozialen Arbeit Tätige bei Leistungserbringern in den verschiedenen Phasen des beruflichen Rehabilitationsprozesses eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben übernehmen:

„Wenn wir jetzt über – über klassische Rehabilitationsleistungen im Sinne von beruflichen Rehabilitationsleistungen nachdenken, dann sind natürlich die Aufgaben von Sozialer Arbeit ... ja, die explodieren ja geradezu in solchen Bereichen“ (EI 3, Z. 27-29).

Aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews gehen insgesamt *acht* den gesamten Rehabilitationsprozess betreffende *übergreifende* Aufgaben hervor, die in der Sozialen Arbeit Tätige bei Leistungserbringern übernehmen: 1. *Individuelle und bedarfsorientierte Kompetenzförderung*, 2. *Psycho-soziale Beratung*, 3. *Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung*, 4. *Lotsenfunktion*, 5. *fallbezogene Netzwerkarbeit*, 6. *Übergänge zwischen Schnittstellen gestalten*, 7. *fallübergreifende Netzwerkarbeit* und 8. *Übernahme administrativer Aufgaben*. Diese werden im Folgenden beschrieben und mit den Ergebnissen aus der Online-Befragung zusammengeführt.

1. Individuelle und bedarfsorientierte Förderung von Kompetenzen

Eine Aufgabe liegt nach den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews in der *individuellen und bedarfsorientierten Förderung von Kompetenzen* der Rehabilitand*innen. Diese kann sich auf Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen beziehen wie z. B. arbeitsmarktbezogene Kompetenzen oder auch allgemeine Schlüsselkompetenzen wie z. B. Umgangsformen im Beruf und orientiert sich an den individuellen Bedarfen der Rehabilitand*innen.

Die individuelle und bedarfsorientierte Kompetenzförderung im Hinblick auf den Arbeitsmarkt wird bei Leistungserbringern beispielsweise im Rahmen der Maßnahme *Unterstützte Beschäftigung* angeboten und beinhaltet eine arbeitsplatzbezogene Kompetenzanalyse durch in der Sozialen Arbeit Tätige (FG 1, Z. 262-272). Zum einen führen sie Tests und Fragebögen mit den Rehabilitand*innen durch, um mögliche Berufsoptionen zu konkretisieren. Zum anderen analysieren sie die Stärken, Schwächen und Fähigkeiten der Rehabilitand*innen. Bei der Erstellung und dem Vergleich von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen wurde als wichtige Aufgabe herausgestellt, dass die Rehabilitand*innen von den in der Sozialen Arbeit Tätigen eng in die berufliche Findungsphase miteingebunden werden, da diese oft mit Unsicherheit und vielen ungeklärten Fragen konfrontiert sind (EI 2, Z. 74-85). Die arbeitsplatzbezogenen Kompetenzen der Rehabilitand*innen werden dann in Praktika innerhalb verschiedener Betriebe erprobt und durch Arbeitgebende evaluiert (ebd.). Dazu gehört für die in der Sozialen Arbeit Tätigen auch der regelmäßige Austausch mit den Arbeitgebenden sowie die gezielte Förderung von Kompetenzen bei den Rehabilitand*innen, die aus der Sicht der Arbeitgebenden zur Ausübung des spezifischen Arbeitsplatzes noch ausgebaut werden müssen (FG 1, Z. 268-276). Bestenfalls kann das erfolgreiche Erlangen der arbeitsplatzspezifischen Kompetenzen in ein Beschäftigungsverhältnis münden.

Bw1: „Und am Ende des Praktikums wird dann noch mal geguckt, sind diese Fähigkeiten erlangt, ja oder nein, dann wird entweder das Praktikum noch mal verlängert und an den Fähigkeiten wird weitergearbeitet, oder aber, es wird ein Arbeitsvertrag unterschrieben“ (FG 1, Z. 273-276).

Auch die Förderung von Schlüsselkompetenzen bei Rehabilitand*innen fällt in den Aufgabenbereich von in der Sozialen Arbeit Tätigen. Dazu gehören z. B. allgemeine Umgangsformen (FG 2, Z. 611-613), aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikation und soziales Miteinander (FG 1, Z. 32-35). Welche Kompetenzen bei der Förderung der Rehabilitand*innen durch in der Sozialen Arbeit Tätige maßgeblich im Vordergrund stehen, können sich nach Art des Leistungserbringers bzw. nach der Art der Erkrankungen der Rehabilitand*innen unterscheiden (ebd.). So kann beispielsweise bei psychischen Erkrankungen vor allem die Förderung sozialer Kompetenzen im Vordergrund stehen.

Durch eine *stärken- und verständigungsorientierte Suche* nach einer Arbeitsstelle für Rehabilitand*innen werden dabei deren Ressourcen von den in der Sozialen Arbeit Tätigen systematisch einbezogen (FG 1, Z. 8-17). Gezielt wird nach Arbeitsstellen gesucht, die den Stärken und Kompetenzen von Rehabilitand*innen entsprechen. Nach den Expert*inneninterviews haben die in der Sozialen Arbeit Tätigen die Aufgabe zuzuhören, welche Vorstellungen die Rehabilitand*innen für ihre berufliche Zukunft haben und diese mit den bei ihnen beobachteten Stärken und Schwächen abzugleichen (EI 2, Z. 315-317). Im Sinne von „Empowerment“ (FG 1, Z. 8) zeigen in der Sozialen Arbeit Tätige Rehabilitand*innen daneben auch Möglichkeiten im Umgang mit Fähigkeiten auf, „wo die Stärken nicht ganz so ausgeprägt sind“ (FG 1, Z. 14).

Bw1: „[...] mit meinen Teilnehmern quasi noch zu schauen, wo sind denn deren spezielle Stärken, und dann nutze ich die Stärken, die die Teilnehmer mitbringen und zeige denen, wie die die entsprechend nutzen können und suche mit denen gemeinsam eine passende Arbeitsstelle, wo genau diese Stärke gesucht wird.“ (FG 1, Z. 9-13).

Ferner erfolgt eine Verständigung zwischen in der Sozialen Arbeit Tätigen und Rehabilitand*innen über eine passende Arbeitsstelle (FG 1, Z. 13-17). Eine zentrale Aufgabe im Rahmen der individuellen Rehabilitationsprozesse ist mithin für in der Sozialen Arbeit Tätige bei Leistungserbringern, gemeinsam mit den Rehabilitand*innen und abgestimmt auf deren Ressourcen, eine geeignete Arbeitsstelle für diese zu finden.

Die *individuelle und bedarfsorientierte Förderung von Kompetenzen* ist in der LBR im Leistungsbereich A „*Kompetenzdiagnostik, Assessment, Förderplanung*“ und im Leistungsbereich K „*Leistungen zu den Schlüsselkompetenzen*“ zu verorten (DRV Bund 2016). In diesen beiden Kapiteln finden sich verschiedene Leistungen, die von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen zu dokumentieren sind und die auch aus den Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews hervorgingen. Bei einem Vergleich der Mittelwerte der beiden Kapitel der LBR, wurden in der Online-Befragung die Häufigkeit und Wichtigkeit der Aufgabenerfüllung bei den von Sozialer Arbeit zu dokumentierenden Leistungen aus dem Kapitel A – Kompetenzdiagnostik, Assessment, Förderplanung als zweithöchste eingeordnet (MWHäufigkeit = 3,67, MWWichtigkeit = 3,86). Die Verständigung zwischen den in der Sozialen Arbeit Tätigen und Rehabilitand*innen, welche in Form von „Bilanzierungsgesprächen zur Kom-

petenzdiagnostik, Assessment“ (LBR-Code A200)⁸ (ebd.) erfolgen, wurde von 62 % der online Befragten als ziemlich oder sehr wichtig eingeschätzt.

Hingegen wurde die Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit bei den zu dokumentierenden Leistungen aus dem Kapitel K als seltener erfüllt und weniger wichtig angegeben als jene im Leistungsbereich A (MWHäufigkeit = 2,88 bzw. MWWichtigkeit = 3,41). Dabei zählte das „Training sozialer Kompetenzen“ (LBR-Code K050) (ebd.) zu den Aufgaben, die am häufigsten von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen im Leistungsbereich K als erfüllt angegeben und am wichtigsten eingeschätzt wurden. Sie sind ebenfalls in die Ergebnisse der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews zu der individuellen und bedarfsorientierten Förderung von Kompetenzen einzuordnen (MWHäufigkeit = 3,64 bzw. MWWichtigkeit = 4,07).

2. Psychosoziale Beratung

Eine weitere zentrale Aufgabe, die die Fokusgruppenteilnehmer*innen in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern zugeschrieben, war die *psychosoziale Beratung* von Rehabilitand*innen. Diese umfasst die Information sowie das Stärken und Fördern von Kompetenzen und zielt darauf ab, neue Sichtweisen im Denken und Verhalten anzuregen und dabei die Ressourcen der Rehabilitand*innen zu aktivieren.

Im Rahmen der *psychosozialen Beratung* bieten in der Sozialen Arbeit Tätige Rehabilitand*innen berufliche Orientierungsmöglichkeiten (FG 1, Z. 18-25; FG 2, Z. 121-129). Besonders für diejenigen, die ihren ursprünglich erlernten Beruf durch Krankheit oder Behinderung zukünftig nicht mehr ausüben können, ist es eine wichtige Aufgabe, den Betroffenen berufliche Perspektiven und Möglichkeiten aufzuzeigen sowie emotionale Unterstützung, z. B. durch Mut machen (FG 1, Z. 23), zu geben.

Bm2: „Wäre das ... also das Schlagwort ‚Transparenz‘ noch mal, irgendwie ergänzend durch Aufzeigen von Möglichkeiten. Ich glaube, wenn man mit der Message reingeht, irgendwie, also negativ fokussiert: ‚Das geht nicht, das geht nicht, das geht nicht‘, baut man automatisch so eine Barriere irgendwie auf, von daher finde ich das Aufzeigen von Möglichkeiten, wo kann es denn dann hingehen, einen ganz, ganz wichtigen Schritt“ (FG 1, Z. 328-333).

Auch im Konflikt zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von Rehabilitand*innen tragen in der Sozialen Arbeit Tätige dazu bei, neue berufliche Perspektiven mit ihnen zu erarbeiten, indem sie ihnen Lösungen (z. B. Überschneidungen zwischen Wunschberufen und realisierbarer Erwerbsarbeit) aufzeigen oder diese gemeinsam mit ihnen erarbeiten (FG 1, Z. 328-340). Eine positive Grundhaltung, mit der Möglichkeiten anstelle von Barrieren aufgezeigt werden, stellt einen wichtigen Bestandteil der *psychosozialen*

⁸ Die aufgeführten Kodierungen stammen aus der LBR (DRV 2016) und werden zur besseren Zuordnung der Leistungen zu den entsprechenden Kapiteln aufgeführt. Entsprechend stammen alle im Folgenden angeführten LBR-Codes der Quelle DRV 2016 und sind dort ausführlicher nachzulesen.

Beratung durch in der Sozialen Arbeit Tätige dar, um Widerständen gegenüber den aufgezeigten Optionen vorzubeugen und Kompromisse zu fördern (ebd.).

Bw3: „Dass man eben auch in den Gesprächen dann den Raum ja bietet, um solche Erfahrungen zu reflektieren [...] damit man eben auch einen Umgang damit lernt, wenn man zum Beispiel erkennt, okay, in dem Bereich können wir nicht mehr tätig sein“ (FG 2, Z. 130-146).

Bw4: „Und welche Alternativen kann ich mir dann vorstellen [...] als Teilnehmer. Das ist ja oft gar nicht so einfach, wenn viel im Leistungsbild ausgeschlossen ist, also ist genau unser Beratungsansatz, ne?“ (FG 2, Z. 130-146)

Ebenso stellt die Reflexion von Erfahrungen der Rehabilitand*innen einen Bestandteil der *psychosozialen Beratung* durch in der Sozialen Arbeit Tätige dar. Durch diese Selbstreflexion sollen sie nicht nur neue Perspektiven z. B. auf die eigene Krankheit bzw. Behinderung entwickeln können, sondern auch den Umgang mit belastenden Situationen lernen (FG 2, Z. 133-140).

Sowohl zu Beginn der beruflichen Rehabilitation als auch in ihrem weiteren Verlauf fungieren in der Sozialen Arbeit Tätige für Rehabilitand*innen als feste Ansprechpersonen bei beruflichen und privaten Rückschlägen (FG 1, Z. 68-72; FG 2, Z. 617-618) und unterstützen sie im Umgang mit diesen. Hierbei ist es von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erforderlich, bei den Schilderungen der Rehabilitand*innen genau hinzuhören und zu antizipieren, ob es Probleme gibt, die diese noch nicht explizit ansprechen. Dies gilt auch für Termine, bei denen es um rein bürokratische Angelegenheiten geht, wie z. B. das gemeinsame Ausfüllen von Fahrtkostenformularen (EI 2, Z. 102-113). Dabei machen die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen gemeinsam mit den Rehabilitand*innen ausfindig, wann und in welchen Bereichen sie diese Hilfestellungen brauchen und wie bei Problemen unterstützt werden kann (EI 2, Z. 39-44). Die kreative Lösungssuche bei Problemen mit einem ganzheitlichen Blick schließt hier als Aufgabe Sozialer Arbeit an (EI 2, Z. 291-297). Wenn eine Lösung der Probleme, um die erfolgreiche Fortsetzung des Rehabilitationsprozesses nicht zu gefährden, nicht möglich ist, erarbeiten die in der Sozialen Arbeit Tätigen mit den Rehabilitand*innen neue Betrachtungsweisen ihrer Probleme, um somit Perspektivwechsel anzuregen (EI 2, Z. 328-333).

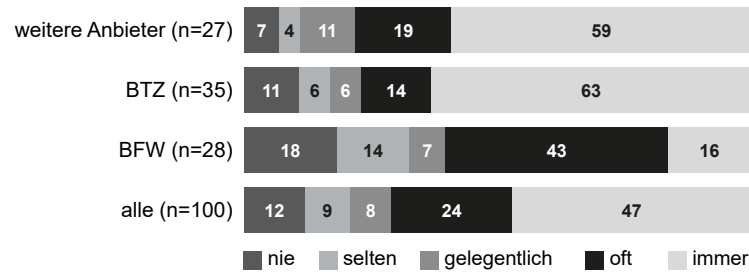
Insbesondere bei der *psychosozialen Beratung* zeigt sich die Bedeutung, die in der Sozialen Arbeit Tätige als feste Bezugspersonen kontinuierlich im gesamten Prozess für die Rehabilitand*innen haben (FG 1, Z. 72).

Auch aus der Online-Befragung ging die Relevanz der *psychosozialen Beratung* (LBR-Code K120) als Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern hervor. Die *Wichtigkeit*, dass die *psychosoziale Beratung* im Bereich Sozialer Arbeit erfüllt wird, wurde von den Befragten als hoch eingeordnet (MW= 4,41). Nur bei neun weiteren Leistungen, wie zum Beispiel dem *individuellen Reha-Verlaufsgespräch* (MW= 4,67), der *Erhebung der Sozialanamnese* (MW= 4,52), den *Fallbesprechungen im Team* (MW= 4,59) etc., wurde die Wich-

tigkeit der Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit noch höher angegeben.

Die *Häufigkeit* der Aufgabenerfüllung wurde von den Befragten im Mittel als gelegentlich bis oft eingeschätzt (MW= 3,85). Dabei lassen sich Unterschiede nach Einrichtungsarten erkennen (Abb. 1): 59 % der Befragten aus sonstigen Einrichtungen (hierunter sind zum Beispiel Bildungsanbieter gefasst) und 63 % der Befragten aus Beruflichen Trainingszentren (BTZ) schätzten ein, die Aufgabe der *psychosozialen Beratung* immer (also in jedem Rehabilitationsprozess) zu erfüllen. Befragte, die in Berufsförderungswerken (BFW) arbeiten, nannten nur zu ungefähr 18 %, die Aufgabe in jedem Rehabilitationsprozess auszuführen. Demgegenüber gaben 32 % der Befragten aus BFW an, selten oder nie psychosozial zu beraten. Bei Befragten aus dem BTZ waren es 17 % und bei jenen aus sonstigen Einrichtungen lediglich 11 %, die einschätzten, die Aufgabe der *psychosozialen Beratung* selten oder nie auszuführen.

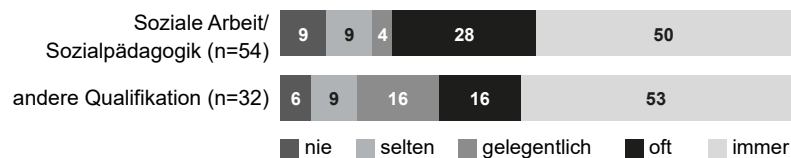
Abb. 1: Häufigkeit „Psychosoziale Beratung (LBR-Code K120)“ nach Art der Einrichtung



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

In einem weiteren Schritt wurde betrachtet, ob sich die Angaben zur Häufigkeit in Abhängigkeit von der Qualifikation unterscheiden. Dabei zeigt sich, dass sowohl bei den Tätigen mit einem Abschluss in Sozialer Arbeit/Sozialpädagogik als auch bei denjenigen mit einer anderen Qualifikation etwa die Hälfte angibt, immer die psychosoziale Beratung auszuführen. So ist dies in diesem Tätigkeitsbereich eine zentrale Aufgabe.

Abb. 2: Häufigkeit „Psychosoziale Beratung (LBR-Code K120)“ nach Art der Qualifikation



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

3. Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung

Eine der wichtigsten Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern stellt laut Aussage der Fokusgruppenteilnehmer*innen die *Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung* mit Rehabilitand*innen dar. Auch aus den Expert*inneninterviews ging diese Aufgabe hervor (EI 2, Z. 302-313). Dazu gehört zum einen die *Beziehungsqualität*, welche den Aufbau einer guten Beziehung zu Rehabilitand*innen durch in der Sozialen Arbeit Tätige erfordert (FG 2, Z. 326-333) und ein erhebliches Maß an Vertrauen voraussetzt (FG 1, Z. 124-126). Die Relevanz der „menschlichen Komponente“ (FG 1, Z. 137) wurde dabei besonders hervorgehoben und verdeutlicht, dass neben den in der LBR (DRV Bund 2016) verankerten Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen auch die Gestaltung der Beziehung zu Rehabilitand*innen wichtig für eine erfolgreichen Zusammenarbeit ist. Hier zeigt sich auch das Professionsverständnis Sozialer Arbeit, welches darauf abzielt, durch eine *vertrauensvolle Arbeitsbeziehung* zu einem erfolgreichen Rehabilitationsverlauf der beruflichen Rehabilitand*innen beizutragen (Enggruber/Sander 2023). Zum anderen basiert eine *vertrauensvolle Arbeitsbeziehung* ebenso auf *Beziehungskontinuität* (FG 1, Z. 62-68), zu der eine stabile Beziehung zwischen in der Sozialen Arbeit Tätigen und Rehabilitand*innen während des gesamten Rehabilitationsverlaufs gehört.

Bw2: „Und in dem individuellen Setting ist es eben wichtig, dass es da bestimmte Bezugssysteme einfach gibt, ne, dass Personen auch die Betreuung über den ganzen Prozess begleiten [...]. Wo man einfach weiß, der kennt meine Lebensgeschichte, der kennt meine Probleme und der weiß, worauf geachtet werden muss, ne, also das ist ganz, ganz wichtig, glaube ich, um da in diesem Prozess nicht verlorenzugehen, ne? (FG 1, Z. 62-68)

In der Sozialen Arbeit Tätige sehen sich als zentrale Bezugspersonen und Ansprechpersonen unterschiedlichen Bedürfnissen der Rehabilitand*innen gegenüber, „[j]eder Art, nicht benennbar“, (FG 2, Z. 537). Sie müssen in der Lage sein, angemessen auf diese Bedürfnisse reagieren zu können (FG 2, Z. 535-537). Ein *transparenter Umgang* mit den Rehabilitand*innen in dem Sinne, „dass meine Teilnehmer ziemlich genau wissen, was ich da genau gerade tue“ (FG 1, Z. 122-123), hilft dabei, Vertrauen zu gewinnen und zu erhalten.

Transparenz im Umgang mit Rehabilitand*innen spielt auch in Bezug auf die Vermittlung realistischer Arbeitsperspektiven eine wichtige Rolle. Im Prozess der Stabilisierung und Förderung im Rehabilitationsprozess können bei Rehabilitand*innen unrealistische Berufserwartungen entstehen (Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung), die am Ende des Reha-Prozesses mit möglichen Frustrationen einhergehen können. Somit besteht die Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen hier darin, den Rehabilitand*innen eine transparente und realistische Einschätzung der beruflichen Perspektive zu kommunizieren (FG 1, Z. 295-300). Dabei sollten die Kompetenzentwicklungen der Rehabilitand*innen auf fachlicher sowie persönlicher Ebene von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen im Blick behalten werden (EI 2, Z. 302-313). Zu einer transparenten und realistischen Einschätzung gehört auch die Vermittlung realistischer finanzieller Erwartungen, da mit „leidensgerechte[n]“ (FG 1, Z. 913)

Arbeitsplätzen oftmals auch finanzielle Einbußen einhergehen (FG 1, Z. 355-363; FG 1, Z. 426-438) und ein neuer Berufseinstieg (z. B. nach einer erfolgreichen Umschulung) nicht zwangsläufig bedeutet, „dass man dann sofort auf dem Arbeitsmarkt weggeht wie ein warmes Semmelchen“ (FG 1, Z. 355-356). Oftmals wird in Bezug auf die Vermittlung realistischer Arbeitsperspektiven durch in der Sozialen Arbeit Tätige auch das „Verhätscheln“ (FG 2, Z. 297; FG 2, Z. 329) bzw. „[T]ätscheln“ (FG 1, Z. 306) von Rehabilitand*innen als Negativbeispiel angeführt, dem Transparenz und Geradlinigkeit in der Haltung von in der Sozialen Arbeit Tätigen gegenüber den Rehabilitand*innen entgegenstehen:

Bw2: „Also wir müssen da glaube ich einfach mal ein bisschen weniger tätscheln, sondern eher realistisch tatsächlich gucken, okay, welche Anforderungen braucht dieser Job, wie ist der Arbeitsmarkt, ne, gibt es da wirklich Möglichkeiten?“ (FG 1, Z. 305-308)

Eine möglichst frühzeitige Vermittlung realistischer Arbeitsperspektiven durch in der Sozialen Arbeit Tätige ist zentral, damit „wir da nicht nachher alle [...] Traumschlösser wieder zerstören müssen, die sich aufgebaut haben über die Jahre“ (FG 1, Z. 342-343). Insbesondere im Umgang mit Rehabilitand*innen, die eine hohe Wiedererkrankungsrate haben (z. B. psychische Erkrankungen), ist eine transparente Vermittlung von Arbeitsperspektiven wichtig (FG 1, Z. 305-317; FG 1, Z. 318-327). Die den Rehabilitand*innen entgegengebrachte Transparenz fördert dann oftmals bei ihnen ihr Verständnis für die Einschätzungen und Empfehlungen der in der Sozialen Arbeit Tätigen (FG 1, Z. 318-321).

Auch der überwiegende Teil der Online-Befragten ($n_{\text{gültig}} = 103$), insgesamt knapp 97 %, schätzten ein, dass es ziemlich oder sehr wichtig sei, *vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen* im Bereich Sozialer Arbeit zu gestalten. Ebenso wurde die *transparente Kommunikation* in diesem Bereich überwiegend als ziemlich oder sehr wichtig eingeschätzt (MW 4,85). Die beruflichen Rehabilitand*innen von Beginn bis zum Ende in der Einrichtung zu begleiten und somit zu einer Beziehungskontinuität zwischen ihnen und den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen beizutragen, schätzten 90 % der Befragten als ziemlich oder sehr wichtig ein. Die gesehene Relevanz der vertrauensvollen Arbeitsbeziehung in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews spiegelte sich somit auch in der Online-Befragung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern wider.

4. Lotsenfunktion

Die *Lotsenfunktion* Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern stellt ebenfalls eine wichtige, *übergreifende* Aufgabe dar. In einer *abstrakten* Lotsenfunktion (Enggruber/Sander 2023: 85) vermitteln in der Sozialen Arbeit Tätige den Rehabilitand*innen Wissen und Informationen über die berufliche Rehabilitation und entsprechende Angebote (z. B. Unterstützungsmöglichkeiten), sodass sich diese orientieren können. In einer *physischen* Lotsenfunktion (ebd.) unterstützen sie sie auch durch physische Präsenz auf ihren Wegen im Rehabilitationsprozess (z. B. Begleitung zu Vorstellungsgesprächen).

Die Weitergabe von Informationen zu beruflicher Rehabilitation und Angeboten zur individuellen Unterstützung der Rehabilitand*innen wurde von den

Fokusgruppenteilnehmer*innen als eine wichtige Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen im Zusammenhang mit einem wahrgenommenen Informationsdefizit bei den Rehabilitand*innen benannt (FG 1, Z. 26-31). Im Hinblick auf psychische Krankheitsbilder der Rehabilitand*innen, wie zum Beispiel Depressionen, wurde fachliches Wissen auf Seiten der in der Sozialen Arbeit Tätigen als wichtig erachtet, um die Rehabilitand*innen so gut wie möglich zu begleiten bzw. an geeignete Stellen verweisen zu können und somit die Lotsenfunktion ausüben zu können (EI 1, Z. 120-126).

Bw2: „Also das Vermittelnde ist wirklich das, was da entscheidend ist, ne, also wirklich die Anrufe da zu tätigen oder die Anträge zu besorgen oder ... ne, die Informationen zu geben, welche beruflichen Reha-Einrichtungen gibt es, welche Möglichkeiten gibt es, und ... ja, ganz wichtig, einfach auch da transparent zu sein mit allen, ja, also mit allen, die im Prozess irgendwie drin sind“ (FG 1, Z. 787-792).

Bei dieser Informationsweitergabe an die Rehabilitand*innen betonten die Fokusgruppenteilnehmer*innen die Unabhängigkeit der Beratung durch in der Sozialen Arbeit Tätige als einen relevanten Faktor. Die Rehabilitand*innen sollen nicht nur innerhalb bestehender Netzwerke vermittelt werden, sondern es soll für sie im Sinne der *abstrakten* Lotsenfunktion die individuell beste Lösung im Hilfesystem gefunden werden (FG 1, Z. 793-799; FG 1, Z. 811-821). Um diesen Anspruch umsetzen zu können, hilft es, wenn ein persönliches Kennenlernen von Einrichtungen durch in der Sozialen Arbeit Tätige bereits vor der Weitergabe von Empfehlungen an Rehabilitand*innen stattfindet (FG 1, Z. 800-811). In den Expert*inneninterviews wurde herausgestellt, wie wichtig es sei, die Rehabilitand*innen sowohl bei Informationsveranstaltungen, die der jeweilige Leistungsbringer ggf. durchführt, als auch im gesamten Rehabilitationsprozess zu motivieren und zu aktivieren. Die Motivation wurde hier als wichtiger Faktor gesehen, um die Mitarbeit während des gesamten Rehabilitationsprozesses zu sichern und damit den Erfolg der Maßnahmen zu fördern (EI 4, Z. 201-204). Nicht nur Informationen über Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten, sondern auch Informationen über die finanzielle Sicherung im Rahmen der beruflichen Reha, werden von in der Sozialen Arbeit Tätigen an Rehabilitand*innen vermittelt (FG 2, Z. 655-661).

Die *physische* Lotsenfunktion von in der Sozialen Arbeit Tätigen äußert sich in der physischen Begleitung von Rehabilitand*innen, z. B. zu Beratungsstellen (FG 1, Z. 856-858) und Vorstellungsgesprächen (FG 2, Z. 312-318). Eine Kombination von *abstrakter* und *physischer* Lotsenfunktion ist ebenfalls möglich, indem von in der Sozialen Arbeit Tätigen sowohl Informationen an die Rehabilitand*innen weitergeleitet werden als auch eine Begleitung zu den empfohlenen Angeboten stattfindet (FG 1, Z. 845-858).

Die Lotsenfunktion wird nicht explizit als Leistung in der LBR (DRV Bund 2016) aufgeführt, Aspekte dieser finden sich jedoch unter anderem im Kapitel P der LBR (ebd.) wieder.

5. Fallbezogene Netzwerkarbeit

In der Sozialen Arbeit Tätige sind im Rahmen der Nachbetreuung von Rehabilitand*innen auch am Aufbau von *Stabilisierungsnetzwerken* beteiligt, die im Falle eines drohenden Arbeitsplatzabbruchs aktiviert werden können. Durch die Vernetzung von in der Sozialen Arbeit Tätigen mit unterschiedlichen Akteuren, die sich für eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsmarkt als relevant erweisen (z. B. Psychotherapeut*innen, Familienmitglieder), insbesondere zu Betrieben, wird ein Netzwerk der Unterstützung für die Rehabilitand*innen aufgebaut (FG 1, Z. 283-293).

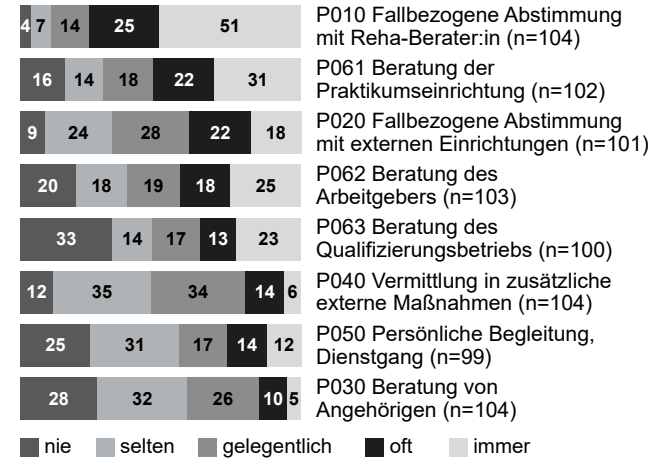
Die Vernetzung mit Akteuren der beruflichen Rehabilitation erfolgt auch durch die physische Begleitung von Rehabilitand*innen.

Bw1: „[...] und dann habe ich aber trotzdem in meiner Position als pädagogische Mitarbeiterin ja auch die Möglichkeit, mit meinen Teilnehmern gemeinsam zu gucken, welche Möglichkeiten gibt es, welche Beratungsstellen gibt es in Wohnortnähe, welche ... wer ist zu Fuß vielleicht auch gut zu erreichen, welche Bedarfe hat mein Klientel ganz individuell? [...] Und dann, wenn es dann dazu kommt, dass der Mensch dann zur Beratungsstelle hingehet, dass ich dann vielleicht einfach mitgehe, um die Beratungsstelle selber auch kennenzulernen. Um Schnittstellen herzustellen“ (FG 1, Z. 848-858).

Zum einen erfüllen in der Sozialen Arbeit Tätige dadurch eine *Lotsenfunktion*, zum anderen können durch die Begleitung von Rehabilitand*innen neue Kontakte geknüpft und weitere Stellen persönlich kennengelernt werden (FG 1, Z. 848-858). Sie erweitern somit auch ihr Netzwerk.

Die aus den Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews hervorgegangenen Aufgaben der *Lotsenfunktion* sowie *fallbezogenen Netzwerkarbeit* konnten in der LBR verschiedenen Leistungen des Leistungsbereichs P „Weitere Leistungen zur beruflichen Rehabilitation“ (DRV Bund 2016) zugeordnet werden, die in der Online-Befragung bezogen auf die Häufigkeit und Wichtigkeit der Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit erhoben wurden.

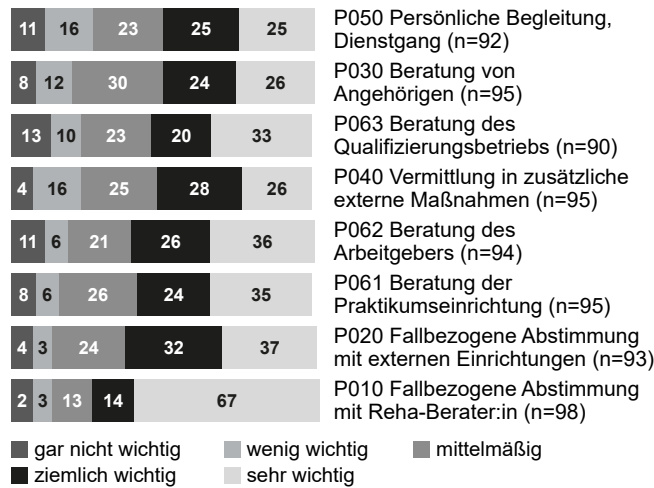
Abb. 3: Einschätzung der Häufigkeit der eigenen Aufgabenerfüllung zu Leistungen aus dem Kapitel P der LBR



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Aspekte der aus den Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews abgeleiteten *Lotsenfunktion* sind im Kapitel P in den Leistungen *Vermittlung in zusätzliche externe Maßnahmen* (P040) und *Persönliche Begleitung, Dienstgang* (LBR-Code P050) abgebildet. Die *Häufigkeit* der Aufgabenerfüllung dieser beiden Leistungen wurde von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen im Schnitt als selten bis gelegentlich eingeschätzt (LBR-Code P040: MW = 2,68; LBR-Code P050: MW = 2,57). Hingegen wurde die *Wichtigkeit* der Ausführung dieser Leistungen im Bereich Sozialer Arbeit als mittelmäßig bis ziemlich wichtig angegeben (LBR-Code P040: MW = 3,57; LBR-Code P050: MW = 3,37). Dabei wurde die Ausführung der Leistung *Persönliche Begleitung, Dienstgang* von den Befragten als am wenigsten wichtig unter den zu dokumentierenden Leistungen von Sozialer Arbeit im Leistungsbereich P eingeordnet.

Abb. 4: Einschätzung der Wichtigkeit zur Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit zu Leistungen aus dem Kapitel P der LBR



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Die im ersten Fokusgruppeninterview beschriebenen Elemente der *fallbezogenen Netzwerkarbeit* finden sich vor allem in den Leistungen *fallbezogene Abstimmung mit externen Einrichtungen* (P020) und *Beratung von Angehörigen* (LBR-Code P030). Die *Beratung von Angehörigen* wurde unter den Leistungen im Leistungsbereich P (DRV Bund 2016) von den Befragten als am seltensten durchgeführt angegeben. So gaben knapp 60 % der Befragten an, die Aufgabe nie (also in keinem Rehabilitationsprozess) oder nur selten zu erfüllen. 15 % gaben an, die Aufgabe oft oder immer zu erfüllen. Demgegenüber hielten es ungefähr 50 % der Befragten für ziemlich oder sehr wichtig, dass die *Beratung von Angehörigen* im Bereich Sozialer Arbeit erfüllt wird. Die Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit bei der *fallbezogenen Abstimmung mit externen Einrichtungen* hielten knapp 69 % der Befragten für ziemlich oder sehr wichtig. 39 % gaben an, die Leistung oft oder immer durchzuführen.

Grundsätzlich zeigt sich, dass die Einschätzungen zu der *Wichtigkeit* der Aufgabenerfüllung von Leistungen aus dem Leistungsbereich P der LBR (ebd.) im Bereich Sozialer Arbeit höher ausfielen als jene zu deren *Häufigkeit*.

Die weiteren Leistungen des Leistungsbereichs P der LBR (ebd.), auf dem in ANSAB ein besonderer Fokus lag, werden, wie schon oben angekündigt, im nächsten Unterkapitel zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen (5.2) thematisiert.

6. Übergänge an Schnittstellen im Rehabilitationsverlauf gestalten

In einem engen Zusammenhang mit der *Netzwerkarbeit* steht auch die *Gestaltung der Übergänge* an den unterschiedlichen Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern bzw. Maßnahmen und Rechtskreisen im Rahmen des beruflichen Rehabilitationsverlaufs. Bei der *Netzwerkarbeit* bzw. Vernet-

zung mit den unterschiedlichen Akteuren steht im Vordergrund, persönliche Kontakte mit Einrichtungen und anderen relevanten Beteiligten zu knüpfen. Hin-gegen geht es bei der *Übergangsgestaltung* stärker um den Austausch von In-formationen und die Begleitung der Rehabilitand*innen im Übergangsprozess.

Die detaillierte Ausgestaltung von Übergängen zu spezifischen Akteuren, wie im Übergang von medizinischer in beruflicher Rehabilitation sowie von beruflicher Rehabilitation in Betriebe, wird im nachfolgenden Unterkapitel 5.2 aufgegriffen. Da für die Gestaltung der Übergänge von den Teilnehmenden der Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews nicht nur *spezifische* Aufgaben in bestimmten Schnittstellen, sondern auch *übergreifende* Aufgaben formuliert wurden, die insgesamt einem reibungslosen Rehabilitationsverlauf für die Rehabilitand*innen dienen sollen, werden diese übergeordneten Aufgaben nachfolgend dargestellt.

Als eine solche *übergreifende* Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen betonten die Fokusgruppenteilnehmer*innen die Weitergabe von Informationen über den Verlauf des Rehabilitationsprozesses (FG 1, Z. 548-551) an die an den unterschiedlichen Schnittstellen beteiligten Akteure („Vermittlungsfunktion“: FG 1, Z. 784; FG 2, Z. 310-316). Dabei sind diese dafür verantwortlich, dass die In-formationen „an die richtige Stelle“ (FG1, Z. 787) gelangen. Dies erfordert von ihnen eine aktive Beschaffung und Weiterleitung von Informationen, z. B. tätigen sie Anrufe oder regeln Anträge (FG 1, Z. 788-792).

Auch die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen von Rehabilitand*innen, Arbeits- bzw. Praktikumsstellen, Personalverantwortlichen, Kostenträgern und Leistungserbringern gehört zu den *übergreifenden* Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei der *Gestaltung der Übergänge* im Reha-Prozess (FG 2, Z. 530-534).

Bm1: „Dann natürlich die ganzen Soft Skills, ja? Also wenn der Teilnehmer kommt und sagt, er hat Ärger zu Hause, muss man ja auch drauf eingehen, ja? Also dieses Bindeglied zu sein zwischen den einzelnen, Arbeitgeber, Praktikumsgeber, Leistungsträger, Bildungsträger, das ist ja ab und zu schon mal ein Pulverfass [...]“ (FG 2, Z. 530-534).

Die Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Beteiligten an Übergängen bzw. Schnittstellen setzt bei in der Sozialen Arbeit Tätigen ein hohes Maß an „Soft-Skills“ (FG 2, Z. 530) voraus. In den Expert*inneninterviews wurde im Umgang mit anderen Akteur*innen für die in der Sozialen Arbeit Tätigen vor allem die Kommunikation mit allen an der beruflichen Rehabilitation Beteiligten als wichtige übergreifende Aufgabe benannt (EI 2, Z. 291-297).

7. Fallübergreifende Netzwerkarbeit

Die Vernetzung mit anderen Akteuren (z. B. Kliniken, Betrieben, Beratungsstellen) wurde von den Fokusgruppenteilnehmer*innen ebenfalls als relevante Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern benannt (FG 2, Z. 1124-1126). Der Aufbau von Netzwerken ist für in

der Sozialen Arbeit Tätige gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit mit einer erheblichen Investition von Ressourcen verbunden (FG 2, Z. 1293-1299).

Die *Netzwerkarbeit* kann sowohl dazu dienen, Informationen bei bestimmten Akteuren zu platzieren, als auch Einrichtungen kennenzulernen und persönliche (informelle) Kontakte zu Netzwerkpartner*innen zu knüpfen, was wiederum hilfreich zur Ausübung der Lotsenfunktion ist. Die Aufgabe, Informationen gezielt weiterzugeben, wird insbesondere im Zusammenhang mit Akteuren der medizinischen Rehabilitation (Ärzt*innen, Rehabilitand*innen) deutlich. Die Relevanz der Netzwerkarbeit von in der Sozialen Arbeit Tätigen zeigte sich nicht nur im Hinblick auf den Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation, sondern auch in der Schnittstelle zu Betrieben sowie der DRV (vgl. 5.2).

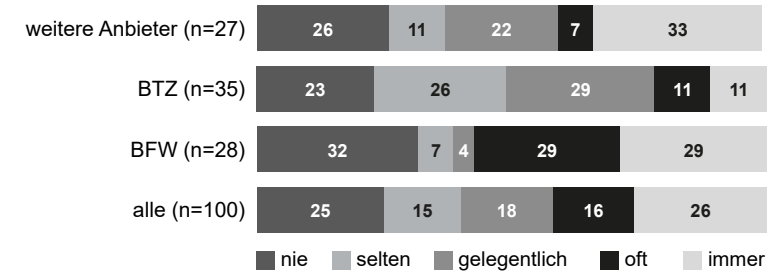
Auch von der persönlichen Vernetzung der in der Sozialen Arbeit Tätigen mit Reha-Berater*innen können berufliche Rehabilitand*innen profitieren, da durch einen persönlichen Kontakt für sie die Umsetzung ihrer individuellen und bedarfsorientierten Rehabilitationsverläufe vereinfacht werden kann (FG1, Z. 878-881).

8. Übernahme administrativer Aufgaben

Auch die *Übernahme von administrativen Aufgaben* wurde benannt, und zwar sowohl vorbereitend für Rehabilitand*innen, die eine medizinischen Reha in Kostenträgerschaft der DRV absolvieren oder absolviert haben, wenn eine räumliche Nähe zum LTA-Leistungserbringer gegeben war, als natürlich auch für jene in einer beruflichen Rehabilitation. Dadurch können in der Sozialen Arbeit Tätige Hilfestellungen für Rehabilitand*innen bei administrativen Aufgaben ohne einen größeren zeitlichen Aufwand übernehmen. Dies wäre z. B. für jene bei Leistungserbringern, die sich nicht in direkter räumlicher Nähe zu Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation befinden, kaum möglich. Zu den administrativen Aufgaben gehört auch, LTA-Anträge auszufüllen und an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiterzuleiten, um Rehabilitand*innen bei der komplexen Antragstellung für eine berufliche Rehabilitation zu unterstützen (FG 2, Z. 26-30; FG 2, Z. 334-338; FG 2, Z. 1333-1339).

Aus den narrativen und episodischen Interviews mit Rehabilitand*innen geht dabei immer wieder die Notwendigkeit der Unterstützung bei der finanziellen Absicherung einher. Zudem gingen aus den offenen Antwortmöglichkeiten im Rahmen der Online-Befragung weitere administrative Aufgaben hervor. So unterstützen im Bereich Sozialer Arbeit Tätige die Rehabilitand*innen bei verschiedenen Vorgängen, die während der beruflichen Rehabilitation anfallen, z. B. bei Fragen bezüglich Geld- und Sachleistungen, Rentenansprüchen oder sonstigen behördlichen Angelegenheiten. Hier wird die Funktion der *sozialrechtlichen Beratung* deutlich. Diese wird auch in der LBR erfasst.

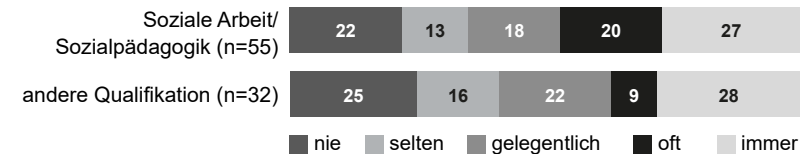
Abb. 5: Häufigkeit „Sozialrechtliche Beratung (LBR-Code K110)“ nach Art der Einrichtung



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Dabei zeigt sich, dass 42 % der Befragten angeben, die „Sozialrechtliche Beratung (LBR-Code K110)“ oft oder immer auszuführen. Ein Viertel gibt aber auch an, diese nie auszuführen. Unterschieden nach Art der Einrichtung zeigt sich dabei auch, da 58 % der befragten Beschäftigten in den BFWs angaben diese Aufgabe oft oder immer auszuführen. Bei Beschäftigten in BTZen sind es 22 % (vgl. Abb. 5). Zu vermuten ist hier, dass in Teilen eine unterschiedliche Praxis besteht oder sich ggf. hier auch eine Form der Aufgabenteilung widerspiegelt, wenn die Aufgaben in Teams ausgeführt werden.

Abb. 6: Häufigkeit „Sozialrechtliche Beratung (LBR-Code K110)“ nach Art der Qualifikation



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

In Abb. 6 ist die Häufigkeit der Übernahme der sozialrechtlichen Beratung, die nach der LBR dokumentiert wird, auch nochmal unterschieden nach Qualifikation der Befragten dargestellt. Hierbei zeigt sich, dass die befragten Personen mit einem Abschluss in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik zu 47 % angeben, die sozialrechtliche Beratung oft oder immer auszuführen. Bei denjenigen mit einer Qualifikation in einem anderen Bereich sind es mit 37 % etwas weniger, die diese Aufgabe oft oder immer ausführen. Insgesamt ist es aber eine häufige Aufgabe.

Die Ausführung „fachfremder“ Aufgaben

Über die bereits genannten *übergreifenden* Aufgaben hinaus gab es in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews Hinweise darauf, dass von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen auch Aufgaben bei den Leistungserbringern ausgeführt werden, die nach der LBR (DRV Bund 2016) *nicht* dem Bereich Sozialer Arbeit zuzuordnen sind. Deshalb wurde in der Online-Befragung in einem offe-

nen Antwortformat auch danach gefragt, ob die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen zusätzliche Aufgaben aus der LBR erfüllen, für die die Soziale Arbeit nicht als auszuführende Berufsgruppe angegeben ist. Hier zeigte sich, dass es einige Aufgaben gibt, die teils von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen neben den Aufgaben, die der Berufsgruppe zugeordnet werden, übernommen werden, wie die folgende Tabelle (Tab. 3) zeigt.

Tab. 3: Aufgaben aus der LBR, die nicht der Berufsgruppe Sozialer Arbeit zugeordnet werden, aber von dieser übernommen werden

Psychologische Testung – standardisiert (A090)
Psychologische Testung – nicht standardisiert (A100)
Lehr-, Lerneinheit EDV (Grundlagen) (C080)
Psychologische Beratung zu gesundheitsbezogenen Themen (L030)
Ernährungsberatung (L050)
Gesundheitscoaching (L070)
Problem- und störungsorientierte Gruppenarbeit (L070)
Sportpädagogische Leistungen (L170)
Rückenschule (L190)
Seminar Entwicklung von Bewerbungsstrategien (M010)
Seminar schriftliche Bewerbungen (M020)
Bewerbungstraining (M030)
Beratung zur Bewerbung (M040)
Beratung zur Praktikumssuche, -vorbereitung (M060)
Praktikumsbegleitendes Seminar (M090)
sonstige Hilfsmittelberatung und -erprobung (N040)

Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen gaben vor allem Leistungen aus den Leistungsbereichen L und M an, die sie zusätzlich erfüllten. Laut der LBR sind die aus der Tabelle zu entnehmenden Aufgaben sonst zum Beispiel den Berufsgruppen der Psycholog*innen, Ärzt*innen, Fachlehrer*innen, Psychologischen Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Sportlehrer*innen zuzuordnen (DRV Bund 2016). Dabei ist zu beachten, dass im Bereich Sozialer Arbeit nicht nur Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen tätig sind, sondern sich hier auch weitere Berufsgruppen verorten, wie bereits in 4.5 thematisiert wurde.

Aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews gingen bereits Aufgaben, wie die *Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung*, die *fallübergreifende Netzwerkarbeit* und die *Übernahme administrativer Aufgaben* hervor, die von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erfüllt werden, jedoch nicht auf Basis der LBR zu dokumentieren sind. Auch diesbezüglich wurde in der Online-Befragung ein offenes Antwortformat angeboten, in welchem die Befragten Aufgaben angeben konnten, die sie in ihrer Arbeit erfüllen, aber nicht mit Hilfe der LBR dokumentieren können. Auch hier zeigten sich Überschneidungen aus den Ergebnissen der Online-Befragung zu denen der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews. So wurde auch in der Online-Befragung die *fallübergreifende Netzwerkarbeit* als weitere Aufgabe neben der LBR benannt. Als weitere Aufgaben sahen die Be-

fragten den *Austausch mit ambulanten Behandler*innen*, die *Beratung über die LTA*, z. B. an Psycho- und Ergotherapeut*innen sowie *Verwaltungsarbeit*.

Sowohl bei den Angaben im offenen Antwortformat der Online-Befragung zu weiteren Aufgaben in der LBR, die nicht im Bereich Sozialer Arbeit zu dokumentieren sind, als auch weiteren Aufgaben neben der LBR, gaben Befragte teils solche an, die eigentlich zu den Aufgaben gehören, die von der Berufsgruppe Sozialarbeit/Sozialpädagogik laut LBR zu dokumentieren wären. So stellt sich die Frage, wie etabliert die Nutzung der LBR in den Einrichtungen ist bzw. ob ein Gesamtüberblick über *alle* Leistungen, die von im Bereich Sozialer Arbeit zu dokumentieren sind, besteht oder ob möglicherweise ausgeführte Aufgaben als nicht vollständig passend zu den vorgegebenen Codes der LBR wahrgenommen werden.

Gewichtung der Aufgaben Sozialer Arbeit

Insgesamt zeigte sich in der Online-Befragung, dass alle Aufgaben, die von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen nach der LBR zu dokumentieren sind, auch von ihnen ausgeführt werden. Dabei wurden jedoch, mit Blick auf die ausgeführte Häufigkeit und die zugeschriebene Wichtigkeit, Unterschiede in der Gewichtung deutlich, im Einzelnen:

- Zur Häufigkeit: Die Leistungen, die von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen als am häufigsten durchgeführt angegeben wurden, sind *Fallbesprechungen im Team* (LBR-Code A260, MW = 4,79), *Individuelle Reha-Verlaufsgespräche* (LBR-Code A280, MW = 4,68), das *Erstellen einer fachlichen Einschätzung zu Reha-Bedarf, -Verlauf und Ergebnis* (LBR-Code A290, MW = 4,61), das *Reha-Abschlussgespräch* (LBR-Code M140, MW = 4,53) sowie die *Fortschreibung des individuellen Reha-Plans* (LBR-Code A220, MW = 4,51). Hingegen wurden die Leistungen *Testung Deutsch als Zweitsprache* (A113, MW = 1,35), *Training – Rechenschwäche, Lese-Rechtschreibschwäche* (LBR-Code C100, MW = 1,81), *Lehr-, Lerneinheit zur Rhetorik* (LBR-Code K160, MW = 1,85) und zu *Moderationstechniken* (LBR-Code K150, MW = 2,04) und *Testung allgemeiner Kulturtechniken – standardisiert* (LBR-Code A111, MW = 2,08) von den Befragten als am seltensten durchgeführt eingeordnet.
- Zur Wichtigkeit: Die Wichtigkeit der Aufgabenerfüllung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen schätzten die Befragten bei dem *Individuellen Reha-Verlaufsgespräch* (LBR-Code A280, MW = 4,67), dem *Erstellen einer fachlichen Einschätzung zu Reha-Bedarf, -Verlauf und -Ergebnis* (LBR-Code A290, MW = 4,64), der *Fallbesprechung im Team* (LBR-Code A260, MW = 4,59), dem *Aufnahmegespräch* (LBR-Code A010, MW = 4,58) sowie bei dem *Einzelgespräch bei Gefährdung des Maßnahmeabschlusses* (LBR-Code M120, MW = 4,56) am wichtigsten ein. Am wenigsten wichtig wurde die Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen bei der *Testung Deutsch als Zweitsprache* (LBR-Code A113, MW = 2,03), dem *Training – Rechenschwäche, Lese-Rechtschreibschwäche* (LBR-Code C100, MW =

2,26), der *Testung allgemeiner Kulturtechniken – nicht standardisiert* (LBR-Code A112, MW = 2,28), der *Lehr-, Lerneinheit zur Rhetorik* (LBR-Code K160, MW = 2,38) sowie zu *Moderationstechniken* (LBR-Code K150, MW = 2,41) angegeben.

5.2. AUFGABEN SOZIALER ARBEIT IN DEN SCHNITTSTELLEN

5.2.1. SCHNITTSTELLEN

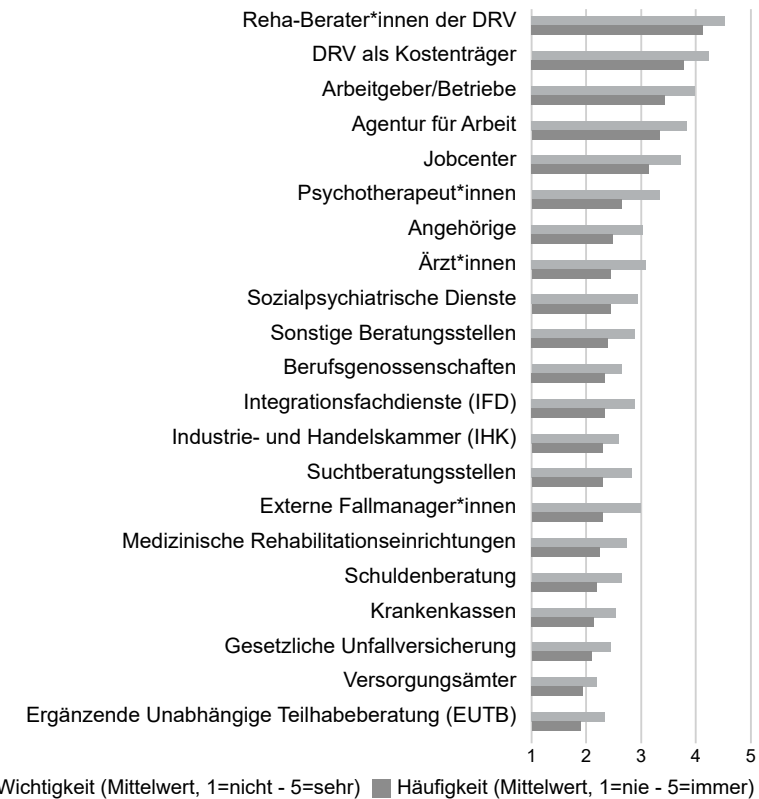
Nach dem Überblick über die *übergreifenden* Aufgaben Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation, soll nun der Blick noch spezifischer auf die *Schnittstellen* gelenkt werden, die im beruflichen Rehabilitationsprozess entstehen, und die Aufgaben, die in diesen entstehend. Ausgehend von der allgemeinen Aufgabenbeschreibung Sozialer Arbeit in der Rehabilitation (2.1) sowie der beschriebenen Komplexität des Systems der Rehabilitation mit Blick auf die rechtlichen Grundlagen (2.2) und die sozialpolitische Rahmung (3.2), ist davon auszugehen, dass diese im Besonderen auch in der Aufgabenerfüllung Sozialer Arbeit präsent sind und auch mit weiteren Aufgaben in diesen Schnittstellen für sie verbunden sind. Hierzu werden Ergebnisse der Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews mit jenen der Online-Befragung zusammengeführt, partiell wird auch auf das Material der narrativen Interviews zurückgegriffen. Dies soll zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragen unter (1) in Kapitel 2.3 beitragen.

Als Schnittstellen müssen alle entstehenden Schnittpunkte im beruflichen Rehabilitationsprozess gelten, die zwischen verschiedenen Akteuren, Institutionen oder Maßnahmen entstehen. Hier kommt es beispielsweise zu einer notwendigen Zusammenarbeit, es entstehen Abstimmungsbedarfe, ggf. sind weitere Bedarfe abzudecken, oder es kommt zu Übergängen, d. h. z. B. Wechsel zwischen Zuständigkeiten oder im Status. Zu bearbeitende Schnittstellen entstehen dabei im Besonderen auch an den beiden zentralen individuellen Übergängen im Rehabilitationsprozess für die beruflichen Rehabilitand*innen: Erstens dem Übergang nach einer medizinische Rehabilitation in eine Maßnahme bei einem LTA-Leistungserbringer und zweitens dem Übergang in den Arbeitsmarkt im Anschluss an den beruflichen Rehabilitationsprozess. Dabei kann es, bedingt durch die häufigen Maßnahmeketten (Sternberg et al. 2024), d. h. mehrere LTA-Leistungen werden in Anspruch genommen, auch innerhalb des beruflichen Rehabilitationsprozess zu weiteren Übergängen kommen, z. B. in weitere Maßnahmen oder zu weiteren LTA-Leistungserbringern, und es finden auch innerhalb der Maßnahmen Übergänge statt, z. B. in einen Praktikumsbetrieb. Auch hier können wiederum zu bearbeitende Schnittstellen entstehen (vgl. 3.2). Unter 5.1 wurde teilweise schon deutlich, dass viele weitere Stellen zur Unter-

stützung in den Rehabilitationsprozess eingebunden werden. Auch die *Übergangsgestaltung* wurde dabei zuvor auch schon als *übergreifende Aufgabe* beschrieben.

Auf Grundlage der qualitativen Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews zeichnet sich deutlich ab, dass für die Soziale Arbeit bei den Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation im Besonderen Abstimmungen mit der DRV als Kostenträger und den Reha(fach)-Berater*innen der DRV erforderlich sind. Betriebe sind als Praktikumsstellen und Arbeitgebende zentrale Akteure für die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern. Die Einbindung weiterer Akteure ergibt sich zum einen daraus, die materielle Situation der Rehabilitand*innen im Rehabilitationsprozess sicherzustellen, und zum anderen durch die weitere Stabilisierung der gesundheitlichen Situation der Rehabilitand*innen. Darüber hinaus kommen ggf. weitere Stellen hinzu, die einzubinden sind, um spezifische individuelle Bedarfe der Rehabilitand*innen abzudecken.

Abb. 7: Häufigkeit und Wichtigkeit verschiedener Schnittstellen sortiert nach Mittelwert der Kontakthäufigkeit



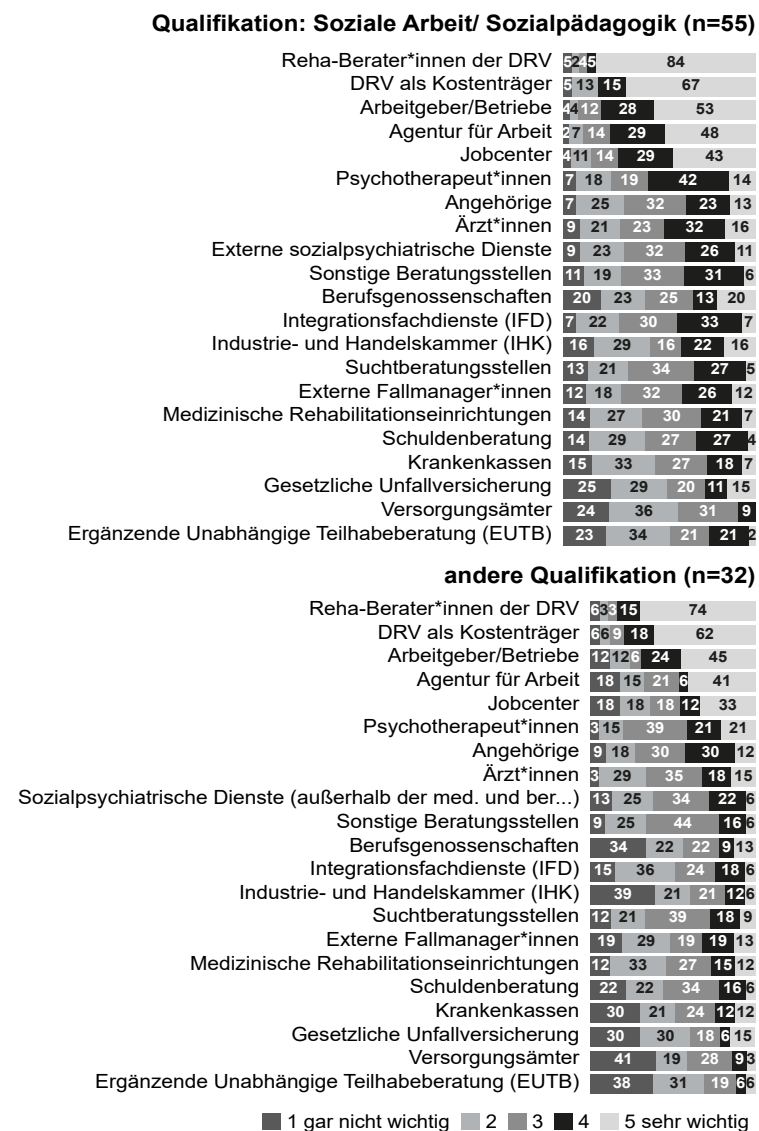
Mittelwerte, n=109. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Im Rahmen der Online-Befragung wurde auf Grundlage der Ausführungen und der Aussagen in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews eine Vielzahl

von möglichen Schnittstellen berücksichtigt. Grob kategorisieren lassen sich diese in die Bereiche Arbeitsmarkt, Gesundheit, Ämter/Sozialversicherungen, Beratungsangebote sowie Angehörige (s. Abb. 7). Keine der berücksichtigten Schnittstellen wird in der Online-Befragung von den Tätigen im Bereich Sozialer Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern im Mittel als gänzlich unwichtig eingestuft. Mit Blick auf die Häufigkeit des Kontakts zeigt sich allerdings eine deutliche Abstufung. Erwartungsgemäß besteht im Besonderen zur DRV durch ihre Zuständigkeiten für Beratung *und* Finanzierung ein sehr häufiger Kontakt (MW 4,1 bzw. 3,8). Weitere Schnittstellen, mit denen in der Sozialen Arbeit Tätige ebenfalls häufig im Austausch sind, sind Arbeitgebende (MW 3,6), Agenturen für Arbeit (MW 3,4) sowie Jobcenter (MW 3,2). Zusätzlich wurde noch offen erfragt, ob es noch weitere relevante Schnittstellen aus Sicht der Befragten gibt. Dabei wurde noch in relevanter Zahl auf gesetzliche Betreuer*innen verwiesen und die Eingliederungshilfe auch mit Hinweis auf den Bereich des ambulant betreuten Wohnens. Diese Schnittstelle wäre entsprechend noch zu ergänzen für die Soziale Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern. An einer Stelle wurde auch auf die Einbindung in örtliche Arbeitskreise verwiesen. Diese Nennung ist wiederum Ausdruck der Netzwerkarbeit, die übernommen wird. Die Einbindung in Netzwerke wäre ein ergänzender Aspekt, der aber hier nicht im Fokus stand.⁹

⁹ Verwiesen wurde außerdem auf die Bereiche Jugendhilfe und Schule, die aber hier aufgrund der Zielgruppe der DRV-Versicherten weniger im Fokus standen und vermutlich eher relevant für den Bereich der Erstengliederung im Zuständigkeitsbereich der BA sind.

Abb. 8: Einschätzungen zur Wichtigkeit verschiedener Schnittstellen sortiert nach Mittelwert der Kontakthäufigkeit in Abhängigkeit von der Qualifikation



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

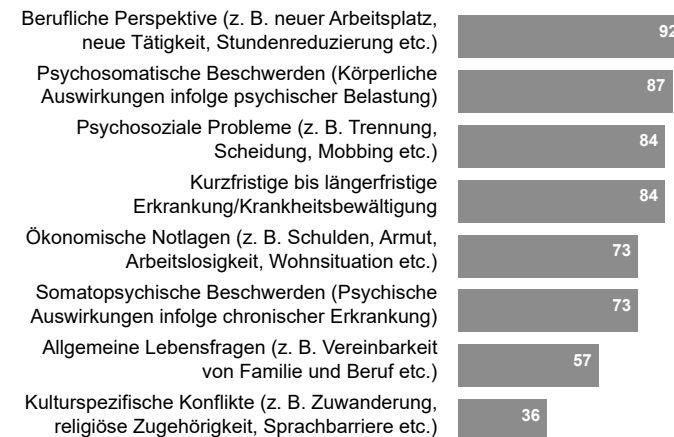
In einem weiteren Schritt wurden die Einschätzungen zur Wichtigkeit der verschiedenen Schnittstellen auch getrennt nach Qualifikation der Befragten dargestellt (vgl. Abb. 8). Dabei zeigt sich, dass diejenigen Befragten mit einer Qualifikation in Sozialer Arbeit/Sozialpädagogik, den Schnittstellen zu denen häufig Kontakt besteht, generell nochmals eine etwas höhere Wichtigkeit zuschreiben als diejenigen mit einer anderen Qualifikation, so mit Blick auf die DRV wie auch Arbeitgebende und Agentur für Arbeit oder Jobcenter. Die Schnittstellen

mit einer geringeren Relevanz, wie die Krankenkassen, die Unfallversicherung, die Versorgungsämter wie auch der EUTB, werden von jenen mit einer Qualifikation im Bereich Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik seltener als gar nicht wichtig eingestuft als von denjenigen mit einer anderen Qualifikation. Hier könnte sich möglicherweise widerspiegeln, dass diejenigen mit einer Qualifikation in Sozialer Arbeit bzw. Sozialpädagogik stärker eingebunden sind in die Netzwerkpflege und Bearbeitung von Schnittstellen.

Anzunehmen ist weiterhin, dass viele der Schnittstellen, zu denen zwar Kontakte bestehen, diese aber seltener (vgl. Abb. 7) und eher in Abhängigkeit von Bedarfen eingebunden werden. So könnten diese auch abhängig von individuellen Bedarfen der Rehabilitand*innen hinzugezogen werden. Um eine Aussage darüber treffen zu können, welche Unterstützungsbedarfe seitens der beruflichen Rehabilitand*innen aus Sicht der in der Sozialen Arbeit Tätigen bestehen, wurde dies auch im Rahmen der Online-Befragung erhoben (Abfrage in Anlehnung an Tiskens/Borg-Laufs 2021: 110 basierend auf Stimmer/Ansen 2016). Dabei zeigt sich, dass 92 % der in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Teilnehmenden Unterstützungsbedarf mit Blick auf die berufliche Perspektive angeben. Daneben bestehen, auch wie zu erwarten, vor allem Hilfebedarfe im Hinblick auf gesundheitliche Aspekte (psychosomatische Beschwerden 87 %, Krankheitsbewältigung 84 %, somatopsychische Beschwerden 73 %). Daneben sind aber auch psychosoziale Probleme wie auch ökonomische Notlagen sehr präsent als Unterstützungsbedarfe (84 bzw. 73 %). Hier spiegelt sich auch die Beschreibung der übergreifenden Aufgaben wider. Seltener aber immer noch häufig haben Teilnehmende auch Hilfebedarf bei allgemeinen Lebensfragen (57 %). Seltener bestehen Bedarfe in Bezug auf kulturspezifische Konflikte (36 %) ¹⁰ (Abb. 9).

¹⁰ Empirische Studien deuten allerdings darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund bzw. ausländischer Staatsangehörigkeit seltener Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen. Als mögliche Barrieren werden in einer qualitativen Studie unzureichende Deutschkenntnisse, fehlende Informationen über Rehabilitationsleistungen und ein geringeres Wissen über das deutsche Gesundheitssystem genannt (Brzoska et al. 2022).

Abb. 9: Unterstützungsbedarfe der Teilnehmenden



Anteile in %, n=109. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Im Folgenden wird der Blick nun auf die Aufgaben Sozialer Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern in den Schnittstellen zwischen verschiedenen Organisationen gerichtet, die in zentralen biographischen Übergängen für die Rehabilitand*innen entstehen, die LTA in Anspruch nehmen. Solche biographischen Übergänge können der Übergang von einer medizinischen in die berufliche Rehabilitation oder jener in eine Erwerbsarbeit im Anschluss an die berufliche Rehabilitation sein.

5.2.2. AUFGABEN SOZIALER ARBEIT IN SCHNITTSTELLEN

In der Sozialen Arbeit Tätige bei den Leistungserbringern begleiten berufliche Rehabilitand*innen als Ansprechpersonen von Beginn bis zum Ende ihrer Maßnahmen und dies auch in deren Übergangsprozessen in ein Praktikum oder zu Arbeitgebenden.

„Ja, also Integration steht bei uns natürlich ganz, ganz oben, ist eins unserer primären Ziele, nicht nur, dass die Leute ihre Ausbildung schaffen, sondern, dass sie integriert werden in den 1. Arbeitsmarkt, und da leisten die Sozialpädagogen natürlich vom ersten Tag der Umschulung einen wertvollen Beitrag, kommunizieren mit potenziellen Praktikumsgebern, mit Arbeitgebern, mit den Leistungsträgern [...]“ (FG 2, Z. 307-312).

Hierbei übernehmen sie Kommunikationsaufgaben im Sinne der Rehabilitand*innen. Zugeschrieben wird der Sozialen Arbeit die aktive Lösungssuche bei auftretenden Problemen in Schnittstellen zu externen Akteuren und Institutionen aber auch in Schnittstellen, die intern bei den Leistungserbringern entstehen (EI 4, Z. 111-117; EI 2, Z. 113-118).

Aufgaben im Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation

Für viele berufliche Rehabilitand*innen beginnt die berufliche Rehabilitation bereits mit der medizinischen Rehabilitation. Sie durchlaufen beide Phasen als Teil ihres individuellen Rehabilitationsprozesses. Hierbei entstehen teils lange Wartezeiten zwischen dem Ende der medizinischen Rehabilitation und dem Beginn einer Maßnahme im Rahmen der LTA, was in den Fokusgruppeninterviews problematisiert wurde.

Bw2: „da sind Löcher dazwischen, die gerade bei Depressiven immer wieder dazu führen, ne, dass es eben Rückfälle gibt. Und ... also die Umschulungsbeginne sind einfach zweimal im Jahr, ne, da sind viele Monate zwischen, oder, ne, die Wartezeiten für Integrationsmaßnahmen oder was, sind auch einfach lang, die sind drei bis vier Monate teilweise, und da passiert viel, ne? Nämlich nichts. Also viel in den Köpfen, aber nichts im Leben und deswegen ist es super wichtig, da frühzeitig einfach schon die Sachen so zu installieren, dass eine Tagesstruktur erhalten bleibt nach Entlassung. Und das ist im Moment einfach echt ein Riesensproblem immer noch, ne, dass die ganzen Prozesse so ewig dauern und da ganz viel an Motivation, die in der Reha gewonnen wurde, eben auch in den ganzen beruflichen ... also medizinisch-beruflich orientierten Rehas einfach wieder zusammenbricht, leider“ (FG 1, Z. 552-565).

Gemachte Fortschritte in der medizinischen Rehabilitation werden so wieder zunichte gemacht, was auch die Motivation für die anschließende berufliche Rehabilitation reduziert. Insbesondere bei Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen begünstigen lange Wartezeiten eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation.

Für die Inanspruchnahme von LTA nach der medizinischen Reha ist ein Antrag nötig, der mit Hürden verbunden sein kann, trotz eines bestehenden Bedarfs – insbesondere bei komplexen Problemlagen. Um eine schnelle Bearbeitungszeit von LTA-Anträgen zu unterstützen, ist Systemkenntnis nötig, wie auch die gezielte Einbindung der Reha-Berater*innen.

Wie schon oben angesprochen, kann der Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation durch finanzielle Versorgungslücken beeinträchtigt werden, was sich auch auf den Erfolg der beruflichen Reha auswirkt. Eine Konzentration auf die Inhalte und vor allem Ziele der Maßnahmen kann besser erfolgen, wenn die eigene Existenz in dieser Zeit gesichert ist (FG 1, Z. 443-455).

Die zusätzlichen narrativen Interviews mit den Rehabilitand*innen aus dem AN-SAB-Projektbeirat weisen ebenfalls auf eine *finanzielle Versorgungslücke* hin, zum anderen aber auch auf eine *personelle Versorgungslücke* im Rehabilitationsprozess (s. hierzu a. 5.4).

Für die Rehabilitand*innen ist die Beantragung finanzieller Unterstützung zur materiellen Absicherung während der LTA essenziell. In dieser Phase besteht

ein Bedarf an Ansprechpersonen bei finanziellen Problemen in der beruflichen Reha (NI 4, Z. 413-424). Die finanzielle Absicherung wurde zudem als Grundlage für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation herausgestellt. Wenn diese nicht vorhanden ist, ist eine Zunahme der individuellen Problemlagen bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands wahrscheinlich (NI 4, Z. 169-174).

„Und wenn man die Leute so im Regen stehen lässt, da kann so [...] ne Depression, kann ja nicht besser werden. [...] Und wenn ich hinten immer noch ein Problem hab, im finanziellen Bereich [...]. Da kann der Mensch nicht gesund werden. Und das ist für mich im gesamten Bereich eigentlich, ja, ein Fehler“ (ebd.).

Auch die *personelle Versorgungslücke* wurde im Übergang von medizinischer in berufliche Rehabilitation sichtbar, vor allem bei langen Wartezeiten in den Übergängen. Als Konsequenz aus dem Mangel an Ansprechpersonen kann die Verschlechterung des individuellen Gesundheitszustands der Rehabilitand*innen hervorgehen (NI 6, Z. 153-162).

„Also fast ein Jahr hat das jetzt gedauert, bis ich dann in die berufliche Reha übergeleitet worden bin. [...] So und wenn da keiner ist, der dann sagt: ‚So jetzt gehen wir mal einkaufen. [...] Und wenn das nicht passiert, bin ich wieder beim Status Quo, nämlich bei null. [...] Ich bin mit null wieder in die berufliche Reha gestartet“ (ebd.).

Die Rehabilitand*innen fühlten sich im Übergang teils nicht hinreichend unterstützt durch Ansprechpersonen in der Sozialen Arbeit (NI 1, Z. 140-147) und wünschten sich hier explizit „mehr Aufmerksamkeit, Zeit oder im Allgemeinen [...] Betreuung, oder [...] Fürsorge“ (NI 5, Z. 542-543). Zudem zeigt sich eine Unkenntnis über die Zuständigkeiten und Aufgaben von Akteuren im Bereich der beruflichen Rehabilitation und somit eine Unsicherheit, mit welchen Problemlagen man sich an welche Person wendet (NI 5, Z. 79-87).

Weiterhin fehlt, auch sowohl im Bereich der Akutversorgung als auch in der medizinischen Rehabilitation, konkretes Wissen über die weiteren Schritte und Möglichkeiten im Bereich einer beruflichen Rehabilitation. So kann es zu längeren Bearbeitungszeiten kommen oder auch zu nicht weiterführenden Angaben im Rahmen der Leistungsbeurteilung, die aber sehr relevant ist für die nachfolgenden Schritte, da dies erhebliche Konsequenzen für den weiteren Verlauf hat.

Bw2: „die wissen einfach nicht, was passiert, wenn ich den jetzt kaputt schreibe oder halb kaputt schreibe oder [Ja.] ne, wenn ich über sechs Stunden mache, und der kann es aber gar nicht mehr, das ist einfach wirklich ... ja, wird nicht vermittelt, ne? Deswegen, also ich musste die Sozialmedizin in der Klinik ausfüllen, weil es die Ärzte da sprachlich nicht hingekriegt haben teilweise. Also, ne, also einfach gar – gar nicht wussten, was da auszufüllen ist und das kann natürlich auch nicht sein, ne? Also weil ich habe auch keine Sozialmedizin studiert und ... ne, kann es offiziell auch nicht, habe es aber über Jahre gemacht, ne? Weil ich immer noch die war, die am meisten Ahnung von dem ganzen Krempel hatte, was echt schade ist“ (FG 1, Z. 661-671).

Eine besondere Komplexität entsteht im Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation, wenn unterschiedliche Kostenträger eingebunden sind. So entsteht eine potenzielle Schnittstellenproblematik.

Bm1: „haben wir halt einfach die Situation, dass man verschiedene Leistungsträger hat von Krankenkasse über Rentenversicherung, da gibt es noch zwei, dann kommt die Arbeitsagentur noch mit rein oder das Jobcenter oder keine Ahnung was. Und da wird es halt schwierig. Und da versanden halt viele, wenn sie letztendlich nicht von irgendeiner Seite, sage ich mal, einen sanften Schub, Druck (lacht leise) kriegen oder die eigene ... den eigenen Antrieb und die eigene Motivation haben.“ (FG 2, Z. 473-481).

In der Sozialen Arbeit Tätige bei den LTA-Leistungserbringern übernehmen durch eine frühzeitige Information zum Ablauf und zu Formalia der anschließenden beruflichen Rehabilitation in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen einen Beitrag dazu, einen schnellen Anschluss zu erreichen und die (zeitnahe) finanzielle Absicherung von Rehabilitand*innen zu gewährleisten (FG 1, Z. 447-457). Dabei unterstützen sie ggf. auch bei der Antragstellung. Zielgruppe sind aber nicht nur die potenziellen beruflichen Rehabilitand*innen, sondern auch Ärzt*innen in den medizinischen Reha-Einrichtungen.

Bm2: „[...] dass wir das Thema berufliche Reha bei den Behandlern platzieren, da informieren, versuchen die Komplexität des – des ganzen Konstrukts irgendwie runterzubrechen, damit der Behandler dann auch für jeden Einzelnen dann zumindestens der erste richtige Wegweiser sein kann. Ja“ (FG 1, Z. 470-474).

Um die teils sehr langen Wartezeiten zu überbrücken, sind in der Sozialen Arbeit Tätige auch bereits vor dem Beginn der LTA-Maßnahme ansprechbar und informieren.

Bw2: „also weil ich weiß, wie schwierig das ist für die Leute, die Wartezeit zu überbrücken, und weil ich genau weiß, wie oft es dann eben zu Wiedererkrankungen, Neuerkrankungen, Rückfällen, irgendwas kommt, vereinbare ich immer mit denen, weil ich die Informationsgespräche auch am Standort bei uns mache, dass sie sich wirklich regelmäßig bei mir melden, damit ich auch weiß, sie sind noch interessiert an der Reha und ... ne, damit ich wirklich bei der Planung auch berücksichtigen kann, okay, wer – wer hat jetzt wirklich regelmäßig sich gemeldet und wo kann ich davon ausgehen, dass der schnell vermittelt werden will und auch wirklich eine echte berufliche Motivation hat. Und deswegen, ne, sind wir da wirklich auch vorher immer im Austausch, im engen Austausch, also wir haben die ja vorher schon im Dokumentationssystem eingepflegt und dokumentieren die Regelmäßigkeit und was eben da passiert, ne?“ (FG 1, Z. 1023-1032).

Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen zur DRV

In den durchgeführten Fokusgruppeninterviews wird die Soziale Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern als zentraler Kontakt zum Kostenträger, also der DRV eingeordnet, wenn es um Belange der Rehabilitand*innen geht. Diese Schnitt-

stelle ist im gesamten Rehabilitationsprozess relevant. Eine wichtige Aufgabe, die sie in dieser Schnittstelle übernehmen, ist Lösungen zu finden, wenn es zu finanziellen Problemlagen kommt bzw. Fragen dazu aufkommen, z. B. hinsichtlich des Übergangsgelds oder wenn weitere Leistungen beantragt werden sollen (FG 2, Z. 10-17).

Bw2: „[...] und es eben nicht zu diesen finanziellen Lücken kommt, die dann dazu führen, dass man sich überhaupt nicht auf die berufliche Reha mehr konzentrieren kann, weil es erst mal um die reine finanzielle existenzielle Not geht, ne, die Miete kann nicht gezahlt werden, was mache ich jetzt, ne? Also wir haben teilweise wirklich Leute bei uns, die dann sagen: Ja, das Fahrgeld ist nicht gezahlt worden, ich kann jetzt nicht kommen, oder ich kann meiner Tochter nichts zu essen kaufen, kann ich mir jetzt überlegen, was ich mache', ne, und das ist echt immer blöd, wenn es dann soweit kommt“ (FG 1, Z. 443-460).

Kommt es in der finanziellen Absicherung zu Problemen oder Ängsten, steht dies auch dem Maßnahmeerfolg entgegen, da dies die Konzentration erschwert.

Die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern sind außerdem im Austausch mit den Reha-Berater*innen der DRV über die Maßnahmenziele. Durch den regelmäßigen und vertrauensvollen Austausch mit den Rehabilitand*innen und als Ansprechpersonen bei Problemen, bearbeiten sie Aufgaben in der Schnittstelle zu den Kostenträgern (FG 2, Z. 548-558; EI 2, Z. 98-102; EI 4, Z. 111-117). Ein frühzeitiger Austausch mit den DRV-Reha-Berater*innen ist im Hinblick auf eine individuelle und bedarfsorientierte Gestaltung des Rehabilitationsverlaufs von hoher Relevanz und auch, um Problemen (z. B. Abbruch der Maßnahme, Umschulungsziel wird nicht erreicht) vorzubeugen (FG 1, Z. 540-545).

Das Ziel ist es, eine individuelle, bedarfsorientierte Gestaltung des Rehabilitationsverlaufs von Rehabilitand*innen im Austausch mit Reha-Berater*innen zu ermöglichen. Die Maßnahmen für die Rehabilitand*innen bedarfsorientiert anzupassen oder ggf. zu verändern, ist mit Verhandlungen verbunden, da es hier auch um finanzielle Budgets und Kontingente geht. Eine Voraussetzung für die gute Zusammenarbeit im Sinne guter individueller Lösungen ist dabei auch eine gute Vernetzung und Netzwerkpflege mit den Reha-Berater*innen, die auch zeitliche Ressourcen der in der Sozialen Arbeit Tätigen erfordern.

Bw2: „weil ganz viel tatsächlich über die persönliche Ebene auch geht, ne? Und wenn man einen guten Draht zum Reha-Berater hat, dann kriegt man auch verdammt viel für denjenigen durch, ne?“ (FG 1, Z. 870-881).

Auch in der Online-Befragung wurde die Wichtigkeit des Austauschs mit den Reha-Berater*innen bei Problemen während der Maßnahmen von Rehabilitand*innen von den befragten Tätigen in der Sozialen Arbeit hervorgehoben. 75 % der Befragten stufte dies als sehr wichtig ein.

Problematisiert wird auch, dass sich in der Coronazeit der Austausch mit den Reha-Berater*innen der DRV und aber auch den anderen Kostenträgern teils nachhaltig verändert habe. Inzwischen wird der Austausch zwischen in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern und den Kostenträgern allerdings wieder mittels intensiver Bemühungen aufgenommen (FG 2, Z. 233-234).

Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen zu Arbeitgebenden

Um den individuellen Übergangsprozess in Erwerbsarbeit und perspektivisch in ein neues Beschäftigungsverhältnis nachhaltig zu gestalten, ergeben sich für in der Sozialen Arbeit Tätige unterschiedliche Aufgaben in der Schnittstelle zu Betrieben. Diese richten sich sowohl an Arbeitgebende als auch an Rehabilitand*innen und werden zu unterschiedlichen Zeitpunkten im beruflichen Rehabilitationsverlauf – während laufender Maßnahmen (z. B. durch Vermittlung von Praktikumsplätzen, Begleitung zu Vorstellungsgesprächen, Praktikumsbetreuung) oder im Anschluss an Maßnahmen bei den Leistungserbringern (z. B. durch Nachbetreuung, Anlaufstelle) – von in der Sozialen Arbeit Tätigen übernommen. Die Schnittstelle zu den Betrieben hat eine besondere Relevanz, da sie unmittelbar mit dem Maßnahmeerfolg verknüpft ist. Hier wird der Übergang in Erwerbsarbeit vor- und nachbereitet.

Während Praktika begleiten in der Sozialen Arbeit Tätige Rehabilitand*innen im Austausch mit den Praktikumsbetrieben und fördern gezielt mit Blick auf die nötigen Fähigkeiten für die Arbeitsstelle.

Bw1: „und der Betrieb sagt: ‚Okay, Fähigkeit A, B und C müssen noch trainiert werden‘, komme ich als Sozialpädagogin regelmäßig in den Betrieb, tausche mich mit dem Betrieb aus, und wir trainieren den Kandidaten speziell auf diese eine Arbeitsstelle. Und am Ende des Praktikums wird dann noch mal geguckt, sind diese Fähigkeiten erlangt, ja oder nein, dann wird entweder das Praktikum noch mal verlängert und an den Fähigkeiten wird weitergearbeitet, oder aber es wird ein Arbeitsvertrag unterschrieben“ (FG 1, Z. 270-276).

Dabei ist ein regelmäßiger Austausch zwischen den beteiligten Betrieben *und* den Rehabilitand*innen nötig. In der Sozialen Arbeit Tätige übernehmen eine Vermittlungsfunktion in der Kommunikation zwischen den teilweise divergierenden Interessen von Rehabilitand*innen und Betrieben.

Bw1: „Ansonsten bin ich auch ganz häufig vermittelnde Position zwischen dem Arbeitgeber und dem potenziellen Arbeitnehmer, also auch meinem Teilnehmer, wo ich dann auch eben versuche, zu vermitteln, gegenseitiges Verständnis zu schaffen, auch Verständnis dafür, dass es leidensgerechte Arbeitsplätze geben muss, speziell für den einen. Warum es die für diesen ... für diese spezielle Person geben muss, und was möglicherweise die Konsequenzen sein können, wenn dieser spezielle Arbeitsplatz nicht so gestaltet werden kann“ (FG 1, Z. 909-915).

Themen mit den Rehabilitand*innen sind beispielsweise, realistische Erwartungen an die Arbeitsstelle zu entwickeln und Transparenz über mögliche bestehende wie auch nicht bestehende Ansprüche gegenüber den Arbeitgebenden

herzustellen (FG 2, Z. 1036-1042). In den Gesprächen mit den Betrieben werden Informationen über die Rehabilitand*innen ausgetauscht (z. B. über Fördermöglichkeiten) und weitere Bedarfe (z. B. arbeitsstellenspezifisches Training) thematisiert (FG 1, Z. 268-272). Betriebe werden für die Bedarfe der Rehabilitand*innen sensibilisiert, und eine Aufgabe kann sein, eine verbesserte Kommunikation zwischen Betrieb und Rehabilitand*in herzustellen (FG 1, Z. 920-925). In der Sozialen Arbeit Tätige beraten Betriebe auch zu weiteren Fördermöglichkeiten bei der Einstellung von Rehabilitand*innen, die sie in Anspruch nehmen können. In der Sozialen Arbeit Tätige haben so eine *beratende* und *informierende* Funktion für die Rehabilitand*innen *und* die Betriebe.

Auch die LBR (DRV Bund 2016) bildet in Kapitel P, welches bereits bei den übergreifenden Aufgaben unter 5.1 angeschnitten wurde (s. a. Abb. 3), Elemente der Zusammenarbeit mit Betrieben ab. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass sich auch hier die Relevanz der Zusammenarbeit mit Betrieben widerspiegelt. Im Kapitel P der LBR beziehen sich die Leistungen *Beratung der Praktikums Einrichtung* (LBR-Code P061), *Beratung des Arbeitgebers* (LBR-Code P062) und *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* (LBR-Code P063) direkt auf die Zusammenarbeit mit Betrieben. Hier wurde die Häufigkeit der Erfüllung der *Beratung von Praktikums Einrichtungen* von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen am höchsten eingeschätzt. Diese erfüllten 53 % der Befragten oft oder immer. Die *Beratung des Arbeitgebers* wurde von rund 43 % der Befragten oft oder immer erfüllt und die *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* lediglich von 36 %. Dagegen gaben 47 % an, die *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* nie oder selten durchzuführen. Die Wichtigkeit zur eigenen Aufgabenerfüllung wurde bei allen drei Leistungen von den Befragten höher eingeschätzt als die Häufigkeit der Aufgabenerfüllung. So wurde die Wichtigkeit zur Aufgabenerfüllung bei allen drei Leistungen von über 50 % als ziemlich oder sehr wichtig eingeschätzt. Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, dass sich auch hier die Relevanz der Zusammenarbeit mit Betrieben widerspiegelt. Im Kapitel P der LBR beziehen sich die Leistungen *Beratung der Praktikums Einrichtung* (LBR-Code P061), *Beratung des Arbeitgebers* (LBR-Code P062) und *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* (LBR-Code P063) direkt auf die Zusammenarbeit mit Betrieben. Hier wurde die Häufigkeit der Erfüllung der *Beratung von Praktikums Einrichtungen* von den im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen am höchsten eingeschätzt. Diese erfüllten 53 % der Befragten oft oder immer. Die *Beratung des Arbeitgebers* wurde von rund 43 % der Befragten oft oder immer erfüllt und die *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* lediglich von 36 %. Dagegen gaben 47 % an, die *Beratung des Qualifizierungsbetriebs* nie oder selten durchzuführen. Die Wichtigkeit zur eigenen Aufgabenerfüllung wurde bei allen drei Leistungen von den Befragten höher eingeschätzt als die Häufigkeit der Aufgabenerfüllung. So wurde die Wichtigkeit zur Aufgabenerfüllung bei allen drei Leistungen von über 50 % als ziemlich oder sehr wichtig eingeschätzt.

Weiterhin werden von den in der Sozialen Arbeit Tätigen individuelle Stabilisierungsnetzwerke für die Rehabilitand*innen im Übergang in eine Beschäftigung aufgebaut. Dies dient der Stabilisierung im Übergang in eine Erwerbstätigkeit und wirkt präventiv mit Blick auf mögliche Abbrüche.

Bw1: „Das läuft dann eben halt über Coachings, Netzwerkarbeit, Austausch. Die Netzwerke sind dann auch über Psychotherapeuten, falls vorhanden, die Eltern sind unter Umständen auch vorhanden, die mit unterstützen können, der Betrieb an sich hat vielleicht auch einen Betriebssozialarbeiter, mit dem man sich austauschen kann. Also es wird um den Kandidaten herum ein möglichst großes Netzwerk gesponnen, damit er auch weiß oder sie, wo kann ich mich hinwenden, wenn ein Arbeitsmarktabbruch doch noch erfolgen sollte, oder droht“ (FG 1, Z. 286-293).

In der Sozialen Arbeit Tätige bereiten den Übergang in eine Erwerbsarbeit vor und vernetzen die Rehabilitand*innen mit Ansprechpersonen in den Betrieben, binden aber ggf. auch die ambulante Versorgungsstrukturen mit ein und prüfen, ob nahestehende Personen mit eingebunden werden können.

Mit Blick auf eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration wird der *Nachbetreuung* von in der Sozialen Arbeit Tätigen in den Interviews eine große Relevanz zugeschrieben (FG 1, Z. 1015-1022; FG 1, Z. 1049-1059), da sie aus der Perspektive der Interviewpartner*innen dazu geeignet ist, Arbeitsplatzabbrüchen bzw. -verlusten (häufig in der Probezeit) vorzubeugen.

Bw2: „Und da ist es ganz wichtig, dass eine Nachbetreuung tatsächlich stattfindet, ne, also dass da einfach immer die Bereitschaft signalisiert werden kann: ‚Sie können sich melden, Sie können anrufen, wir können gerne noch mal ins Gespräch gehen, ne, kommen Sie vorbei, wir kriegen da eine Lösung hin‘, das ist echt eine enorme Entlastung einfach, weil die Probezeit immer einen Druck darstellt“ (FG 1, Z. 964-969).

Der Vergleich der beiden Fokusgruppeninterviews gibt dabei allerdings Hinweise darauf, dass die Finanzierung der *Nachbetreuung* im Anschluss an eine vom Leistungserbringer angebotene Maßnahme uneinheitlich geregelt ist bzw. umgesetzt wird. „Leistungen nach Abschluss der Rehabilitationsleistung“ (DRV Bund 2016: 12 f.) werden in der LBR nicht klassifiziert, obwohl sie bis zu sechs Monate nach Maßnahmenende erbracht werden können (ebd.: 51). Die direkte Zuständigkeit für die unmittelbare Nachbetreuung durch in der Sozialen Arbeit Tätige beim Leistungserbringer der aktuellen Maßnahme geht aus der Gemeinsamen Empfehlung der BAR zum Reha-Prozess so nicht hervor bzw. es ist vorgesehen nach Beendigung der LTA zu prüfen, ob weitere Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind (BAR 2019: 83 ff.). Die Gemeinsame Empfehlung zu den LTA-Einrichtungen verweist aber darauf, dass „Unterstützungsangebote auch zur Stabilisierung eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses für sechs Monate nach formalem Abschluss der Maßnahme (= Nachbetreuung)“ (§ 10 Abs. 2 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a) vorgesehen sind. „Die Aktivitäten zur Nachbetreuung unterstützen die Vermittlung in ein Beschäftigungsverhältnis bzw. die Festigung des Beschäftigungsverhältnisses. Sie beinhalten die einzelfallbezogene Begleitung und Unterstützung der Leistungsberechtigten und/oder des Betriebes bei Fragen und Problemen.“ (§ 10 Abs. 3 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a).

Die Notwendigkeit der Begleitung und Nachbetreuung erscheint sich teilweise aber schon früher im Prozess zu ergeben bzw. muss bereits früher initiiert werden. Weiterhin scheinen sechs Monate nicht in allen Fällen ausreichend für die Nachbetreuung.

Bw2: „wir haben es nur ein halbes Jahr, weil es einfach so zeitlich gar nicht zu stemmen wäre, ne, weil es immer sehr betreuungsintensive Fälle darunter auch gibt, natürlich, die rufen ständig an. Deswegen, wir haben nur ein halbes Jahr, leider. (lacht)“ (FG 1, Z. 1009-1112).

Der *Nachbetreuung* wird auch von den Teilnehmenden der Online-Befragung eine hohe Relevanz zugeschrieben. 44 % ordnen diese als sehr wichtig und 29 % als ziemlich wichtig ein. Demgegenüber steht aber auch ein Viertel, die diese als mittelmäßig (20 %) bzw. wenig wichtig einordnen.

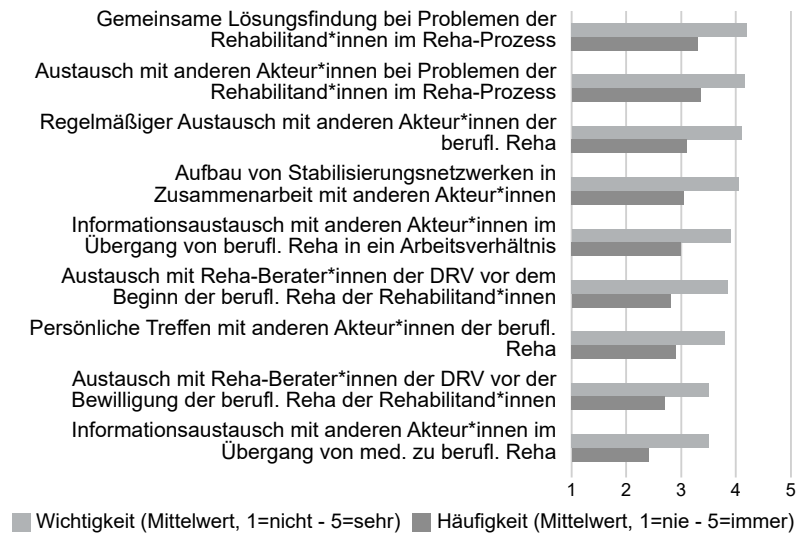
Nach Aussagen der Fokusgruppenteilnehmenden schreiben nicht nur sie, sondern auch die Kostenträger der *Nachbetreuung* eine „ganz hohe Priorität“ (FG 1, Z. 975-984) zu, was im deutlichen Gegensatz zu den zuvor genannten Finanzierungsproblemen steht.

Bm2: „Ich kann auch von uns sagen, dass das sehr gut genutzt wird. Daher sehe ich die Wichtigkeit da eben und habe auch die Erfahrung, dass das eben genau den Rehabilitanden hilft, und bei den Kostenträgern hat es ja sowieso eine ganz hohe Priorität“ (FG 1, Z. 981-984).

Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen auf Basis der Online-Befragung

Im Rahmen der Online-Befragung wurden auch Einschätzungen zu den Aufgaben Sozialer Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern in den Schnittstellen erfragt. Abgeleitet wurden die neun Aussagen im Online-Fragebogen aus dem qualitativen Material der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews. Einschätzt wurden dabei wiederum die *Wichtigkeit* und die *Häufigkeit* der verschiedenen Aufgaben in den Schnittstellen. Allen abgefragten Aufgaben in den Schnittstellen wird im Mittel eine hohe Wichtigkeit zugeschrieben, dass diese von Personen, die im Bereich Sozialer Arbeit tätig sind, erfüllt werden (Abb. 10). Eine besonders hohe Wichtigkeit werden der gemeinsamen Lösungsfindung bei Problemen der beruflichen Rehabilitand*innen (MW=4,31), dem Austausch mit anderen Akteuren bei Problemen der Rehabilitand*innen im Reha-Prozess (MW=4,29), dem regelmäßiger Austausch mit anderen Akteuren der beruflichen Reha (MW=4,14) sowie dem Aufbau von Stabilisierungsnetzwerken in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (MW=4,05) beigemessen. Alle Aufgaben werden hinsichtlich der Häufigkeit, in der sie durch die Befragten ausgeführt werden, etwas niedriger eingestuft.

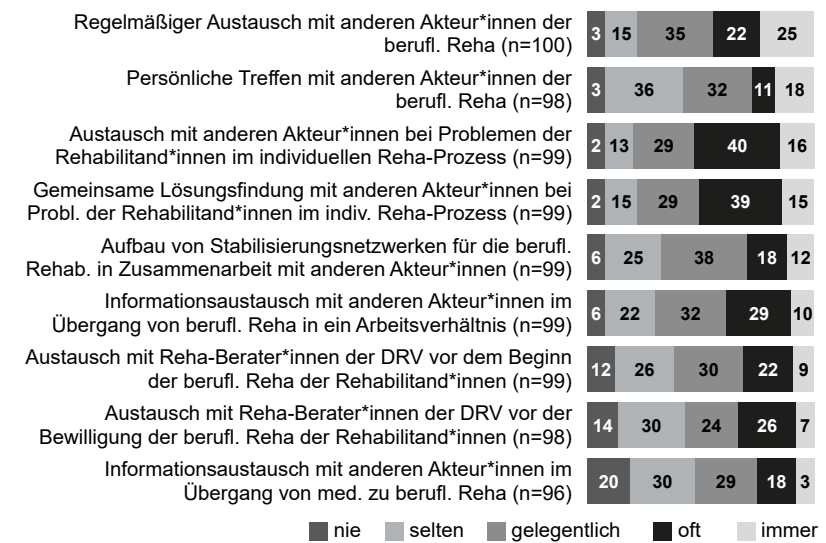
Abb. 10: Häufigkeit und Wichtigkeit von Aufgaben in Schnittstellen sortiert nach Mittelwert der Wichtigkeit



Mittelwerte, n=92 – n=100. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Im Folgenden ist die *Häufigkeit* der Aufgaben dargestellt (Abb. 11). Wie eingangs beschrieben sind die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern kontinuierliche Ansprechpersonen für die beruflichen Rehabilitand*innen. Anzunehmen ist, dass eine Unterstützung im Besonderen bei Problemen jeglicher Art nötig wird. Dabei haben die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern insbesondere die Aufgabe, für die Rehabilitand*innen einzutreten und sie gegenüber verschiedenen Akteuren zu vertreten. „Gemeinsame Lösungsfindung“ und „Austausch bei Problemen im individuellen Reha-Prozess“ sind auch die Aufgaben, die am häufigsten in den Schnittstellen ausgeübt werden. Über die Hälfte der Befragten geben das als immer oder häufig auszuführende Aufgabe an. Was sich hier auch deutlich widerspiegelt, ist die Netzwerkarbeit. 47 % gaben an, dass der „regelmäßige Austausch“ mit weiteren Akteuren immer oder oft als Aufgabe in den Schnittstellen anfällt. Ein gemischteres Bild zeigt sich mit Blick auf den Austausch in der Schnittstelle zur DRV vor dem Beginn oder vor der Bewilligung von LTA. Dieser wird von vielen Befragten als nie oder selten angegeben (38 bzw. 44 %), während aber auch etwa je ein Drittel angeben, hier oft oder immer im Austausch zu stehen (Abb. 11).

Abb. 11: Häufigkeit der Aufgaben in Schnittstellen von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Problematisiert wurden in den Fokusgruppeninterviews auch Aspekte im Übergang von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation, z. B. durch lange Wartezeiten. Hier zeigt sich in der Online-Befragung, dass ein Austausch zu diesem Thema von der Hälfte der Befragten nie (20 %) oder selten (30 %) ausgeführt wird (Abb. 11). Hier wäre der Austausch ggf. zu intensivieren.

5.3. VORAUSSETZUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE GELINGENDE AUFGABENERFÜLLUNG

Im Folgenden werden nochmal differenzierter die Voraussetzungen und Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung der im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen dargestellt, welche aus den Ergebnissen der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews hervorgegangen sind und im Rahmen der Online-Befragung weiter quantifiziert wurden.

5.3.1. VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GELINGENDE AUFGABENERFÜLLUNG

Auf Basis der empirischen Ergebnisse lassen sich verschiedene Faktoren identifizieren, die als Voraussetzungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern gelten können.

Die *hohe intrinsische Arbeitsmotivation* für den Beruf wurde als eine Voraussetzung für eine gelingende Aufgabenerfüllung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern benannt.

Bm1: „... ich finde, man muss da mit Herzblut dabei sein, und wirklich auch an den Versicherten interessiert sein, was ... interessiert sein, etwas für die zu erreichen. Ne? Man kann viele Begriffe dafür finden – Kümmerer, jemand, der die Wege ebnet“ (FG 1, Z. 839-842).

Für einen gelingenden Rehabilitationsverlauf der Rehabilitand*innen stellt die *intrinsische Motivation* von in der Sozialen Arbeit Tätigen für ihren Beruf einen wichtigen Faktor dar, da der Beruf ein hohes Maß an Interesse für die Rehabilitand*innen und deren berufliche Reintegration sowie ein persönliches Engagement, auch über die eigentliche Arbeitszeit hinaus, erfordert (FG 1, Z. 837-841).

Neben der *intrinsischen Motivation* für den Beruf wurden auch *spezifische Fachkenntnisse* zur beruflichen Rehabilitation von in der Sozialen Arbeit Tätigen benannt, die für die Erfüllung der Aufgaben bei den Leistungserbringern als relevant erachtet wurden. Dabei wurden Kenntnisse des Sozialrechts besonders herausgestellt.

Bw2: „Ich denke aber auch, dass jeder Sozialpädagoge einen – einen vernünftigen Überblick über ... ich sage jetzt mal so, Leistungsrecht im sozialen Bereich haben sollte. Krankengeld, wie beantrage ich das? Wie lang dauert das? Auch so wirklich so Sachen, wo man sagt, so: ‚AU-Erstbescheinigung, AU-Folgebescheinigung, nein, Erstbescheinigung, weil andere Diagnose, weil nicht das linke, sondern das rechte Knie ...‘ [...]“ (FG 2, Z. 638-643).

Zu den *Fachkenntnissen* gehört auch ein Gesamtüberblick über die berufliche Rehabilitation sowie das Wissen zu formalen Prozessen (z. B. Beantragung von Krankengeld) (ebd.), aber auch Wissen über die verschiedenen Maßnahmen und Leistungen sowie bei welchen Leistungserbringern diese durchgeführt wurden. Um Kenntnisse zu Leistungen anderer Leistungserbringer zu erhalten, würden unter anderem Informationsveranstaltungen und Fortbildungen von Kostenträgern angeboten. Daran teilzunehmen, könnte hilfreich sein, um die beruflichen Rehabilitand*innen in für sie angemessene Hilfen zu vermitteln und so möglichen Problemen, die diese in nicht passenden Leistungen vielleicht hätten, vorzubeugen (EI 4, Z. 343-360). Die Leistungserbringer könnten zudem dazu beitragen, die Fachkenntnisse von in der Sozialen Arbeit Tätigen zu vertiefen, indem Angebote zur Weiterqualifikation von in der Sozialen Arbeit Tätigen, beispielsweise als CDMP (Certified Disability Manage-

ment Profession), bereitgestellt würden (FG 2, Z. 1361-1366). Mithin wurde die *Aus- und Weiterbildung (sozial)pädagogischer Fachkräfte mit spezifischen Inhalten zur beruflichen Rehabilitation* als eine bedeutsame Gelingensbedingung angesehen. Auch Praktika, z. B. im Rahmen des Studiums im Bereich der beruflichen Rehabilitation, zu absolvieren, wurde als hilfreich beschrieben, um bereits Erfahrungen in diesem Tätigkeitsfeld Sozialer Arbeit zu sammeln (EI 4, Z. 442-452). Auch formal in der Sozialen Arbeit *qualifiziertes Personal*, welches im besten Fall einen entsprechenden Bachelorabschluss sowie weitere Zusatzqualifikationen hat, wurde als wichtig zur Erfüllung der Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen angesehen, was jedoch mit weiteren Barrieren zusammenhängen kann und im folgenden Zitat deutlich wird.

„Und klar wäre es toll, wenn lauter Sozialarbeiter*innen da sind, aber die Bildungsträger werden sich gar nicht so viele Sozialarbeiter und -rinnen leisten können, also das ist die Realität, glaube ich. Wäre schön, [...] wenn da lauter Sozialarbeiter*innen oder auch Sozialpädagog*innen sitzen würden, dass ... vielleicht eher Sozialarbeiter*innen, weil die auch noch diesen rechtlichen Anteil, der einfach auch vom ... von der Kompetenz da ist, dann schon mal mitbringen. Wobei es auch schön wäre, wenn es eher Sozialarbeiter*innen wären, die vielleicht auch noch eine Zusatzqualifikation hätten“ (EI 1, Z. 313-321).

Die *Kontinuität von in der Sozialen Arbeit Tätigen* bei den Leistungserbringern wurde als weitere Voraussetzung herausgestellt. So werde in Integrationsmaßnahmen die Erfüllung der Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen, kontinuierlich mit den Rehabilitand*innen in Kontakt zu stehen und sich mit ihnen auszutauschen, durch Personalwechsel erschwert. Aus diesem Grund wurde die Beständigkeit der Stellenbesetzung in der Sozialen Arbeit als sehr wichtig erachtet (EI 4, Z. 213-221). Auch getroffene Absprachen könnten durch Personalwechsel in Vergessenheit geraten. Zudem ist davon auszugehen, dass der Aufbau und die Pflege eines professionellen Vertrauensverhältnisses von in der Sozialen Arbeit Tätigen mit den Rehabilitand*innen – dies wurde von den befragten Expert*innen als eine Aufgabe Sozialer Arbeit herausgestellt – erschwert sein kann (EI 4, Z. 228-235).

„Und wenn ich natürlich jetzt einen großen Wechsel habe, wenn ständig jede Woche jemand anders jetzt hier diese Maßnahme betreut, der kennt die Leute ja dann nicht, der kennt die Umstände nicht, und dann gibt es halt durchaus Probleme, weil vielleicht ein falscher Betrieb angesprochen wird, weil man vielleicht Dinge jetzt einfordert, die derjenige gar nicht so leisten kann, das aber im Prinzip mit dem anderen Mitarbeiter schon so besprochen wurde, und das gibt ja dann meistens Probleme, ja? Zum einen mal zwischenmenschlicher Art, und zum anderen natürlich auch qualitativ [...]“ (EI 4, Z. 228-235).

Die Personalfluktuatation kann vor allem bei den kleinen Leistungserbringern ein zusätzliches Hindernis für die Erfüllung der Aufgaben sein. Denn wenn Beschäftigungsverhältnisse von langjährig in der Sozialen Arbeit tätigen Fachkräften aufgrund fehlender Personalmittel endeten, so geht damit häufig der Verlust von Erfahrungen bei den Leistungserbringern in der Kooperation mit dem Kosten-

träger und den Rehabilitand*innen einher. Auch die Zusammenarbeit mit anderen im Rehabilitationsprozess beteiligten Akteuren kann durch die Fluktuation erschwert werden (ebd.). So hätten die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei einer höheren Kontinuität die Möglichkeit, die Rehabilitand*innen umfassend kennenzulernen und bessere Möglichkeiten, mit einem *ganzheitlichen Blick* die beruflichen Rehabilitand*innen in deren Rehabilitationsprozessen nach ihren individuellen Bedürfnissen gezielt zu unterstützen und begleiten (EI 2, Z. 199-208). Dieser *ganzheitliche Blick* von in der Sozialen Arbeit Tätigen sowie auch anderer Akteuren im Prozess der beruflichen Rehabilitation kann ebenfalls dazu beitragen, dass in der Sozialen Arbeit Tätige ihre Aufgaben besser erfüllen können (EI 2, Z. 320-325).

Auch die *Dokumentation* von im Bereich Sozialer Arbeit Tätiger während der Maßnahmen bei den Leistungserbringern trägt zur Aufgabenerfüllung in der Sozialen Arbeit bei. Dies wurde vor allem hinsichtlich des Aspekts betont, dass Rehabilitand*innen durchaus an mehreren Maßnahmen bei verschiedenen Leistungserbringern teilnehmen können und es deshalb für die in der Sozialen Arbeit Tätigen hilfreich ist, wenn bereits von Leistungserbringern zuvor dokumentiert wurde, was genau durchgeführt wurde und welche Erfahrungen gewonnen wurden, um Schleifen bzw. Umwege im weiteren Prozess zu vermeiden (EI 3, Z. 172-184). Mangelnde *Dokumentation*, aber auch ein *fehlendes Qualitätsmanagement* wurden vor allem bei kleinen Leistungserbringern als problematisch benannt, da es hierzu teilweise keine Vorschriften, wie bei größeren Leistungserbringern, gibt. Vor allem bei hoher Personalfuktuation könnten fehlende oder nur lückenhafte Dokumentationen zu den Rehabilitand*innen und deren Rehabilitationsverläufen die Erfüllung der Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen einschränken (EI 3, Z. 144-164).

Zur Aufgabenerfüllung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern wird ein Professionsverständnis, welches sich an den *Stärken und den Bedürfnissen* der Rehabilitand*innen orientiert, von den Fokusgruppenteilnehmer*innen als relevant erachtet.

Bw1: „Ich glaube, ein Schlagwort in dem Bereich ist Empowerment, ganz viel Hilfe zur Selbsthilfe [...], wo sind denn deren spezielle Stärken, und dann nutze ich die Stärken, die die Teilnehmer mitbringen und zeige denen, wie die die entsprechend nutzen können und suche mit denen gemeinsam eine passende Arbeitsstelle, wo genau diese Stärke gesucht wird. Und ja, gebe denen dann vielleicht an der Stelle, wo die Stärken nicht ganz so ausgeprägt sind, die passenden Hilfen ...“ (FG 1, Z. 8-15).

Durch die *Stärkenorientierung* von in der Sozialen Arbeit Tätigen würden die *Ressourcen* der Rehabilitand*innen bei der Suche nach einer Arbeitsstelle systematisch einbezogen (FG 1, Z. 8-17). Im Sinne von „Empowerment“ (FG 1, Z. 8) zeigten sie beruflichen Rehabilitand*innen daneben auch Möglichkeiten im Umgang mit Fähigkeiten auf, die noch nicht so ausgeprägt sind (FG 1, Z. 13-17). Mittels eines Professionsverständnisses, welches die Stärken von Rehabilitand*innen und deren Empowerment in den Vordergrund rückt, können den

individuellen Stärken und Bedarfen der Rehabilitand*innen entsprechende Arbeitsstellen vermittelt werden.

Als eine weitere Voraussetzung für eine gelingende Aufgabenerfüllung wurde der möglichst *frühzeitige Kontakt des Kostenträgers* zu potenziellen beruflichen Rehabilitand*innen genannt. Wenn diese vor Beginn der beruflichen Rehabilitation noch nicht arbeitslos, sondern noch im Krankengeldbezug sind, sind sie meist motivierter. Denn die Betroffenen sind durch einen Beginn der beruflichen Rehabilitation ohne große zeitliche Lücken offener für Veränderungen (EI 2, Z. 390-401). Zudem wird der Entstehung weiterer Problemlagen (z. B. eine finanzielle Notlage durch Unterbrechungen von Sozialleistungen), die dann parallel zum Rehabilitationsprozess mit den in der Sozialen Arbeit Tätigen aufgearbeitet werden müssten, vorgebeugt.

Weiterhin stellt nach Auskunft der Befragten in den Fokusgruppeninterviews die *Vernetzung mit anderen Akteuren im Bereich der beruflichen Rehabilitation* – Betrieben und DRV-Reha-Berater*innen – eine Voraussetzung dar. So erwiesen sich Netzwerke mit Betrieben als relevant, um kurze Wege (z. B. persönliches Telefonat) nutzen zu können, beispielsweise bei der Praktikumssuche (FG 1, Z. 926-934). Und die Vernetzung mit Reha-Berater*innen kann die Gestaltung individueller und bedarfsorientierter Reha-Verläufe für die Rehabilitand*innen vereinfachen (FG1, Z. 878-881). Auch in den Expert*inneninterviews wurde *Netzwerkarbeit* mit verschiedenen in den Rehabilitationsprozess involvierten Akteuren als Gelingensbedingung herausgestellt.

„[...] wenn solche Schnittstellen funktionieren sollen, dann hängt das meines Erachtens nach immer sehr viel von den handelnden Personen vor Ort zusammen [...]. Vielfach ist es so, das funktioniert immer sehr gut, solange wie die betroffenen Personen in irgendeiner Form sich kennen und vielleicht auch schon mal häufiger miteinander zusammengearbeitet haben“ (EI 3, Z. 467-473).

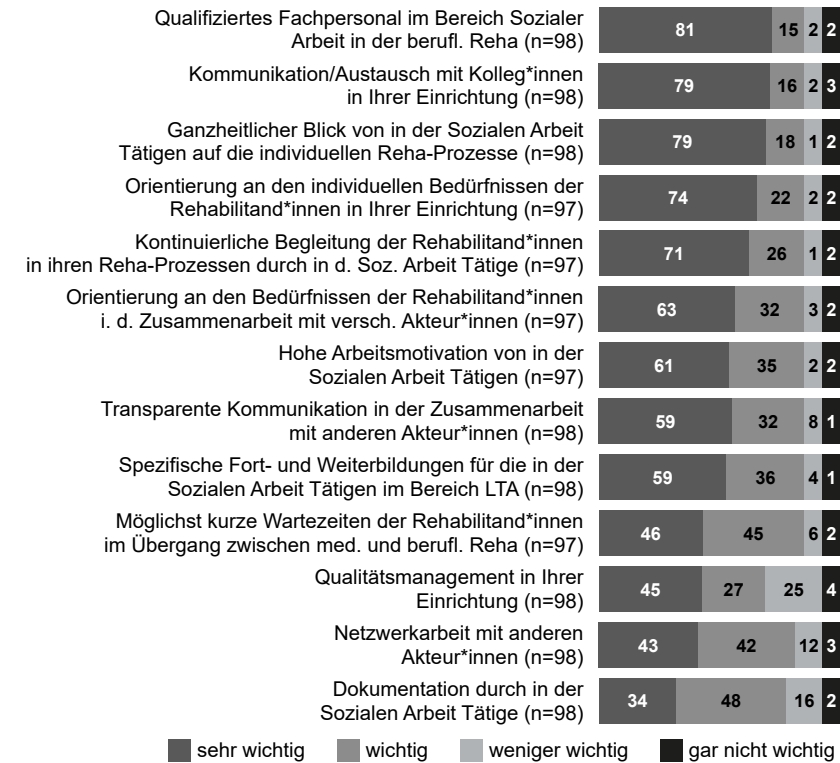
Der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in unterschiedlichen Schnittstellen wird nach Aussagen der Expert*innen erleichtert, wenn sich die Akteure untereinander kennen und bereits vorher miteinander gearbeitet hätten (ebd.). Somit dient die Netzwerkarbeit auch dazu, die Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen im Sinne der beruflichen Rehabilitand*innen zu erfüllen.

Als weitere Voraussetzung für eine gelingende Aufgabenerfüllung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätige wurde die Kommunikation benannt. Auf der einen Seite ist hier die *Kommunikation* in den Schnittstellen mit verschiedenen Akteuren der beruflichen Rehabilitation gemeint (EI 1, Z. 268-280). Auf der anderen Seite wurde konkret die Kommunikation mit den Rehabilitand*innen hervorgehoben. Hierbei geht es vor allem darum, transparent zu kommunizieren (EI 2, Z. 216-225), sich an den Zielen und Wünschen der Rehabilitand*innen zu orientieren und nicht eben an diesen vorbei zu agieren. Insgesamt wurden ausgeprägte Gesprächsführungskompetenzen als wichtige Voraussetzungen für eine

gelingende Kommunikation zwischen allen Beteiligten von den in der Sozialen Arbeit Tätigen herausgestellt (EI 1, Z. 268-280).

Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews wurden für die Online-Befragung Voraussetzungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit formuliert und auf einer vierstufigen Ratingskala von gar nicht wichtig bis sehr wichtig abgefragt (Abb. 12).

Abb. 12: Voraussetzungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Fast alle dieser aufgeführten Voraussetzungen wurden von den in der Sozialen Arbeit tätigen Befragten zu über 90 % als wichtig oder sehr wichtig für die eigene Aufgabenerfüllung eingeordnet. Die *Netzwerkarbeit mit anderen Akteuren* wurde von 85 %, die *Dokumentation* durch die in der Sozialen Arbeit Tätigen von 80 % und das *Qualitätsmanagement in den Einrichtungen* von 70 % als wichtig oder sehr wichtig für die eigene Aufgabenerfüllung eingeschätzt. Auch bei diesen Voraussetzungen ist dennoch eine hohe Zustimmung zu den Erkenntnissen der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews zu erkennen. In einem offenen Antwortformat wurden zusätzliche Voraussetzungen zur gelingenden Aufgabenerfüllung von den Befragten benannt, wie die *Eigenmotivation der Rehabilitand*innen* und *Supervisionsangebote* sowie *genug Zeit* (z. B. für

die Betreuung von Rehabilitand*innen, aber auch für die Kommunikation mit anderen Akteuren).

5.3.2. HERAUSFORDERUNGEN FÜR EINE GELINGENDE AUFGABENERFÜLLUNG

Neben den Voraussetzungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit wurden in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews auch Herausforderungen genannt, die in der Sozialen Arbeit Tätige bei Leistungserbringern darin behindern können, ihre Aufgaben auszuüben.

In den Interviews wird das *Informationsdefizit im Hinblick auf berufliche Rehabilitation* als eine Schwierigkeit bei der Aufgabenerfüllung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern identifiziert. Im Gegensatz zur medizinischen Reha, der eine höhere Bekanntheit attestiert wird, verfügen sowohl Rehabilitand*innen als auch andere am Prozess der beruflichen Rehabilitation Beteiligte oftmals nur über ein rudimentäres Wissen über dieses Feld (FG 2, Z. 494-496; FG 1, Z. 26-31). Gerade im Übergang zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation hat das Informationsdefizit für die Erfüllung der Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen gravierende Konsequenzen. Insbesondere wird problematisiert, dass Ärzt*innen teilweise zu wenig Wissen zur Antragstellung (FG 1, Z. 475-483) und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Rehabilitand*innen während der medizinischen Rehabilitation (FG 1, Z. 494-501; FG 1, Z. 565-578) haben. Fehlerhafte bzw. nicht der tatsächlichen Arbeitsfähigkeit der Rehabilitand*innen entsprechende Beurteilungen können erhebliche Folgen für deren Reha-Verlauf und somit auch die Möglichkeiten von in der Sozialen Arbeit Tätigen haben, für sie z. B. eine passende Arbeitsstelle zu finden.

Kommunikationsprobleme zwischen verschiedenen Akteuren im Reha-Prozess werden als weitere Herausforderung benannt. Besonders mit einer Fehlkommunikation oder Missverständnissen in der Kommunikation zwischen dem Kostenträger und den in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern können für die Rehabilitand*innen lange Wartezeiten auf Maßnahmen oder andere zeitliche Verzögerungen im Reha-Prozess verbunden sein. Dadurch kann bei einigen Rehabilitand*innen die Motivation sinken, auch können neue Problemlagen entstehen. Dies wird besonders bei Menschen mit psychischen Erkrankungen als schwierig erachtet. Für die in der Sozialen Arbeit Tätigen steht dann zunächst die Klärung der entstandenen Probleme im Fokus, bevor andere Aufgaben im Prozess in Angriff genommen werden können (EI 2, Z. 261-285).

Auch der *Personalmangel* im Bereich Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation wurde als herausfordernd beschrieben. Die Ursachen dafür, dass qualifiziertes Fachpersonal bei Leistungserbringern fehlt, können aus Sicht der Expert*innen in verschiedenen Bereichen liegen: Zum einen kann dies mit fehlenden oder zu wenigen Informationen über die berufliche Rehabilitation im Rahmen des Studiums der Sozialen Arbeit bzw. Sozialarbeit/Sozialpädagogik zusammenhängen, wodurch wohlmöglich weniger ausgebildete Fach-

kräfte in das Arbeitsfeld und somit auch zu den Leistungserbringern kommen (EI 1, Z. 331-341). Zum anderen könnten finanzielle Grenzen auf Seiten der Leistungserbringer zur Einstellung von genügend qualifiziertem Personal ursächlich sein (EI 1, Z. 313-322). Der Personalmangel kann dazu führen, dass Maßnahmen bei Leistungserbringern, wie z. B. Assessment-Seminare, verschoben werden und die beruflichen Rehabilitand*innen dann eventuell auch den Leistungserbringer wechseln müssen, um ihre berufliche Rehabilitation weiterzuführen. Sie verlieren hierdurch meist viel Zeit, da beispielsweise Umschulungsmaßnahmen jeweils nur einmal im Jahr beginnen. Durch *fehlende Kommunikation* zwischen Leistungserbringer und Kostenträger kann sich diese verlorene Zeit noch zusätzlich verlängern. Wenn Rehabilitand*innen aufgrund von verschobenen Maßnahmen den Leistungserbringer wechseln müssen, können in der Zwischenzeit bei ihnen weitere Problemlagen entstanden sein, welche durch die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei dem neuen Leistungserbringer aufgearbeitet werden müssen (EI 2, Z. 247-261).

Die *Arbeitsbedingungen bei den Leistungserbringern* werden von den Fokusgruppenteilnehmer*innen ebenfalls als ein Hindernis für die Aufgabenerfüllung von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern wahrgenommen. Problematisiert werden die zu geringe Entlohnung von in der Sozialen Arbeit Tätigen sowie Unsicherheiten durch auf Maßnahmen befristete Arbeitsverträge (FG 2, Z. 1398-1405; FG 2, Z. 1409-1410; FG 2, Z. 1442-1468), welche für die hohe Personalfuktuation in diesem Bereich verantwortlich gemacht werden.

Bm2: „Also generell ist das auch schwer bei Bildungsträgern. Also ich betreue zwei BTZen, dass die auch gehalten werden. Also da gibt es einen Durchlauf an Sozialpädagogen, also manchmal ... in einem Jahr ist das ganze Team neu und gerade, wenn man denkt: ‚Okay, jetzt läuft es‘, dann - dann fängt man im Endeffekt in der Arbeit nicht ganz von vorne an, aber das ist dann schon schwierig, wenn dann dementsprechend dann die Mitarbeiter immer wechseln“ (FG 2, Z. 1392-1397).

Die hohe Fluktuation kann dazu führen, dass eine kontinuierliche Betreuung von Rehabilitand*innen durch in der Sozialen Arbeit Tätige sowie eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung kaum gewährleistet werden können.

Auch die Bearbeitung von *Fremdaktenfällen von Reha-Berater*innen* kann ein Hindernis darstellen. Die Ergebnisqualität kann darunter leiden, dass die Reha-Berater*innen über regionale Strukturen nicht Bescheid wissen und die anderen involvierten Akteure meist nicht kennen. Hierdurch kann die Zusammenarbeit in den Schnittstellen, unter anderem zu in der Sozialen Arbeit Tätigen, beeinträchtigt werden.

„[Fremdaktenfälle] sind Versicherte, die eine Rente vom Rentenversicherungsträger [...] erhalten, und überall in der Bundesrepublik leben. Und da ist die Reha-Zuständigkeit dann nicht bei dem jeweiligen Landes-, bei der jeweiligen Landes-Rentenversicherungsanstalt [...]. Und wenn – wenn solche betroffenen Rentenempfänger dann irgendwo in Deutschland LTA-Anträge stellen, dann müs-

sen die auch von uns weiterbearbeitet werden. Und solche Fälle werden durch mich bearbeitet, und ich merke sehr eindeutig, dass wenn man ... wenn man da Beratungsleistungen anbieten will, und man kennt die Strukturen und die handelnden oder die handelnden Personen vor Ort nicht, dann ist das exorbitant schwierig, und da leidet auch die Ergebnisqualität drunter, das – das ist ein Riesenproblem“ (EI 3, Z. 322-332).

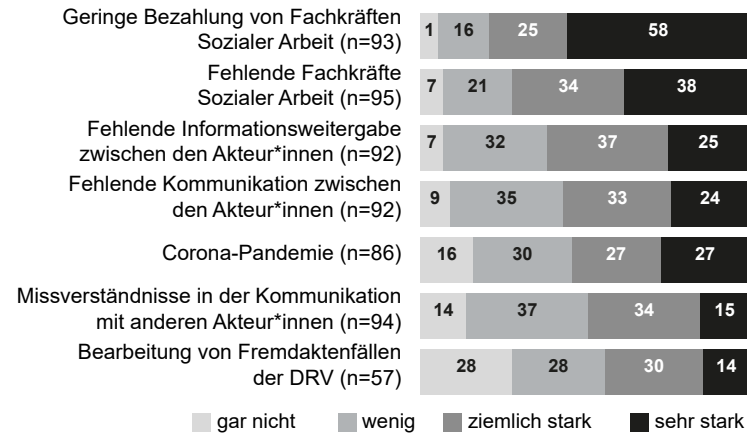
Eine weitere Herausforderung stellt die *coronabedingte Erschwernis der Arbeitssituation* von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern dar. Im Zusammenhang mit der Corona Pandemie wurde von den Fokusgruppenteilnehmer*innen eine Zunahme (komplexer) Problemlagen bei Rehabilitand*innen wahrgenommen (FG 1, Z. 244-253). Als Ursachen dafür werden der Wegfall sozialer Kontakte, der Mangel einer Tagesstruktur und die Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes während der Corona-Pandemie angeführt (ebd.; FG 2, Z. 236-243). Damit gehen auch höhere Abbruchquoten von Rehabilitand*innen bei Leistungserbringern einher (FG 1, Z. 247-253; FG 2, Z. 236-237).

Bw2: „[...] gerade jetzt in der Zeit nach Corona haben wir einfach gemerkt, dass die Leute deutlich kränker sind als vorher, deutlich instabiler sind, das soziale Umfeld weggebrochen ist und einfach da Ressourcen fehlen, die vorher da waren und jetzt nicht mehr da sind. Von daher, wir haben eine höhere Abbruchquote als vorher, weil wir einfach sagen: ‚So ist die Stabilität für den allgemeinen Arbeitsmarkt leider noch nicht gegeben, da muss echt noch mal irgendwie ein Schritt zurückgegangen werden und geguckt werden, ne, entweder im ambulanten Setting sehr intensiv oder eben stationäres Setting, dass da noch mal ... ja, was passiert‘, damit es nicht in der Probezeit direkt wieder zu einem Abbruch und zu einem Misserfolgserleben kommt, ne? Also das ist leider im Moment sehr häufig“ (FG 1, Z. 244-253).

Daneben bedeuteten die lediglich online stattfindenden LTA-Maßnahmen bei den Leistungserbringern für Rehabilitand*innen den Wegfall der wichtigen persönlichen Kontakte zu in der Sozialen Arbeit Tätigen (FG 2, Z. 258-270). Die coronabedingten Veränderungen, wie die virtuelle Teilnahme an Maßnahmen, bedeuteten auch für in der Sozialen Arbeit Tätige, dass eine engmaschige und persönliche Betreuung der Rehabilitand*innen nur eingeschränkt möglich war (FG 2, Z. 265-270).

Auch die Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit wurden in der Online-Befragung aufgeführt und die Befragten um eine Einschätzung auf einer vierstufigen Ratingskala – von *gar nicht* bis *sehr stark* – gebeten, wie stark sich die genannten Herausforderungen auf ihre gelingende Aufgabenerfüllung auswirken (Abb. 13).

Abb. 13: Herausforderungen für eine gelingende Aufgabenerfüllung im Bereich Sozialer Arbeit



Anteile in %. Quelle: Daten der ANSAB-Onlinebefragung 2023.

Die stärksten Auswirkungen wurden durch die *geringe Bezahlung von Fachkräften Sozialer Arbeit* und das *Fehlen von Fachkräften Sozialer Arbeit* wahrgenommen. Auch die *Corona-Pandemie* hat zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2023 noch für viele Befragte Auswirkungen auf die Aufgabenerfüllung.

Auf Basis des Materials der Fokusgruppeninterviews wurde auch die *Bearbeitung von Fremddaktenfällen der DRV* genannt. Hier ist auffallend, dass nur etwa die Hälfte der Befragten mit dieser Aussage etwas anfangen konnten, die anderen haben ‚weiß nicht‘ angegeben oder keine Antwort gemacht. Etwas weniger als die Hälfte sieht hierin ein Problem. So scheint sich hier eine regionale oder punktuelle Herausforderung zu verbergen, die sich aus den Ergebnissen der Online-Befragung nicht bestätigen lässt.

Komplexe Problemlagen der Rehabilitand*innen, ein zu hohes Dokumentationsaufkommen und fehlendes Wissen über den Bereich der beruflichen Rehabilitation bei verschiedenen Schnittstellen, aber auch insgesamt werden in der Online-Befragung darüber hinaus als Herausforderungen für die gelingende Aufgabenerfüllung benannt.

5.4. NUTZEN UND NUTZUNG SOZIALER ARBEIT IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Ausgehend von dem in ANSAB verfolgten Erkenntnisinteresse (s. hierzu 2.3) konnten auf Grundlage der empirischen Daten, die aus den mit 21 Rehabilitand*innen geführten episodischen Interviews und deren inhaltsanalytischer Auswertung gewonnen wurden (s. hierzu 4.4), die folgenden Forschungsergebnisse zum *Nutzen*, zur *Nutzung* und zu den *Rahmenbedingungen* der Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation aus Sicht beruflicher Rehabilitand*innen erzielt werden.

5.4.1. NUTZEN DER ANGEBOTE SOZIALER ARBEIT IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Die Frage nach dem Nutzen für die beruflichen Rehabilitand*innen betrifft alle Angebote, die von Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen im Rahmen der beruflichen Rehabilitation erbracht wurden. Mithin wurden nur diejenigen befragt, die ausdrücklich von Fachkräften und nicht von anders Qualifizierten im Bereich Sozialer Arbeit unterstützt worden waren. Dabei interessierte, wie schon oben ausgewiesen (s. hierzu 3.2), ob und falls ja, auf welche Weise, diese Angebote für die beruflichen Rehabilitand*innen *gebrauchswert* sind. Dabei wurde die *Gebrauchswertigkeit* der Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation für die Rehabilitand*innen durch eine Vielzahl unterschiedlicher Nutzen deutlich, die im empirischen Material erschlossen und daraus entwickelt wurden. Dazu zählen *arbeitsplatz- und praktikumsbezogene Hilfen*, *Beratungsergebnisse*, *Netzwerke*, die *Ermöglichung guter Rahmenbedingungen in der beruflichen Rehabilitation*, die *Erweiterung von Kompetenzen und Fähigkeiten*, *positive Veränderungen im Lebensumfeld*, *Soziale Arbeit als nutzbare Unterstützungszentrale* und eine *vertrauensvolle Beziehung*.

Arbeitsplatz- bzw. praktikumsbezogene Hilfen Sozialer Arbeit umfassten für die Rehabilitand*innen eine gebrauchswertige Unterstützung, die sich auf die Erlangung bzw. den Erhalt eines Arbeitsplatzes oder eines Praktikumsplatzes bezog. Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen erwiesen sich dabei für sie in dem gesamten Prozess der Erlangung bzw. des Erhalts eines Arbeits-/Praktikumsplatzes als nutzenbringend. Sie unterstützten die beruflichen Rehabilitand*innen zum Beispiel bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive, entsprechend ihren individuellen Fähigkeiten und Stärken (z. B. auch bei Schwerbehinderungen).

„Zum Beispiel jetzt die Frage ja bei uns wichtig, er hat mich informiert, [...] dass man manche nicht jeder, aber manche Kommunen, dass man da vielleicht bevorzugt wird wegen der , sag ich mal, wo die einen gewissen Prozentsatz von ja, jetzt

von Angestellte mit Schwerbehinderung, wo die halt erfüllen müssen, sag ich mal, das ist auch ein wichtiger Punkt für mich [...] solche Fragen, was für mich wichtig sind in der Zukunft, weil ich will ja nicht irgendeine Stelle machen, arbeiten, wo ich dann eben gesundheitliche Einschränkungen habe oder Probleme“ (Interviewpartner 10, Z. 216-226).

Bei der Suche nach einem konkreten Praktikums- bzw. Arbeitsplatz erachteten die Befragten es als besonders nutzenbringend, dass sie von den Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen bei der Formulierung von Anschreiben und Lebensläufen, durch die Simulation von Vorstellungsgesprächen und praktische Tipps bei der Suche nach potenziellen Praktikums- bzw. Arbeitsstellen unterstützt wurden. Neben den Hilfen bei der Suche spielten die Fachkräfte auch beim Erhalt des jeweiligen Praktikums- bzw. Arbeitsplatzes eine wichtige Rolle für die Rehabilitand*innen. In einigen Einrichtungen waren dafür so genannte „Rückholtag“ (Interviewpartnerin 17, Z. 491) vorgesehen, welche den Rehabilitand*innen Raum zur Besprechung von anfallenden Themen mit Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen während der Praktikumszeit einräumten.

„Ich habe ja zum Beispiel heute einen Rückholtag, das heißt, Rückholtag sind die Tage, wo ich nicht im Praktikum bin, sondern hier bin, um über alle Themen, die dort angefallen sind im Praktikum, in der Tätigkeit zu sprechen. Und das gibt natürlich auch wiederum Sicherheit, die ich eben halt auch mit Frau K. [Sozialpädagogin] besprochen habe, ob ich das Thema mit der Kollegin aufgreife oder nicht“ (Interviewpartnerin 17, Z. 491-496).

Daneben stellten auch die *Beratungsergebnisse*, wie z. B. eine Entscheidung gefunden zu haben, für berufliche Rehabilitand*innen einen Nutzen dar.

„Also ich hatte jetzt, ich hab lang keine Möglichkeit gehabt für 'n Praktikum, ich hab nichts gefunden und war halt auch 'n bisschen deprimiert schon, 'n bisschen niedergeschlagen, und jetzt auf einmal sind drei Möglichkeiten aufgekommen durch 'n Bekanntenkreis [...] Und ich konnte mich nicht entscheiden. Und dann bin ich eben zur Frau W. [Sozialpädagogin] gegangen, hab gefragt: „Was – was soll ich denn machen?“ Und ähm ja, und s- sie geben einem dann so aus ihrer Sicht so'n bisschen stärken sie einem so den Rücken und helfen, Entscheidungen zu finden [...]“ (Interviewpartnerin 6, Z. 22-31).

Besonders hoben dabei die befragten beruflichen Rehabilitand*innen die wahrgenommene Positionierung von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen als objektive Dritte mit einer „unparteiische[n] Meinung“ (Interviewpartnerin 6, Z. 226) bei der Entscheidungsfindung hervor. Daran zeigt sich auch, dass Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen hier vor allem als Vertreter*innen der Rehabilitand*innen wahrgenommen wurden, die stark das Wohl und die Interessen der Rehabilitand*innen durch ihre professionelle Perspektive im Blick haben und nicht, wie zum Beispiel Familie und Freund*innen, auch teilweise Eigeninteressen verfolgen (Interviewpartnerin 6; Z. 220-237).

Sowohl der *Zugang zu Netzwerken* als auch deren *Aufrechterhaltung* sowie die damit verbundene *Generierung von Netzwerkressourcen*, die durch Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in der beruflichen Rehabilitation ermöglicht wurden, erwiesen sich für Rehabilitand*innen als nutzenbringend. Die Fachkräfte stellten durch die Vermittlung von Kontakten (z. B. zu Arbeit- bzw. Praktikumsgebenden) die (ersten) Zugänge zu relevanten berufsbezogenen Netzwerken für Rehabilitand*innen her.

„Sie haben auch selber versucht, Stellen rauszusuchen, wo man ein Praktikum machen könnte. Sie rufen auch selber an und fragen nach: ‚Würden Sie 'ne Praktikantin aufnehmen?‘ Also sie stellen sozusagen auch den ersten Kontakt so'n bisschen her. Und ja, sie wollen einfach, dass hier jeder zufrieden rausgeht und mit 'ner Arbeitsstelle [...]“ (Interviewpartnerin 6, Z. 57-62).

Weiterhin unterstützten Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen die Rehabilitand*innen auch in der Kommunikation mit Arbeitgebenden und dem Kostenträger. Einerseits trugen sie durch die Übernahme der Kommunikation zu einer Entlastung der Rehabilitand*innen bei:

„Ich konnte mir das nicht vorstellen, dass ich den [aktuellen Arbeitgeber] anrufe. Und sie hat mir ihre Hilfe angeboten, indem dass sie eine Mail an den geschickt hat, dass ich mich hier seit dem 19. oder 20. Februar in der Maßnahme befinde. [...] Ja, und deswegen hat sie dann meinen Arbeitgeber informiert, dass ich mich hier mindestens die fünf Monate für die erste Phase befinden werde, und das war für mich so sehr, sehr große Erleichterung“ (Interviewpartnerin 4, Z. 104-113).

Andererseits fungierten Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen aber auch als Vertreter*innen der Rehabilitand*inneninteressen gegenüber Arbeitgebenden und dem Kostenträger. Dies äußerte sich beispielsweise darin, dass sie individuelle Arbeitsplatzregelungen (z. B. zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf) für Rehabilitand*innen mit den Arbeitgebenden aushandelten. Oder sie unterstützten die Rehabilitand*innen bei der Erlangung von Übergangsgeldern und Arbeitshilfen in Auseinandersetzung mit dem Kostenträger:

„Ja, speziell PC-Brillen zum Beispiel, da hat er mich unterstützt, weil das auch die der Rententräger übernommen hat, da hat er mir auch geholfen und mit – mit eben der Rechnung, mit dem Kostenvoranschlag, was auf was – was ich alles achten muss und genau, was alles was *nicht* rein gehört, eben in den Kostenvoranschlag, ja“ (Interviewpartner 11, Z. 94-98).

Die Vermittlung an externe Hilfestellen, wie den Sozialverband VdK Deutschland e.V. wurde von den Rehabilitand*innen ebenfalls als nützlich wahrgenommen (Interviewpartnerin 10, Z. 433-447).

Einen weiteren Nutzen stellte für die Rehabilitand*innen die *Ermöglichung von guten Rahmenbedingungen in der beruflichen Rehabilitation* durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen dar. Bereits vor Beginn der beruflichen Rehabilitation in den Einrichtungen erwiesen sich die Fachkräfte für die Reha-

bilitand*innen als wichtige Unterstützer*innen, indem sie einen zeitnahen Einstieg in die LTA-Maßnahmen durch die schnelle Bearbeitung von Anträgen und Beschleunigung von Prozessen ermöglichten (Interviewpartnerin 4, Z. 76-83). Auch vor dem Hintergrund auftretender finanzieller Versorgungslücken in den Übergängen zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation unterstrichen die Befragten ausdrücklich den Nutzen eines zeitnahen Einstiegs in die berufliche Rehabilitation, den die Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen mit einem nahtlosen Übergang und der finanziellen Absicherung durch das Übergangsgeld ermöglicht hatten.

Indem von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen Informationen über die Abläufe der beruflichen Rehabilitation (z. B. Fehlzeiten, Praktikum etc.) bereitgestellt wurden, konnten Unsicherheiten auf Seiten der Rehabilitand*innen reduziert werden.

„Genau, den, oder jetzt für die – die Fragen, wie das Praktikum ablaufen wird, ob es da Probleme ... oder jetzt meine Sorgen waren zum Beispiel, was ist, wenn man keinen Praktikumsplatz hat, weil das ist ja Teil der Ausbildung, und auch Prüfungsvoraussetzung, sag ich mal, in der Verwaltung, ja? Als Verwaltungsfachangestellter, sag ich mal jetzt, da teilnehmen zu können. Das heißt, wenn ich gar kein Praktikumsplatz hätte, dann könnte ich nicht mal hier die Abschlussprüfung oder die Zwischenprüfung ... ja, Zwischenprüfung schon, aber an der Abschlussprüfung nicht dann teilnehmen. Und solche Fragen halt mit ihm zu besprechen vorher, die sind für mich wichtig, damit ich ja ... ja, sag ich mal, lockerer damit umgehen kann, sag ich mal, in Zukunft. Und nicht erst, wenn das Problem eintritt, erst danach fragen: „Oh, was ist jetzt?““ (Interviewpartner 10, Z. 124-135).

Transparenz im Umgang mit Informationen wurde von den befragten Rehabilitand*innen auch in Bezug auf die Zuständigkeiten der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in der beruflichen Rehabilitation als nützlich bewertet.

„Also die - die hat sich uns richtig – richtig gut vorgestellt und auch erklärt, was sie macht und für was sie ... welche Zuständigkeiten sie hier hat und [Mhm.] ist wirklich auch für alle Fragen letztendlich, die jetzt nicht den Unterricht oder die Ausbildung betreffen, Ansprechpartner, [Mhm.] sei es jetzt Praktikumsachen oder ... also Verträge, dieses ganze Administrative, Fahrgeld und, und, und, und, und“ (Interviewpartnerin 16, Z. 11-16).

Durch die Aufrechterhaltung einer Struktur im Einrichtungsalltag sorgten die Fachkräfte zudem gerade für Rehabilitand*innen mit psychischen Problemen für mehr Stabilität.

„Also sie versucht immer 'ne Struktur aufrecht zu erhalten, ne? Manchmal ändern sich ja Termine, dann gibt sie uns rechtzeitig Bescheid, dass wir uns drauf einstellen können, weil viele haben ja auch psychisch Probleme, die das vielleicht dann irgendwie erst wieder reinkriegen müssen, so, oh Gott, jetzt ist das so und so, wie mach ich das jetzt mit 'nem Test zum Beispiel?“ (Interviewpartnerin 7, Z. 160-164).

Daneben erwiesen sich Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen für die Rehabilitand*innen auch bei Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen als nutzenbringend. Sie stellten sowohl Ansprechpersonen bei Problemen mit Mit-Rehabilitand*innen als auch in Konflikten mit Dozent*innen dar. Die Fachkräfte fungierten in der Beziehung zu Dozent*innen als Vermittler*innen zwischen den Einzel- und kollektiven Interessen der Rehabilitand*innen und denen der Dozent*innen (Interviewpartnerin 8, Z. 58-64). Zentrale Themen waren dabei zwischenmenschliche Konflikte mit Dozent*innen, Probleme mit dem Leistungsniveau oder der Qualität des Unterrichts (Interviewpartner 9, Z. 282-292).

Die Übernahme von administrativen Aufgaben wurde von den Rehabilitand*innen ebenfalls als nutzenbringend hervorgehoben. Dazu gehörten z. B. Noteinsichten, Fehlzeitenanträge, Praktikumsverträge und die Beantragung von Übergangsgeld.

„Also da kümmert sie sich und gibt das dann auch raus und ... ja, oder auch eben Verträge, einfach wie diese Praktikumsverträge aussehen, was da wichtig ist und das ist einfach auch eine totale Entlastung, [Mhm.], dass man sich um das nicht kümmert. Kümmern muss. [Mhm.] Weil das wäre ja doch ein Wahnsinnsaufwand [...]“ (Interviewpartnerin 16, Z. 32-36).

Da die Rehabilitand*innen sich durch die Unterstützung der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen nicht selbst um die Erledigung der administrativen Aufgaben kümmern mussten, wurde dies als Zeitgewinn wahrgenommen, Zeit, die sie dann in ihre Aus- bzw. Weiterbildung im Rahmen der beruflichen Rehabilitation investieren konnten (Interviewpartner 11, Z. 71-74).

Weiterhin nannten die Rehabilitand*innen im Zusammenhang mit der Ermöglichung guter Rahmenbedingungen in der beruflichen Rehabilitation praktische Hilfen im Umgang mit Technik als Nutzen von Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. Diese basal anmutenden Hilfen stellten für sie eine erhebliche Erleichterung des Einrichtungsalltags dar:

„Ja, sie hat halt auf alle Fälle also wenn ich Fragen hatte, am Anfang, ich bin ja so ich komme aus einer Maschinentätigkeit, also ich habe am Anfang relativ wenig Ahnung vom Computer gehabt. Also da hat sie uns immer geholfen, also mit Anmeldung und irgendwas machen, oder scannen, Bilder rüberschicken, also die – die unterstützen uns da halt schon komplett“ (Interviewpartnerin 12, Z. 73-77).

Die *Erweiterung von Kompetenzen und Fähigkeiten* stellte für die befragten Rehabilitand*innen ebenfalls einen Nutzen dar. Darunter fielen z. B. die Kenntnis der eigenen Stärken, das Erlernen von praktischen Kompetenzen, das Aufzeigen von Möglichkeiten zur Selbstwirksamkeit, der Umgang mit bzw. die Bewältigung von Ängsten, der Aufbau von Sozialkompetenzen, der Aufbau von Vertrauen sowie (Sozial-) Rechtskenntnisse. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen leisteten für die beruflichen Rehabilitand*innen einen wichtigen Beitrag, um sich der eigenen Stärken bewusst zu werden. Dies gelang sowohl

auf der inhaltlichen bzw. fachlichen Ebene, indem z. B. Feedbackgespräche zum Reha-Assessment geführt und formale Stärken der Rehabilitand*innen benannt wurden (Interviewpartnerin 5, Z. 144-147), aber auch auf der persönlichen Ebene durch den Aufbau von Selbstvertrauen, dem Entdecken und Benennen von bislang nicht erkannten Fähigkeiten und Stärken sowie dem Umgang mit vermeintlichen Schwächen (oftmals in Bezug auf die eigene Erkrankung) und deren Aneignung als Stärken.

„Meine PTBS¹¹ ist eine Stärke. Und das gehört zum Beispiel mit zu den tollen Erlebnissen, die ich hier hatte, zu sehen, dass meine Schwäche auch gleichzeitig eine Stärke ist“ (Interviewpartnerin 17, Z. 893-895).

In engem Zusammenhang mit der Kenntnis der eigenen Stärken steht auch, dass die Fachkräfte den beruflichen Rehabilitand*innen Möglichkeiten zu Selbstwirksamkeitserfahrungen aufzeigten. Dies trug dazu bei, dass sie die an sie gestellten Aufgaben (z. B. gute Noten schreiben) mit dem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen wirksam bewältigen konnten.

„Also ich hab auf jeden Fall, ich glaub bisschen besser an mich selbst. Das sagt mir auch immer die Frau W. [Sozialpädagogin], weil immer, wenn ich sag: ‚Ah, ich glaub, der Test war jetzt nicht so gut‘, sagt sie: ‚Frau K., Sie haben bis jetzt so gute Noten, das schaffen Sie auch wieder, bin ich mir ganz sicher.‘ Und meistens hatte sie auch recht [...]“ (Interviewpartnerin 7, Z. 296-300).

Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen erwiesen sich für die Rehabilitand*innen zudem bei dem Erlernen von praktischen Kompetenzen als nutzenbringend. Darunter fallen zum Beispiel die gemeinsame Erarbeitung einer Tagesstruktur (Interviewpartnerin 3, Z. 6-10) oder das Entwickeln von Ordnungsstrategien im Umgang mit sich stellenden Problemen in der Alltagsbewältigung z. B. im Umgang mit der Post (Interviewpartnerin 17, Z. 625-655).

Im Umgang mit Ängsten und der Bewältigung dieser spielten Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen ebenfalls eine wichtige Rolle und trugen dadurch zu einem Nutzen für die Rehabilitand*innen bei. Durch die Erprobung des Umgangs mit potenziell angstbehafteten Situationen (z. B. Sprechen vor anderen Personen) in Anwesenheit der Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen konnten die Rehabilitand*innen den Umgang mit ihren Ängsten in einem geschützten und unterstützenden Umfeld erlernen.

„[...] das war ähm (3) s- sie wusste, dass ich da halt ja, dass ich das halt nicht so gern mag und dann hab ich mir halt nur gedacht: ‚Komm, das machste jetzt‘, und wie gesagt, das ist halt so'n bisschen auch 'ne Übung, dass ich das so'n bisschen lerne“ (Interviewpartnerin 6, Z. 457-460).

¹¹ PTBS ist die Abkürzung für Posttraumatische Belastungsstörung.

Daneben berichteten die Interviewpartner*innen aber auch von Informationen sowie Techniken und Strategien im Umgang mit Ängsten, die ihnen Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen vermittelten und die sich für die Rehabilitand*innen als hilfreich erwiesen haben (Interviewpartnerin 3, Z. 51-56; Interviewpartnerin 17, Z. 99-104).

Infolge von negativen Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen (z. B. Erfahrungen mit Mobbing am Arbeitsplatz) stellte für die beruflichen Rehabilitand*innen auch der Aufbau von Vertrauen von Seiten der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen einen zentralen Nutzen dar. Die Fachkräfte konnten dabei als positive Beispiele dienen und dazu beitragen, dass durch einen empathischen und verständnisvollen Umgang mit den Rehabilitand*innen (Grund-)Vertrauen hergestellt wurde.

„Und das Allerwichtigste war, ich bin in einer Situation hierhergekommen, wo ich zu niemandem mehr Vertrauen hatte und hier ein einen Schutzraum vorgefunden habe, wie ein Nest, wo wir ge wo ich als Gestrandete auflief und Menschen wirklich getroffen habe, denen ich wieder vertrauen konnte“ (Interviewpartnerin 17, Z. 26-29).

Neben dem Aufbau von Vertrauen wurde auch der Aufbau von Sozialkompetenz von den Rehabilitand*innen als nutzenbringend erachtet. In Form der durch Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen vermittelten Lerneinheit „Soziales Kompetenztraining“, aber auch durch das Reflektieren sozialer Situationen mit Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen hatten für sie einen Nutzen durch den Aufbau von Sozialkompetenz. Insbesondere im Umgang mit Personen im beruflichen Kontext stellt dies aus Sicht der Befragten eine wichtige Kompetenz dar:

„Ja. Mhm. Und dass ich dieses hab dann auch mit ihr besprochen, ob ich das ansprechen werde, dass die Kollegin, die der andern den Auftrag gegeben hat, es mir zu sagen, ob ich mit der Dame reden werde, warum sie es mir nicht persönlich gesagt hat. Das lass ich jetzt sein, um kein Fass aufzumachen, einfach insofern, als dass diese Kollegin wohl schon ihre Gründe haben wird, nicht den Mut gehabt zu haben, es mir selbst zu sagen, sondern jemand anderen vorgeschickt hat“ (Interviewpartnerin 17, Z. 164-170).

Die Vermittlung von (Sozial-)Rechtskenntnissen durch Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen wirkte sich für die beruflichen Rehabilitand*innen ebenfalls nutzenbringend aus, z. B. indem sie über ihre rechtlichen Ansprüche informiert wurden (Interviewpartner 10, Z. 415-426).

Darüber hinaus führten Veränderungen im Lebensumfeld, die von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen angeregt und von den Rehabilitand*innen als positiv empfunden wurden, zu einem zusätzlichen Nutzen für die Rehabilitand*innen. Darunter wurden sowohl räumliche (z. B. Internatsunterbringung) als auch soziale Veränderungen genannt. Räumliche Veränderungen wurden durch Fachkräfte in Gesprächen mit den Rehabilitand*innen angeregt, wenn

eine Veränderung ihrer Lebenssituation für eine erfolgreiche Durchführung der beruflichen Rehabilitation erforderlich war. Begründend dazu wurden z. B. lange Pendelwege zur Einrichtung (Interviewpartner 10, Z. 273-287) oder ein für die Rehabilitand*innen negatives soziales Umfeld (Interviewpartnerin 5, Z. 191-202) genannt. So trug die von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen initiierte Internatsunterbringung für einige Rehabilitand*innen sowohl zu einem Zeitgewinn, der in die berufliche Reha investiert werden konnte, als auch zu einem ruhigeren Lernumfeld bei.

„Wichtig für mich war jetzt hier im Internat, ja, zu bleiben, sag ich mal, weil ich sollte ja Pendler sein und ich hatte zum Beispiel das Problem, wir haben nur ein Auto, und jetzt muss ich dann mit dem Übergangsgeld kann ich mir kein zweites leisten und bei uns kam nicht infrage, dass ich hier mit dem Auto herkomme. Also müsste ich mit dem öffentlichen Verkehrsmittel mit meiner Schwerbehinderung, andere Probleme, herkommen, wo ich dabei am Tag eineinhalb Stunden Hinfahrt, eineinhalb Stunden Rückfahrt verlieren würde, und wobei ich dann eben mit den zwei Kleinkindern eben das Problem hätte mit dem mit dem Lernen, also dem Lerninhalt an sich, sag ich mal war das für mich gut, dass sie das gesagt haben, ein Problem. Da hat er mich zum Beispiel unterstützt, dass ich hier ein Internatszimmer bekommen habe, weil eben ich dann mich auf das Lernen konzentrieren kann, wenn es verlangt ist, und ich keine Zeit verliere für die Hin- und Herfahrt, sag ich mal, das war für mich wichtige ... ja, sehr wichtige Sachen“ (Interviewpartner 10, Z. 273-287).

Mit der räumlichen Veränderung durch die Internatsunterbringung gingen neben der verbesserten Vorbereitungs- bzw. Lernsituation auch positive Veränderungen durch neu geknüpft Freundschaften einher, die für die Rehabilitand*innen einen Nutzen darstellten (Interviewpartnerin 5, Z. 196-202).

Zudem berichteten die beruflichen Rehabilitand*innen auch von sozialen Veränderungen, die in der Auseinandersetzung mit Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen angestoßen wurden und sich als nutzenbringend erwiesen. Die Priorisierung bzw. Depriorisierung von persönlichen Beziehungen stellte eine solche nutzenbringende soziale Veränderung dar. Für Interviewpartnerin 17 bedeutete die Priorisierung ihrer eigenen Person auch die Depriorisierung und bewusste Zurückweisung einer Partnerschaft.

„Im Privaten heißt das auch, dass ich mich von einem Partner getrennt hatte und mich auch dann erst mal entschieden habe, allein zu sein, keine neue Partnerschaft einzugehen, weil ich mich jetzt auf mich konzentrieren kann, ich mir gesagt hab: ‚Jetzt bin ich dran! Jetzt brauch ich mir keinen neuen Partner [Mhm.] ans Bein binden‘, [(lacht)] weil ich könnte gar nicht mich um den kümmern, ich könnte auch gar nicht auf den eingehen, weil ich bin so mit mir beschäftigt, und jetzt nehme ich mir auch die Zeit“ (Interviewpartnerin 17, Z. 748-754).

Zu den durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen angestoßenen sozialen Veränderungen gehörte auch die Weitergabe von positiven Handlungsmustern an die eigene Familie. So vermittelte beispielsweise Interviewpartnerin 7

die Relevanz von Lernen und Lesen an ihre eigene Tochter (Interviewpartnerin 7, Z. 301-307).

Soziale Arbeit als nutzbare Unterstützungsinfrastruktur in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wurde von den Rehabilitand*innen ebenfalls als Nutzen benannt. Der Nutzen resultierte hierbei nicht etwa aus einem konkreten Nutzen durch die Inanspruchnahme Sozialer Arbeit, sondern der potenziellen Möglichkeit der Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation.

„Die Sicherheit, dass ich sagen kann: ‚Wenn ich ein Problem hab, kann ich jederzeit hingehen‘. Das ist eine ganz wichtige Sache für mich“ (Interviewpartnerin 12, Z. 383-384)

Der Nutzen durch Soziale Arbeit als nutzbare Unterstützungsinfrastruktur bestand für die beruflichen Rehabilitand*innen somit vor allem in einem Gefühl der Sicherheit durch eine bestehende Unterstützungsinfrastruktur Soziale Arbeit.

Die *vertrauensvolle Beziehung* stellte für die beruflichen Rehabilitand*innen nicht nur einen zentralen Nutzen dar, sondern bildete auch die Grundlage für die Nutzung Sozialer Arbeit. Das in dem Erbringungsverhältnis aufgebaute Vertrauen erwies sich für die Rehabilitand*innen als nutzenbringend, da z. B. das Besprechen von „schwierig[en]“ (Interviewpartnerin 3, Z. 32) Themen ein vertrauensvolles Verhältnis zu Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen erforderte (Interviewpartnerin 3, Z. 30-36). Daneben trug auch die Vermittlung von Sicherheit durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen für die Rehabilitand*innen zu einer vertrauensvollen Beziehung bei. *Sicherheit* lässt sich dabei als ein wahrgenommener Zustand des Sicherseins bei den Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen beschreiben.

„Also da muss ich sagen, da fühlt man sich dann auch in dem Moment dann auch verstanden und auch aufgehoben [...]“ (Interviewpartnerin 8, Z. 144-145).

Die Vermittlung von Sicherheit umfasste außerdem die Sicherheit der Rehabilitand*innen, die eigene Verantwortung abzugeben und die Erledigung relevanter Aufgaben Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen anzuvertrauen (Interviewpartnerin 12, Z. 383-390). Eng damit verbunden war auch ein als zuverlässig wahrgenommenes Handeln der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen, welches sich für die Rehabilitand*innen nutzenbringend auswirkte. Dieses wurde vor allem daran festgemacht, dass auf die Worte der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen auch Handeln folgte (Interviewpartnerin 8, Z. 317-323). Als Indikator für die Zuverlässigkeit der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen wurde auch das schriftliche Festhalten der Rehabilitand*innenanliegen anhand von Notizen festgemacht.

„Und vor allem, was - was ich auch toll finde, dass sie sich die ganzen Sachen auch notiert, weil hören ist das eine, behalten ist das andere. Und sie notiert sich das alles. Und äh-äh setzt es dann auch um“ (Interviewpartner 9, Z. 280-282).

Als wichtiger Bestandteil der vertrauensvollen Beziehung erwies sich auch der durch Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen geleistete Zuspruch für die Rehabilitand*innen in belastenden Situationen. Dieser nahm den Rehabilitand*innen Ängste, Druck sowie Zweifel (Interviewpartnerin 3, Z. 76-81; Interviewpartner 9, Z. 329-335) und sorgte für Bestärkung (Interviewpartnerin 6, Z. 226-230). Eine gleichberechtigte Interaktion auf Augenhöhe wurde von den Rehabilitand*innen ebenfalls als nutzenbringend wahrgenommen. Dazu gehörte ein respektvoller Umgang mit ihnen, der z. B. am Umgang der Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagoge*innen mit „blödere[n] Frage[n]“ (Interviewpartnerin 7, Z. 118) oder der Normalisierung von (bei den Rehabilitand*innen auftretenden) Erkrankungen (Interviewpartnerin 17, Z. 657-665) festgemacht wurde.

Auch dass sie von den Sozialpädagoge*innen/Sozialarbeiter*innen ‚gesehen wurden‘, spielte für die Rehabilitand*innen eine wichtige Rolle. Zentral war dabei für die beruflichen Rehabilitand*innen, dass sie als Individuen und nicht als Fälle oder Akten wahrgenommen wurden.

„Also man ist nicht irgend 'ne Nummer, ja, bin die Nummer 1 aus der KKT¹² so, zum – zum Beispiel, sondern, ja, man – man also sie wissen alle gleich immer den Namen und also man ist eine Person, und sie interessieren sich auch für – für einen selber, für die die S- Sorgen, Ängste, Nöte, was vorher war und ja, also das ist war sehr positiv“ (Interviewpartnerin 6, Z. 116-120).

Das ‚Gesehen werden‘ äußerte sich in einer persönliche Ansprache und in der Zeit, die Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagoge*innen sich für die Gespräche mit den Rehabilitand*innen nahmen (Interviewpartner 19, Z. 36-42), sowie individuell auf die beruflichen Rehabilitand*innen zugeschnittene Problemlösungen (Interviewpartnerin 7, Z. 183-190).

5.4.2. URSACHEN FÜR NICHT-NUTZEN

Neben den vielfältigen Nutzen, den die Rehabilitand*innen zu Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation genannt haben, wurden von ihnen auch Ursachen dafür aufgezeigt, dass Angebote Sozialer Arbeit für sie keinen oder nur wenig Nutzen hatten. Ein Nicht-Nutzen resultierte für die beruflichen Rehabilitand*innen aus der *Vermittlung falscher Informationen* durch Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen in der Vergangenheit und führte zu emotionalen Reaktionen wie z. B. Ärger (Interviewpartner 21, Z. 365). Durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagoge*innen bereitgestellte Fehlinformationen erwiesen sich für die Rehabilitand*innen als besonders problematisch, wenn es um das Übergangsgeld ging „wenn's ums Geld geht, da hört der Spaß im Endeffekt auf“ (Interviewpartner 21, Z. 353-354). Eine Konsequenz des Nicht-Nutzens stellte dann auch die Nicht-Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit dar.

„Und das sind halt dann einfach so Dinge, wo sich über den Lauf der Zeit einfach

so ein wenig ja, dann verfestigen bei jedem, sage ich mal so, dass das kaum was bringen tut, wenn man sich an seinen an seinen RIM wenden tut, manchmal kommt was falsch oder kommt eine Falsch-Information vielleicht noch rüber, wo man sich hinterher drüber ärgert, warum man das überhaupt angestoßen hat, die Thematik“ (Interviewpartner 21, Z. 361-366).

Zudem berichteten die beruflichen Rehabilitand*innen auch von *konfliktbehafteten bzw. mangelnden Beziehungen* zu Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen. Zum einen konterkarierte eine konfliktbehaftete bzw. mangelnde Beziehung zu Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen die Nutzung von Angeboten durch die Rehabilitand*innen, indem, wie im Fall von Interviewpartner 1, eine Inanspruchnahme aktiv durch Sozialpädagoge*innen bzw. Sozialarbeiter*innen verhindert wurde (z. B. Urlaub, Zeitmangel).

„[...] seitdem war das so'n bisschen gestört, das Verhältnis, ne? Also das hab ich dann irgendwie gemerkt, dass da von ihrer Seite, wenn ich gefragt hab, ich würd gern 'n Gespräch die Woche haben, dann hatte sie entweder Urlaub oder wenig Zeit oder hatte irgendwelche anderen Kurse angeboten, also von da war dat irgendwie sehr ja, unterbrochen“ (Interviewpartner 1, Z. 188-192).

Zum anderen konnte ein konfliktbehaftete bzw. mangelnde Beziehungen zu Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen auch dazu beitragen, dass auch auf Seiten der Rehabilitand*innen ein mangelndes Vertrauen in die Angebote Sozialer Arbeit entstand (Interviewpartnerin 22, Z. 258-262).

Problematisch wurde es aus der Perspektive der Rehabilitand*innen außerdem, wenn die vorab (z. B. in der Vorstellung der Aufgaben und Zuständigkeiten Sozialer Arbeit zu Beginn der beruflichen Reha) *kommunizierten Zuständigkeiten Sozialer Arbeit nicht der gelebten Praxis* entsprachen „[...] wenn die Stelle vorgestellt wird [...] was sie alles macht im Endeffekt, so wirklich ist bei mir davon nichts angekommen“ (Interviewpartner 21, Z. 79-81). Gerade diese vorab kommunizierten Angebote Sozialer Arbeit (hier: Unterstützung bei Problemen in der Umschulung, Unterstützung im Kontakt mit dem Kostenträger, Krankenkasse oder Arbeitsamt) wurden durch einen mangelnden Einsatz der Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen als wenig nutzenbringend erlebt (Interviewpartner 21, Z. 243-261). Dies wurde dann als besonders problematisch erachtet, wenn die Inanspruchnahme der vorab kommunizierten Angebote Sozialer Arbeit für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation der Rehabilitand*innen notwendig gewesen wäre.

„Im Nachhinein, wenn ich dann das in Anspruch nehmen möchte, oder in Anspruch nehmen *muss*, weil ich vielleicht jetzt keinen Brief so schreiben kann, oder ich sage mal, das überhaupt zu Papier bringen kann, was ich ausdrücken will, dann hapert's, muss ich sagen, dann ist diese die Umsetzung dazu verbesserungswürdig, würd ich sagen“ (Interviewpartner 21, Z. 257-261).

Weiterhin wurde *zu viel Fürsorglichkeit* der Sozialpädagoge*innen/Sozialarbeiter*innen im Umgang mit den Rehabilitand*innen kritisiert. Gerade diese wirke

12 KKT steht im Berufsförderungswerk für „Kaufmännisches Kompetenz- und Trainingscenter.“

sich für die Rehabilitand*innen zum Teil eher negativ aus („bemutternd“), während hingegen „klare Ansage[n]“ (Interviewpartner 1, Z. 445) für Rehabilitand*innen perspektivisch einen größeren Nutzen darstellten.

„Ja, ich find, manchmal tut auch, wenn man ich mein', ich wie gesagt, war ja selber erkrankt. Und ich *glaube*, dass und ich weiß das auch bei mir, dass manchmal 'ne – 'ne *klare* Ansage, auch wenn man erkrankt ist, Depression oder so was, dass einem das *weiterhilft* und nicht nur dieses Bemuttern. Deswegen hab ich ja ganz am Anfang gesagt, das war so mein Eindruck, und das ist überhaupt nicht passiert, sondern dass man auch wirklich mal 'n *Spiegel* vorgehalten, wo man sagt: ‚Hör mal, wenn du dat so weitermachst, dann funktioniert dat nicht, ja, du musst schon selber mitarbeiten, du musst selber mit dran wirken, dass du aus dieser Situation herauskommst“ (Interviewpartner 1, Z. 443-451).

Die Rolle als Vermittler*innen zwischen den Rehabilitand*innen und dem Kostenträger wurde von den beruflichen Rehabilitand*innen als ambivalent wahrgenommen. Während diese Rolle sich für einige Rehabilitand*innen als nutzenbringend erwiesen hatte, wirkte sie sich für andere durch eine wahrgenommene Verkomplizierung der Situation gegenteilig aus. Vorgänge, die über Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen laufen, wurden durch "Rückmelderei" (Interviewpartner 21, Z. 103) und die arbeitsaufwändige Verschriftlichung von Anliegen (Interviewpartner 21, Z. 325-338) als kompliziert und daher nicht nutzenbringend wahrgenommen. Zudem wurde der Einbezug von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen in die Kommunikation mit dem Kostenträger eher als notwendige Formalität, als eine Unterstützung, wahrgenommen (Interviewpartner 21, Z. 236-243). Nutzenbringender wirkte sich dagegen die eigene Informationsbeschaffung durch direkten Kontakt zum Kostenträger aus (Interviewpartner 21, Z. 97-109).

In diesem Zusammenhang wurde auch die *fehlende Vertraulichkeit von Informationen*, die an Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen weitergegeben werden, bemängelt. Denn dabei wurde angenommen, dass mit der Einbeziehung der Sozialen Arbeit die direkte Weitergabe von Informationen an den Kostenträger verbunden sei. Dies wurde nicht immer als nützlich empfunden.

„Die RIM steht ja eigentlich direkt auch mit dem Kostenträger, wo man sagen tut, sie geben ja dann auch Informationen weiter, wo ich sagen tu: ‚Man muss, man muss nicht alles weitertragen', man [kann] auch einige Sachen ruhiger halten und – und – und – und *lösen*, bevor man große sagen tut: ‚Ja, der wird jetzt rausgeworfen' oder der Kostenträger sagt: ‚Das – das läuft nicht mehr', also da bin ich der Meinung, lieber ein bisschen ruhiger, bevor man großen Trara draus machen tut“ (Interviewpartner 19, Z. 132-138).¹³

Deutlich wird hierbei, dass der Kostenträger für einige Rehabilitand*innen z. B. infolge eines überwiegend problemorientierten Kontakts während der beruflichen Rehabilitation (Probleme bei der Umschulung, Finanzierung oder mangelnden

¹³ „RIM“ steht für Reha- und Integrationsmanagement und wird von Fachkräften Sozialer Arbeit durchgeführt.

Erreichbarkeit) negativ konnotiert war. Dies erschwerte die Aufgabenerfüllung von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen und trug dazu bei, dass berufliche Rehabilitand*innen teilweise keinen Nutzen aus den Angeboten Sozialer Arbeit ziehen konnten.

Daneben kann auch eine *mangelnde Unterstützung* durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen eine Ursache für den Nicht-Nutzen von Angeboten Sozialer Arbeit durch Rehabilitand*innen darstellen. In diesem Zusammenhang wurden von den Befragten die mangelnde Erreichbarkeit der Fachkräfte (Interviewpartner 21, Z. 36-44), mangelnde Zeit für ihre Anliegen (Interviewpartnerin 22, Z. 202-212) sowie mangelndes Mitspracherecht von ihnen (Interviewpartnerin 22, Z. 160-167), Mangel an emotionaler Unterstützung (Interviewpartnerin 22, Z. 131-145) und mangelnder Einsatz für die Bedarfe und Anliegen der Rehabilitand*innen (Interviewpartner 13, Z. 355-366; Interviewpartnerin 22, Z. 237-246) beklagt.

Auch die fehlende Attraktivität von Angeboten Sozialer Arbeit konnte begünstigen, dass sich ein Nicht-Nutzen auf Seiten der Rehabilitand*innen einstellt. Z. B. lag der Nicht-Nutzen des Angebots „Soziale Kompetenzen“ vor allem darin begründet, dass es aufgrund von Erkrankung von unterschiedlichen Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen durchgeführt wurde:

„Soziale Kompetenz hab ich noch mitgenommen, das ist wie soll ich das sagen? Dadurch, dass wahrscheinlich mehrere PSD¹⁴ da ausgefallen denn krankheitsbedingt war das, jede Woche hat das jemand anders gemacht, und das war dann so 'n bisschen zäh und fließend, und man hat oft mal Wiederholungen gehabt, wo ich dann echt gedacht hab, okay, dat haben wir doch schon dreimal jetzt durchgekaut, und aber gut, da kann der Einzelne nichts für, aber das ist so, wo ich jetzt nichts draus mitgenommen habe“ (Interviewpartner 1, Z. 322-328).

5.4.3. NUTZUNG VON ANGEBOTEN SOZIALER ARBEIT IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Wird die Nutzung der Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation betrachtet, so lassen sich bei den Rehabilitand*innen unterschiedliche Formen der Nutzung unterscheiden: die *gezielte Inanspruchnahme von Angeboten (Komm-Struktur)*, *institutionell verpflichtenden Terminen* sowie eine *aufsuchende Geh-Struktur*.

Die *gezielte Inanspruchnahme* von Angeboten Sozialer Arbeit findet sich bei den beruflichen Rehabilitand*innen sowohl als geplante (terminierte) als auch spontane Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit wieder.

„Genau, ich schreib 'ne E-Mail und dann machen wir einen Termin aus“ (Interviewpartnerin 12, Z. 410).

¹⁴ Die Abkürzung PSD steht für Psychosozialer Dienst.

„[...] ich war aufgeregt, da bin ich einfach vorbeigekommen, vorbei ist vielleicht (lachend:) falsches Wort, zu ihr ins Zimmer, und da hat sie mit mir gesprochen und hat mich aufgebaut durch das Gespräch und danach haben wir sogar zusammen gelacht, ne?“ (Interviewpartnerin 4, Z. 129-132).

Die beruflichen Rehabilitand*innen richteten sich bei der aktiven Inanspruchnahme an Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen, wenn z. B. Entscheidungshilfen (praktische Ratschläge oder eine unabhängige Meinung) erforderlich sind, Organisatorisches (z. B. Fehlzeiten) erledigt werden muss, sie administrative Hilfen (z. B. Praktikumsvertrag) benötigen oder Unterstützung bei der Kommunikation mit dem Kostenträger (z. B. Übergangsgeld), eine Beratung bei individuellen Problemen notwendig wird, es Probleme mit der Umschulung gibt oder Gruppenanliegen (z. B. Home-Office-Möglichkeiten) geklärt werden müssen. Einen Einflussfaktor auf die aktive Inanspruchnahme stellte die wahrgenommene Zugänglichkeit von Sozialer Arbeit (z. B. Erreichbarkeit, Arbeitsauslastung) dar.

„[...] das ist auch die Rückmeldung, die wir oft kriegen, wenn wir wenn wir Kontakt haben zu der Fallsteuerung, dass die sehr viel zu tun haben und dann nicht so die Zeit ist, dass die auch proaktiv auf uns zukommen oder mal nachfragen: ‚Ist alles okay?‘, sondern wirklich also wir – wir können jederzeit auf die zugehen, aber es ist dann sehr sachlicher und – und zielorientierter Kontakt“ (Interviewpartnerin 22, Z. 117-122).

Auch die Grenzen der Problemlösungsfähigkeit der Rehabilitand*innen spielten bei der aktiven Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit eine Rolle. So wurden von den beruflichen Rehabilitand*innen oftmals erst dann Angebote in Anspruch genommen, wenn die eigenen Problemlösungsstrategien gescheitert waren.

„Den ersten Kontakt an sich nicht, da hat er sich ja vorgestellt, am ersten Unterrichtstag, glaube ich, war das. Da haben sich hat jeder vorgestellt, also unsere Dozenten und auch, dass er halt zuständig ist, sag ich mal, für uns als Pädagoge, oder als kein Pädagoge, und genau, sein also ich bin nicht wo einer der wo ich jetzt jemanden aufsuche, solange ich nichts brauche oder selber das erledigen kann, und deswegen dann genau, erst gezielt ihn aufgesucht, wo ich halt selber nicht weitergekommen bin“ (Interviewpartner 10, Z. 68-74).

Daneben wurden Angebote Sozialer Arbeit auch in Form von *institutionell vorgegebenen, verpflichtenden* Terminen genutzt. Diese erweisen sich in einigen Einrichtungen für die Rehabilitand*innen als verpflichtend (z. B. Integrationsgespräch), dennoch konnten sie von ihnen auch dazu genutzt werden, sich Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen einzuholen.

„Und da ich irgendwie nichts hatte, kam dann nur alle halbe Jahr so'n Zettel, so: ‚Wie sieht's aus mit den Zielen? Können wir Sie unterstützen?‘ Und da konnte man was draufschreiben und dann wieder durch die Hauspost zurückschicken, oder per Mail. Genau, und dann gab's vor ein paar Wochen noch mal ein Gespräch, das nannte sich Integrationsgespräch, wo es darum geht: ‚Gibt's für den Anschluss

der Umschulung schon 'ne Stelle? Brauchen Sie dabei Unterstützung? Müssen irgendwelche Anträge gestellt werden für Anschluss-/Übergangsgeld‘, oder so was. Ja genau, da haben wir einmal kurz gesprochen“ (Interviewpartnerin 22, Z. 35-42).

Im Kontrast dazu stand eine *aufsuchende Geh-Struktur*, die in einigen Einrichtungen von Sozialpädagog*innen bzw. Sozialarbeiter*innen praktiziert wird, indem sie dort mit ihrem Angebot auf die beruflichen Rehabilitand*innen zukommen. Gerade bei Betroffenen mit psychischen Problemen erleichterte die aufsuchende Geh-Struktur die Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit.

„Sie kommt auch auf mich zu, ne, und fragt: ‚Alles in Ordnung?‘ Oder: ‚Was machen die Bewerbungen?‘ Oder: ‚Kann ich Ihnen helfen und wie unterstütz- kann ich Sie unterstützen?‘“ (Interviewpartner 1, Z. 200-202).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die unterschiedlichen Nutzungsformen Sozialer Arbeit sowohl in dem Grad der Aktivität der Rehabilitand*innen (z. B. aktive Inanspruchnahme vs. aufsuchende Geh-Struktur) als auch dem Organisationsgrad (verpflichtende Termine vs. gezielte Inanspruchnahme/ aufsuchende Geh-Struktur) variierten.

5.4.4. URSACHEN FÜR NICHT-NUTZUNG VON ANGEBOTEN SOZIALER ARBEIT IN DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Ursachen für die Nicht-Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation stellen neben *institutionellen* auch *individuelle* Ursachen dar. Zu den *institutionellen Ursachen* für eine Nicht-Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit gehören implizite Regeln bzw. eine Einrichtungskultur, die eine Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit auf Seiten der Rehabilitand*innen erschwert.

„[...] weil ja die Devise so'n bisschen ist von der Fallsteuerung im Haus, solange es keine Probleme gibt, müssen wir auch uns nicht mitein- miteinander an einen Tisch setzen, und wenn was ist, dann sind wir halt erreichbar“ (Interviewpartnerin 22, Z. 32-35).

Individuelle Ursachen für die Nicht-Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit können in den individuellen Schwierigkeiten von Rehabilitand*innen liegen, bei Unterstützungsbedarf aktiv auf Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen zuzukommen.

„[...] leider bin ich 'n Mensch, der immer ungern nach Hilfe fragt. Ich versuch immer alles selber zu machen. Ich brauch immer sehr lang, bis ich nach Hilfe frag [...]“ (Interviewpartnerin 6, Z. 443-444).

Zudem kann bei den beruflichen Rehabilitand*innen auch kein Unterstützungsbedarf während der beruflichen Rehabilitation vorliegen. Dies wird mit einem

problemlosen Verlauf der beruflichen Rehabilitation (Interviewpartnerin 15, Z. 282-284), aber auch mit Eigeninitiative bei der Lösung von auftretenden Problemen „[i]ch belästige da nicht noch jemand anders“ (Interviewpartner 21, Z. 527) und einer guten Vorbereitung im Vorfeld der beruflichen Rehabilitation (Interviewpartner 13, Z. 171-172) begründet. Daneben können auch andere Ansprechpersonen als Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen für die Rehabilitand*innen die primären Ansprechpersonen darstellen.

„Ich glaube, ich hä- wenn ich jetzt eine andere Ausbildungsleitung hätte, wäre definitiv die Frau O. [Sozialpädagogin] meine erste Ansprechpartnerin“ (Interviewpartnerin 18, Z. 139-140).

5.4.5. RAHMENBEDINGUNGEN

Unter *Rahmenbedingungen* werden die nutzenstrukturierenden, also nutzenfördernde und -hemmende Bedingungen auf der Ebene des *persönlichen, institutionellen* und *gesellschaftlichen Relevanzkontexts*¹⁵ gefasst.

Persönlicher Relevanzkontext

Nutzenstrukturierende Bedingungen auf der Ebene des *persönlichen Relevanzkontexts* können sowohl in der *individuellen Lebenssituation* als auch den *persönlichen Erfahrungen, Erwartungen* und *Wahrnehmungen von Sozialer Arbeit* begründet liegen. In der *individuellen Lebenssituation* können sich Unterstützungsnetzwerke außerhalb der Einrichtungen beruflicher Rehabilitation sowohl als nutzenfördernde als auch nutzenhemmende Faktoren erweisen. Die Unterstützung des sozialen Umfelds außerhalb der Einrichtungen (z. B. Partner*innen, Familie, Freund*innen) ist eine wichtige Komponente für die Rehabilitand*innen, um die schwierige Phase der beruflichen Rehabilitation zu meistern und überhaupt erst einen Nutzen aus den Angebote Sozialer Arbeit zu ziehen. Im Gegensatz dazu steht ein nicht unterstützendes (z. B. Unverständnis, Kritik an den Rehabilitand*innen) oder nichtexistierendes soziales Umfeld. So wirkte sich beispielsweise bei einer Interviewpartnerin die mangelnde Unterstützung durch ihren Ehepartner hemmend auf ihren Nutzen aus, den sie aus den Angeboten Sozialer Arbeit ziehen konnte, weil die während der beruflichen Rehabilitation, auch durch die Soziale Arbeit, erzielte Verbesserung des Gesundheitszustands konterkariert wurde.

„[...] da haben bei uns die Probleme angefangen, ne, [mein Mann] konnte sich damit nicht abfinden, dass ich so lange krankgeschrieben bin, und er war zu Hause unzufrieden [...]. Und hat mich nur kritisiert und so viel Spaß gemacht, so bösar-

15 In der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung wird zwischen subjektiven, institutionellen und gesellschaftlichen Relevanzkontexten unterschieden (Oelerich/Schaarschuch 2005, van Rießen 2020). Dabei bezeichnet der Begriff *Relevanzkontext* die Bedingungen, die für die Nutzer*innen subjektiv bedeutsam dafür sind, ob sie etwas als nützlich bzw. als ihnen einen Nutzen bringend bewerten (Oelerich/Schaarschuch 2013: 96). Der *subjektive Relevanzkontext* wird im Folgenden als *persönlicher Relevanzkontext* bezeichnet, um Irritationen aufgrund der in der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung zugrunde liegenden subjektiven Sichtweise der Rehabilitand*innen auf die unterschiedlichen Relevanzkontexte zu vermeiden.

tigen und was mich noch runtergezogen hat“ (Interviewpartnerin 4, Z. 221-228).

Dass eine unterstützende Partnerschaft den Nutzen fördern kann, zeigte sich bei einer anderen Interviewpartnerin, deren Partner die Inanspruchnahme der beruflichen Rehabilitation maßgeblich gefördert hatte.

„[...] also es ist, wenn ich ihn nicht (lachend:) hätte, dann wär ich nicht hier, dann muss ich mich zusammenreißen. Ja“ (Interviewpartnerin 6, Z. 426-428).

Finanzielle Problemlagen wirken sich vor allem nutzenhemmend für die beruflichen Rehabilitand*innen aus. Die finanzielle Absicherung stellt eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche Rehabilitation dar.

„Es hat sich eigentlich so viel verändert, ich hab eigentlich wahnsinnige Angst vor dieser Umschulung gehabt, jetzt nicht, dass ich sagen tu: ‚Ich bringe jetzt nicht fertig, dass ich die Umschulung schaffen tu‘, sondern es ist der finanzielle Aspekt. Wir haben vor vier Jahren ein Haus gebaut, es ist noch alles finanziert, wo man sagen tut: ‚Es muss ja alles weiterlaufen.‘ Das war die Angst am Anfang mit dem Übergangsgeld, wo ich sagen tu: ‚Läuft das alles, oder läuft es nicht?‘“ (Interviewpartner 19, Z. 174-179).

Auch der Stand der Krankheitsbewältigung z. B. durch langjährige psychologische Betreuung hatte für die beruflichen Rehabilitand*innen einen nutzenstrukturierenden Effekt. So konstatierte ein Interviewpartner, dass sein „Gesprächsbedarf abgedeckt“ (Interviewpartner 1, Z. 89) ist, was er auf eine langjährige psychologische Unterstützung zurückführte. Zudem waren berufliche Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Ansprechpersonen in ihrem Krankheits- bzw. Rehabilitationsverlauf konfrontiert und müssten daher oftmals ihre Krankengeschichte erneut erklären.

„Ja, es ist – ist einfach so, dass ne, also ich will ja nicht alles doppelt und dreifach erzählen.“ (Interviewpartner 1, Z. 91-92).

Diese Aspekte führten dazu, dass sowohl weniger Bedarf („Gesprächsbedarf [ist] abgedeckt“) als auch Bereitschaft („doppelt und dreifach erzählen“) bestand, Angebote Sozialer Arbeit zu nutzen.

Die individuellen positiven Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft wirkten sich für Rehabilitand*innen nutzenfördernd aus. Dazu gehörte die persönliche Motivation zur erfolgreichen Bewältigung der beruflichen Rehabilitation, ohne die auch die Unterstützung durch Soziale Arbeit obsolet wird.

„Weil wie gesagt, hier hat man super Unterstützung und ja klar, man muss selber auch was dafür tun. Man darf sich nicht einfach zurücklehnen und sagen: ‚Ja, pff, macht ihr mal‘, sondern man muss da schon auch hinterher sein und auch schon selber sagen: ‚Ich will das‘, sonst macht das hier keinen Sinn. Sonst kann dann auch Frau W. [Sozialpädagogin] reden, wie sie will, wenn man da selber nicht sich auf die Hinterbeine stellt, dann kann man das gleich vergessen letztendlich. Aber

da weiß ich, das funktioniert hier“ (Interviewpartnerin 8, Z. 501-507).

Auch positive Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft, die sich auf die erfolgreiche Krankheitsbewältigung (Interviewpartnerin 8, Z. 458-464) sowie Veränderungen im sozialen Umfeld (Interviewpartnerin 8, Z. 486-490) bezogen, wirkten sich für die beruflichen Rehabilitand*innen nutzenfördernd aus.

„[...] und weil ich den Plan dann jetzt habe, dass wenn ich diese Umschulung hier hinter mir habe, dass ich dann vielleicht noch so ein, zwei Jahre hier in Stadt 2 bleibe und dann Richtung Norden, wo meine Lebensgefährtin wohnt, dass ich dort dann hingehge und dann da noch mal wieder (3) 'n Anfang mache letztendlich“ (Interviewpartnerin 8, Z. 486-490).

Im engen Zusammenhang damit stand auch die Übereinstimmung des Maßnahmenziels, das in der beruflichen Rehabilitation die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt darstellte, mit den individuellen Zielen der Rehabilitand*innen. Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen konnten bei der Verwirklichung dieser Ziele eine wichtige Rolle spielen.

„Ich bin 56 ne, da fehlen mir noch gute zehn Jahre bis zur Rente, und für mich wäre jetzt so die Zeit zu Hause, ne, ohne berufliche Aufgabe, irgendwie sinnlos erscheinen. Das meine ich so, dass kein Ziel vor Augen und dann würde ich mich noch älter fühlen und denken, mein Leben ist schon vorbei, ne? Und dank ihr hab ich den Eindruck gehabt, okay, du bist noch nicht so alt. Ich erwarte noch was, ne? Dann kannst du dich freuen und kannst du noch leben, ne, weil ich bin seit Langem sehr krank und dadurch hab ich gedacht, okay, das war's schon, ne?“ (Interviewpartnerin 4, Z. 186-193).

Neben der individuellen Lebenssituation nahmen auch *persönliche Erfahrungen, Erwartungen* und die *Wahrnehmung von Sozialer Arbeit* Einfluss auf den Nutzen von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. Vorerfahrungen mit Sozialer Arbeit (z. B. in der medizinischen Rehabilitation) wirkten sich sowohl nutzenfördernd als auch nutzenhemmend aus, indem sie die von den Rehabilitand*innen gestellten Erwartungen an die Handlungsmöglichkeiten, Rolle und Relevanz von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in der beruflichen Rehabilitation beeinflussten. So erleichterten positive Vorerfahrungen mit Sozialer Arbeit z. B. die Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation durch die Rehabilitand*innen.

„Aber viele sagen ja: ‚Ich bin mir zu stolz‘ oder ‚Ich will das nicht‘ und ich bin aber so, dass ich sage: ‚Ja, mir haben die schon geholfen‘, also Sozialdienste haben da schon geholfen. Ich war auch schon beim Psychologischen Sozialdienst, das ist ja auch – auch was Soziales da, ne? Bin ich auch schon hingegangen. Also da haben die mir auch schon mal geholfen im Privaten, wo ich gesagt hab, da war die psychische Not sehr groß, also das hab ich auch schon genutzt. Also ich hab eigentlich gute Erfahrungen gemacht“ (Interviewpartnerin 12, Z. 445-451).

Aus den positiven Erfahrungen mit Sozialer Arbeit in den Einrichtungen der

beruflichen Rehabilitation resultierte auch eine antizipierte Nutzung von Sozialer Arbeit für die zukünftige Lebensbewältigung.

„Also durch diese Sozialarbeit hier und die guten Erfahrungen, die ich gemacht hab, könnte ich mir vorstellen, wenn jetzt im Priva-, also außerhalb von dieser Maßnahme irgendwas wäre dass man da auch an sozialen Stellen hingehgt. Ja, dass man da Hilfe bekommt. Da ist praktisch vielleicht die Hemmschwelle ein bis-sel genommen (...)“ (Interviewpartnerin 12, Z. 424-428).

Negative Erfahrungen mit Sozialarbeiter*innen stellten dagegen zunächst Barrieren bei der Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation dar, „deswegen kam ich auch mit gemischten Gefühlen hierher“ (Interviewpartnerin 17, Z. 345).

Die aus den Erfahrungen mit Sozialer Arbeit in anderen Handlungsfeldern resultierenden Erwartungen der Rehabilitand*innen an Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation hatten ebenfalls einen Einfluss auf den Nutzen, z. B. durch das Wissen um potenzielle Handlungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit, die auch auf die berufliche Rehabilitation übertragen werden können.

„Naja, ich hab ja in der Vergangenheit im – im - im Verlauf meiner Erkrankungsgeschichte Kontakt mit Sozialer Arbeit gehabt an vielen Stellen. So, sei es irgendwelche Anträge stellen, finanzielle Beratung, ambulant betreutes Wohnen, und ich weiß, dass was für Potenziale da sind und wo die überall helfen können und Hinweise geben können, motivieren können, für einen oder mit einem Dinge erledigen können, wo Leute Schwierigkeiten mit haben. Was sicherlich für mich und auch für viele andere super hilfreich und sinnvoll wäre auch in diesem Kontext“ (Interviewpartner 22, Z. 346-353).

Bei einem Interviewpartner wurde deutlich, dass sich (negative) Erwartungen im direkten Kontakt mit Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation auch verändern können.

„Ich habe sie [Soziale Arbeit] ja ein bisschen so, wie soll ich sagen, verarscht, also nicht verarscht, aber nur so belächelt, weil ich sage, okay, was ist das? Also wozu braucht man das? So ungefähr. Oder andere Themen, wenn man sich nicht damit befasst hat, ne? Und ich hab's doch ziemlich schnell irgendwann dann gemerkt, dass man öfters da ist, irgendwas fragt oder braucht, sage ich, wo man unterstützt wird, wo ich vorher nie die Gedanken drüber hatte, auch im Privaten“ (Interviewpartner 10, Z. 360-369).

Soziale Arbeit in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wurde von den Rehabilitand*innen unterschiedlich wahrgenommen. Mit Beschreibungen wie „Säule“ (Interviewpartner 13, Z. 240) oder „Fels in der Brandung“ (Interviewpartnerin 17, Z. 262) wurde Soziale Arbeit als Unterstützungszentrale für die Rehabilitand*innen charakterisiert, was sich nutzenfördernd auswirken kann. Die Wahrnehmung von Sozialer Arbeit als höhere Hierarchieebene mit direktem Kontakt zum Kostenträger (Interviewpartner 13, Z. 343-351; Interviewpartnerin

8, Z. 617-619) bzw. Sozialer Arbeit als Kontrollinstanz (z. B. Fehlzeiten) (Interviewpartner 21, Z. 557-582) kann sich dagegen nutzenhemmend auswirken.

Institutioneller Relevanzkontext

Nutzenstrukturierende Bedingungen auf der Ebene des institutionellen Relevanzkontexts lassen sich in *einrichtungsbezogene Merkmale, sozialarbeiterisches Handeln in den Einrichtungen und Anforderungen an die Rehabilitand*innen* unterscheiden.

Zu den *einrichtungsbezogenen Merkmalen* gehört eine interne Unterstützungsinfrastruktur innerhalb der jeweiligen Einrichtung, die sich neben Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen beruflicher Rehabilitation (z. B. Psycholog*innen, Fachlehrer*innen, Ergotherapeut*innen, Ärzt*innen, Arbeitspädagog*innen etc.) und Mit-Rehabilitand*innen zusammensetzt, sodass das Gefühl bei den Rehabilitand*innen entsteht „[...] man steht herinnen nicht alleine“ (Interviewpartnerin 19, Z. 120). Die Unterstützungsinfrastruktur basiert auf einem stetigen Zugang zu den Professionellen (z. B. Psycholog*innen, Ärzt*innen) und dem Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten in den unterschiedlichen Bereichen (Interviewpartnerin 5, Z. 257-268). Gerade für Rehabilitand*innen mit wenig sozialen Kontakten außerhalb der Einrichtungen ist die interne Unterstützungsinfrastruktur wichtig.

„Und da muss ich sagen, das ist dann auch hier so dieses Ding, dass ich da weiß, ich habe hier auch Ansprechpartner, zu denen ich hingehen kann, grade weil ich halt alleine ja zu Hause lebe, nur mit meinem Hund. Meine jetzige Partnerin, die ich habe, die wohnt über 700 Kilometer weg“ (Interviewpartnerin 8, Z. 474-477).

Im Sinne des Selbsthilfedankens stellten auch Mit-Rehabilitand*innen einen weiteren Bestandteil der Unterstützungsinfrastruktur in den Einrichtungen dar, z. B. durch den Erfahrungsaustausch im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

„Auch wir haben hier natürlich in Gesprächen draußen beim Spaziergang oder in der Raucherecke das sind finden ganz wichtige Gespräche statt, wo man merkt, dem andern geht's genauso, der hat das genauso empfunden. Und diese Gespräche sind auch ganz, ganz doll wichtig, ne?“ (Interviewpartnerin 17, Z. 984-988).

Ferner erwies sich auch die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im multiprofessionellen Reha-Team als nutzenfördernd für die Rehabilitand*innen. Der regelmäßige Austausch zwischen den unterschiedlichen Fachkräften führte dazu, dass Rehabilitand*innen nicht nur ganzheitlich betrachtet wurden, sondern ihnen auch mehrere Ansprechpersonen zur Verfügung standen, die jeweils über ihren aktuellen Genesungsstand informiert sind. Gerade bei einer Abwesenheit von zugeteilten Ansprechpersonen kann dann auch durch andere eine so genannte „Soforthilfe“ (Interviewpartnerin 4, Z. 573) geleistet werden.

„Ne, und vor allem hier ist sehr wichtig, dass meiner Meinung nach die Trainer, Psychologen und alle im sehr guten Kontakt und im *Austausch* sind, ne? Und

wenn mir schlecht geht, dann ist es egal, an wen ich mich wende. Nicht nur eine Person, die mir zugeschrieben ist, und das ist wichtig, weil kann sein, dass die Person nicht da ist, ne? Außer Haus, oder hat grade einen anderen Termin, ne?“ (Interviewpartnerin 4, Z. 566-571).

Weiterhin wurden positive (und nutzenbringende) Veränderungen von den Rehabilitand*innen auch auf die Etablierung einer Tagesstruktur innerhalb der Einrichtungen zurückgeführt „[s]o das war vorher für mich schwierig, überhaupt aufzustehen und so den Tag zu gestalten (Interviewpartnerin 3, Z. 106-107). Neben der Etablierung einer Tagesstruktur wurde auch die daraus resultierende Verfügbarkeit von Unterstützung (z. B. psychosozialer Dienst) als nutzenfördernder Faktor benannt.

„[...] ich feststelle für mich, dass mir die Struktur sehr guttut. Das heißt also 'ne Struktur in der Form, dass ich weiß, ich fahre morgens hierhin, hab 'ne Aufgabe, die mir auch noch Spaß macht, also ist nicht nur so, dass ich 'ne Aufgabe, die macht mir auch noch Spaß. Und dadurch und weiß, dass ich, wenn ich hier, wenn ich 'n Problem habe oder 'ne Frage, dann bekomme ich hier 'ne Antwort“ (Interviewpartner 1, Z. 357-362).

Daneben hatte auch die unterschiedliche Wahrnehmung der Einrichtungen als *Schutzraum* oder als *verschultes System* einen Einfluss auf den Nutzen der Rehabilitand*innen. Die Wahrnehmung als *verschultes System* fand sich in Bezug auf die Einrichtungsform der BFW wieder.

„Und das BFW ist dann ganz anders. Das ist ja mehr so wirklich so wie 'ne richtige Schule aufgebaut und ja, hat mir dann mehr zugesagt“ (Interviewpartnerin 6, Z. 91-92).

Damit einher gingen bei den (älteren) Rehabilitand*innen oftmals auch Unsicherheiten, z. B. „wie wird es, wieder in die Schule [zu] gehen?“ (Interviewpartner 9, Z. 49), bei denen sich die Unterstützung durch Soziale Arbeit nutzenfördernd auswirken konnte. Auch der Kontakt mit unterschiedlichen Generationen, die alle im verschulten System BFW aufeinandertreffen, kann sich für die Rehabilitand*innen z. B. durch die Anerkennung der eigenen Lebenserfahrung als „graue Eminenz“ (Interviewpartner 13, Z. 587) durch andere Rehabilitand*innen positiv auswirken.

„Aber wie gesagt, ich bin froh jetzt einmal in dieser in die einfach in dieser doch mit 58 einmal etwas Altbekanntes wie die Schule wieder zu bekommen, zu erleben, etwas Neues wie das Internatsleben, ja? [...]. Man kriegt auch einfach wieder einen ganz einen anderen Einblick. [...] Also es ist, man kann auch mit – mit – mit so 'ner (lacht kurz) wie soll ich sagen? Man – man wird dann auch so – so unter Umständen so, wenn man es geschickt macht oder wenn man halt einfach der Typ dafür ist, man wird dann so eine Art – Art graue Eminenz, ja? Also es gibt den Ausbilder, und dann gibt's noch den Herrn S., den man dann auch etwas fragen kann, ja? Das ist natürlich streichelt natürlich auch das Ego. Das macht einfach man lernt und ich möcht's zusammenfassen mit, man lernt über das hinaus, was

eigentlich geplant ist, noch mal wieder ganz neue Dinge, weil man seinen – seinen Standpunkt verwechselt hat jetzt“ (Interviewpartner 13, Z. 566-592).

Weiterhin wurden die Einrichtungen (BFW, BTZ) von den Rehabilitand*innen als *Schutzräume* wahrgenommen.

„Man fühlt sich gut aufgehoben, wie in so 'nem Nest (lacht kurz) so, wo man dann flügge wird“ (Interviewpartnerin 7, Z. 155-156).

Die Wahrnehmung als *Schutzraum* resultierte aus einem Gefühl von Vertrauen und Sicherheit. Dazu trägt unter anderem auch der Umgang der Professionellen mit den Rehabilitand*innen (Interviewpartnerin 17, Z. 26-32) und ebenso die Kontrolle der Rehabilitand*innen auf dem Einrichtungsgelände zum Zwecke des Selbstschutzes bei.

„Es wird auch es ist ganz wichtig, wenn man hier am Anfang herkommt, dass man dem Fachtrainer immer sagt, wo man ist. Abgesehen davon, wenn man nicht am Arbeitsplatz ist, weil ja auch viele dabei sind, da kann jeder jeden Moment etwas ausgelöst werden, wodurch wir dann weg wollen. Und da wird sehr, sehr drauf geachtet, es wird sehr darauf geachtet, wie wir uns fühlen. Und manchmal gab es so Momente, wo ich dachte, uah, wenn ich kann ich jetzt unter dem Radar desjenigen hindurch, [(lacht)] aber natürlich nicht. Sie sehen es uns an“ (Interviewpartnerin 17, Z. 357-374).

Auch das *sozialarbeiterische Handeln* in den Einrichtungen wirkte sich nutzenstrukturierend aus. Darunter fiel zum einen die Passung in der Beziehung zwischen Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen und beruflichen Rehabilitand*innen, zum anderen auch der (eingeschränkte) Handlungsspielraum der Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagogen*innen in den Einrichtungen.

Ein zentraler Faktor für eine Passung zwischen Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagogen*innen und Rehabilitand*innen stellte eine von Sympathie geprägte zwischenmenschliche Beziehung dar. Dies war zum Teil auch mit der Erwartung verbunden, dass sich diese nutzenfördernd auswirkt.

„[...] es muss schon auch Sympathie da sein, weil ich finde auch, wenn dann die Chemie auch stimmt, dann gibt sich der andere vielleicht auch mehr Mühe“ (Interviewpartnerin 12, Z. 217-219).

Mangelnde Sympathie in der Beziehung zwischen Sozialpädagogen*innen bzw. Sozialarbeiter*innen kann dagegen den Nutzen der beruflichen Rehabilitand*innen hemmen.

„Ich meine, sie können ich sag's mal so, auch ein unsympathischer Sozialpädagoge hat Chancen, dir zu helfen, aber er – er muss sich ja dann mehr Mühe geben, ja? (lacht). Und Sympathie ist eben keine Einbahnstraße. Ja“ (Interviewpartner 13, Z. 716-719).

Daneben spielt ein (häufig am Alter festgemachter) geteilter Erfahrungsraum für die Passung von Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagogen*innen eine wichtige Rolle. Ein ähnliches Lebensalter verweist dabei für einige berufliche Rehabilitand*innen auch auf geteilte Erfahrungen und bringt eine Lebenserfahrungserwartung mit sich.

„Und dann hat man durch Gespräche mit der Frau A. oder sonstige, die einen dann wirklich, die auch ich sag jetzt mal vom Alter her durchaus zusammenpassen, dann durchaus auch mal ihre Lebensgeschichte [...] und allein diese Gespräche haben mich dann wieder, dann mehr oder weniger beruhigt zu sagen: „Okay, ja, wenn andere das schaffen, kannst du das auch!“ (Interviewpartner 1, Z. 392-398)

Maßgeblich für das sozialarbeiterische Handeln war auch der wahrgenommene Handlungsspielraum der Sozialpädagogen*innen bzw. Sozialarbeiter*innen in den Einrichtungen. So wurde dieser Handlungsspielraum durch Erreichbarkeit und Vorgaben des Kostenträgers (in Bezug auf die Höhe des Übergangsgeldes oder Zuschüsse für Arbeitsmittel) sowie zeitlich begrenzte Termine für die beruflichen Rehabilitand*innen eingeschränkt.

„Wie gesagt, die Erfahrungen waren nicht negativ von der Frau auf die Frau R. [Sozialpädagogin] bezogen, die Erfahrung war halt einfach, dass überall halt auch Grenzen gesetzt sind, ja?“ (Interviewpartner 13, Z. 368-370).

Weitere nutzenstrukturierende institutionelle Rahmenbedingungen waren die *Anforderungen*, mit denen sich die Rehabilitand*innen im Rahmen ihrer beruflichen Rehabilitation konfrontiert sahen. Dazu zählte ein wahrgenommener Zeitmangel für Rehabilitand*innen, der Leistungsdruck erzeugte.

„Und (schnalzt) das Einzige, was in Stadt 1 mir jetzt nicht gefallen hat, dieses, alles muss zeitlich stimmen (pocht mehrmals auf den Tisch). Auch diese ganze Vorbereitung, diese ganzen Aufgaben, die wir gemacht haben, ja, da stehen die teilweise mit der Stoppuhr, und das hat bei mir dann auch wirklich in der ersten Woche, ich war einfach fertig, ja, also ich komm von viel Stress, und dann steht der da mit der Stoppuhr, und dann macht das was mit jemandem“ (Interviewpartner 9, Z. 244-250).

Daneben wurden auch administrative Prozesse in der beruflichen Rehabilitation (z. B. Praktikumsverträge) von den Rehabilitand*innen als zeitaufwändig erlebt. Zu einer „Entlastung“ (Interviewpartnerin 16, Z. 149) der Rehabilitand*innen und der Möglichkeit, die eigenen Ressourcen in die erfolgreiche Bewältigung der beruflichen Rehabilitation zu investieren, kann das Angebot Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation beitragen.

Zudem wurden von den beruflichen Rehabilitand*innen in den Einrichtungen hohe Leistungsanforderungen wahrgenommen. Insbesondere zu Beginn der beruflichen Rehabilitation stellen diese für die Rehabilitand*innen eine große Herausforderung dar „[...] weil das so für mich am Anfang war, so, oje, schaffst

du das überhaupt?“ (Interviewpartnerin 3, Z. 45). Auch hier wird der Einfluss von Sozialer Arbeit als nutzenfördernd angesehen. Die hohen Leistungsanforderungen erschweren gerade für Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen die Durchführung der beruflichen Rehabilitation.

„Also (lacht kurz) ich sagte ja, wenn ich als ich die ersten zwei Wochen da war, hab ich nur gedacht: ‚Oh Gott, wenn ich das vorher gewusst hätte, dann wär ich bestimmt nicht hierhergekommen.‘ Und habe auch ja, wirklich, und habe auch, weil ich war nach den ersten zwei Wochen jeweils immer am Wochenende total kaputt. Total kaputt und alle. Weil das so emotional anstrengend war, und ich auch dann oft gedacht habe: ‚Oh, will ich das? Hätt ich das vorher gewusst, hätt ich das nur *geahnt*, wär ich gar nicht hergekommen.‘ Und mir auch klar war, hätte ich nicht schon ein Jahr vorher Therapie gehabt, Psychotherapie, hätte ich das Pensum hier nicht geschafft“ (Interviewpartnerin 17, Z. 416-425).

Gesellschaftlicher Relevanzkontext

Wurden nutzenstrukturierende Bedingungen auf der Ebene des *gesellschaftlichen Relevanzkontexts* betrachtet, so waren Rehabilitand*innen in der beruflichen Rehabilitation mit *Selbst- und Fremdstigmatisierungen* konfrontiert, da sie aufgrund von Arbeitslosigkeit und Erkrankungen nicht den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen entsprechen. Mit der *Fremdstigmatisierung* wurden auch Fragen der Legitimität der Nutzung bzw. Ausnutzung von Leistungen aufgeworfen.

„[...] dass das alles so in Ordnung ist, dass man das in Anspruch [Antrag auf Gleichstellung] nimmt und man ja da jetzt nicht irgendwie rumschmarotzt oder so und das hat mir schon ja, mich unterstützt, diese Wege zu gehen und mich auch mit meiner Situation zu identifizieren und zu sagen: ‚Ja, das ist so‘“ (Interviewpartnerin 16, Z. 205-209).

Die gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen trugen auch zu einer *Selbststigmatisierung* bei den Rehabilitand*innen bei. Es wurde jedoch deutlich, dass gerade die Erfahrungen in der beruflichen Rehabilitation (z. B. auch mit Sozialarbeiter*innen bzw. Sozialpädagog*innen) zu einer Akzeptanz der eigenen Situation als Nutzer*innen von beruflicher Rehabilitation beitragen konnten.

„[...] wenn jemand arbeitslos ist, fühlt er sich auch wertlos und ne, nicht als – als vollständiger Teil einer Gesellschaft, so geht es einem auch. Das ist hier komplett anders. Man erfährt hier, man hat ja auch schon etwas geleistet, und jetzt ist man krank geworden, und das kann jedem passieren“ (Interviewpartnerin 17, Z. 713-717).

5.5. UMSETZUNG DES PARTIZIPATIVEN FORSCHUNGSSTILS UND DAMIT GESAMMELTE ERFAHRUNGEN

Im Folgenden wird zunächst erläutert, wie der partizipative Forschungsstil in ANSAB umgesetzt wurde (5.5.1), bevor dann Erfahrungen dazu reflektiert werden (5.5.2), inwieweit die damit verbundenen erkenntnis- und demokratietheoretisch begründeten Erwartungen eingelöst werden konnten (5.5.3).

5.5.1. UMSETZUNG DES PARTIZIPATIVEN FORSCHUNGSSTILS IN ANSAB

Ein zentraler Bestandteil des partizipativen Forschungsstils in ANSAB war der Projektbeirat. Er beriet das Forschungsteam und gab wichtige Impulse für die Forschungstätigkeit. Durch eine mehrheitliche Besetzung dieses Beirates durch berufliche Rehabilitand*innen wurden diese im demokratietheoretischen Sinne gestärkt. Für die erste Projektbeiratssitzung konnten mit einigen Anstrengungen sieben Rehabilitand*innen gewonnen werden (Enggruber/Seefeld/Tophoven 2025). Im Verlauf des Projektes kam es jedoch zu Vakanzen und Nachbesetzungen. Zum Zeitpunkt der Projektbeendigung waren fünf Rehabilitand*innen vertreten, vier davon seit Projektanfang. Im Verlauf des Projektes zeigte sich, dass es herausfordernd ist, ihre durchgängige Beteiligung im Beirat sicherzustellen. Nicht zuletzt kann dies auf biographische Umbrüche, die berufliche Rehabilitand*innen in diesem Lebensabschnitt erleben, zurückzuführen sein. Relevant sind hier Maßnahme- oder Einrichtungswechsel, etwaige Pendelzeiten, evtl. Abbrüche oder Praktika sowie im Rehabilitationsverlauf vorgesehene Eintritte in Beschäftigungsverhältnisse (ebd.).

Die Rehabilitand*innen nahmen in ihrer Tätigkeit im Projektbeirat im Sinne der Matrix von Farin-Glattacker et al. (2014, s. 3.3, auch 2020) eine *beratende Beteiligung* ein. Sie verfügten also über kein Mitbestimmungsrecht, sondern berieten das Projektteam und den Beirat mit ihrer praxisrelevanten Lebensweltexpertise. Diese Expertise trug beispielsweise dazu bei, missverständliche Begriffe in der Fragenkonstruktion der qualitativen Forschung anzupassen, wodurch eine präzisere Ansprache von Fachkräften der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation (z. B. Reha-Integrationsmanager*innen, Reha-Integrationssteuerer*innen, Sozialdienst/Psychosozialer Dienst usw.) ermöglicht wurde.

Da aber das umfangreiche Erfahrungswissen bzw. die Lebensweltexpertise der Rehabilitand*innen aufgrund zeitlicher Limitationen in den Projektbeiratssitzungen nur punktuell einfließen konnten, wurde sich bereits in der ersten Sitzung dazu entschieden, zusätzlich narrative Interviews mit den Rehabilitand*innen

zu führen. Dadurch konnte ihrem Erfahrungswissen der nötige Raum gegeben und dieses systematisch gesichert werden. Insgesamt wurden sechs narrative Interviews mit sieben Rehabilitand*innen geführt. Diese nicht im Projektantrag und dem Kostenplan eingeplante Erweiterung des gemischt-methodischen Forschungsdesigns konnte im Rahmen eines kostenneutralen Praktikums realisiert werden. Für zukünftige Projekte lässt sich daraus ableiten, dass partizipativ angelegte Forschungsansätze bereits in der Antragsstellung diesen Mehraufwand berücksichtigen sollten, um dem Wissen aus der Lebenswelt der Betroffenen angemessen Rechnung zu tragen.

Im Sinne der Matrix von Farin Glattacker et al. (2020, 2014) hat sich im Laufe des Projektes die überwiegend *beratende Beteiligung* der Rehabilitand*innen hin zu einer *Mitwirkung* entwickelt, indem das Projektteam mit ihnen gemeinsam Interpretationssitzungen von Interviewmaterial aus der qualitativen Befragung durchführte. In den Interpretationssitzungen wurden den teilnehmenden Rehabilitand*innen verschiedene Zitate aus den Interviews durch die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen vorgestellt, und im Anschluss an eine Diskussion wurde versucht, gemeinsam mit ihnen passende Kategorisierungen für die Zitate zu finden. Zu Beginn des Projektes wurde im Austausch mit den Rehabilitand*innen deutlich, dass diese sich, neben den Projektbeiratssitzungen, weitere Austauschmöglichkeiten mit dem Projektteam wünschen. Um diesem Anliegen zu begegnen und auch, weil dem Projektteam die Notwendigkeit zur Kontaktpflege deutlich wurde, ist in gemeinsamer Abstimmung die Idee für einen regelmäßigen Newsletter sowie das Format einer digitalen Pinnwand entstanden. Der Newsletter wurde in zehnfacher Auflage im Zeitraum vom 15.08.2022 bis 15.11.2024 im dreimonatigen Turnus veröffentlicht. Die digitale Pinnwand wurde als weitere Maßnahme zur stärkeren Einbindung der Beiratsrehabilitand*innen in den Verlauf der Forschung konzipiert. Dabei handelt es sich um eine Website mit der Möglichkeit zur Zwei-Wege-Kommunikation. Sie sollte, im Design an eine echte Pinnwand angelehnt, neben dem E-Mailverkehr als eine weitere niedrigschwellige Option für einen Kommunikationseinstieg seitens der Rehabilitand*innen und dem Projektteam dienen. In der Praxis stellte sich das Tool als nicht praktikabel und anwendungsfreundlich heraus, denn auch nach einer Vorstellung im Rahmen einer Projektbeiratssitzung wurde dieses Format von Seiten der Rehabilitand*innen nicht verwendet. Auch im Verlauf des Projektes hat sich die digitale Pinnwand als Informations- und Kommunikationsweg nicht etabliert. Stattdessen nutzten die Rehabilitand*innen für eine Zwei-Wege-Kommunikation den E-Mail-Verkehr. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich für die wechselseitige Kommunikation ein den Rehabilitand*innen bereits gewohnter Kanal anbietet, in diesem Fall die E-Mail-Kommunikation, die auch in der beruflichen Rehabilitation zu Kommunikationszwecken genutzt wird.

Im Gegensatz dazu wurden die beruflichen Rehabilitand*innen aus dem Projektbeirat in den insgesamt zehn Newslettern lediglich über den Projektverlauf kontinuierlich informiert, sie konnten diese also lediglich zur Kenntnis nehmen. Der Versuch, sie in die Gestaltung des Newsletters miteinzubeziehen, scheiterte. Doch wurde in einem gesonderten Treffen mit ihnen um ein Feedback zum Newsletter gebeten, mit dem Ergebnis, dass kein Gestaltungswunsch

geäußert wurde. Dies könnte ein Hinweis auf etwaig wahrgenommene sowie tatsächliche Machtungleichheiten zwischen den Wissenschaftler*innen und den Ko-Forschenden sein, die gerade in den Räumlichkeiten der Hochschule zugunsten der Wissenschaftler*innen bestand. Für weitere partizipativ angelegte Forschungsprojekte sind die Wissenschaftler*innen angehalten, sich und den Ko-Forschenden in Bezug auf Ungleichheitskonstellationen, insbesondere in Bezug auf Machtverhältnisse, noch sensibler zu begegnen, um Möglichkeiten zur Partizipation von Seiten der Ko-Forschenden auszubauen.

Ungeachtet dieses selbstkritisch zu lesenden Hinweises, der sich auf zukünftig noch stärker zu verfolgende Reflexionsprozesse bezogen auf Machtunterschiede zwischen Ko-Forschenden und Wissenschaftlicher*innen bezieht, konnten in ANSAB bedeutsame empirische Hinweise zur Einlösung der mit partizipativer Forschung verbundenen erkenntnis- und demokratietheoretischen Erwartungen erzielt werden.

5.5.2. ERFAHRUNGEN MIT DEM PARTIZIPATIVEN FORSCHUNGSSTIL IN ANSAB

Die Erwartungen an einen partizipativen Forschungsstil sind hoch, wie schon in 3.4 beschrieben ist. So werden aus *erkenntnistheoretischer* Perspektive aussagekräftigere und für die Praxis besser nutzbarere Erkenntnisse erwartet, wenn Vertreter*innen derjenigen, die von den Forschungsergebnissen betroffen sind, in ANSAB sind dies die beruflichen Rehabilitand*innen, in den Forschungsprozessen mit ihren Erfahrungen bzw. ihrer Lebensweltexpertise mitwirken. Ferner soll aus *demokratietheoretischer* Sicht gewährleistet werden, dass den jeweils von der Forschung Betroffenen der nötige ‚Raum‘ bzw. Ressourcen zur Verfügung gestellt wird, sodass sie ihre Einschätzungen, Erlebnisse usw. einbringen zu können und zudem dazu befähigt werden, aktiv an den sie betreffenden Entscheidungen in dem erforschten Lebensbereich mitzuwirken. Dabei wurden aus der Vielzahl möglicher Beteiligungsformen, die Farin-Glattacker et al. (2014, 2020) in einer Matrix systematisiert haben, jene ausgewählt, die für berufliche Rehabilitand*innen angemessen erschienen. Denn es war davon auszugehen, dass sie sich in einer vulnerablen Lebensphase befanden, in der sie ihre private sowie berufliche Zukunft infolge ihrer gesundheitlichen Einschränkungen neu planen und dabei ihre Erkrankung sowie zahlreiche Unabwägbarkeiten bewältigen mussten. Deshalb wurde sich dafür entschieden, berufliche Rehabilitand*innen mehrheitlich im Projektbeirat, also zu acht, zu beteiligen, in dem alle Forschungsprozesse und -ergebnisse gemeinsam mit sieben Vertreter*innen von Institutionen und Organisationen aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation beraten wurden.

Zwar mit einigen Anstrengungen, aber dennoch erfolgreich, konnten zum Projektstart sieben berufliche Rehabilitand*innen gewonnen werden, die gezielt auf ihre beratende Mitwirkung im Beirat vorbereitet wurden. Aufgrund der Aufnahme von Erwerbsarbeit oder aus anderen Gründen schieden zwar drei von ihnen im Laufe der dreijährigen Projektlaufzeit aus, doch konnte zumindest eine Ersatzperson gefunden werden. Somit wirkten fünf berufliche Rehabilitand*innen bis zum Projektende in ANSAB mit. Vermieden werden konnte dabei der

von Wanka/Urbaniak (2023: 358) problematisierte „Mittelschichtbias“, das heißt, die in ANSAB beteiligten Rehabilitand*innen setzten sich bezogen auf ihre Bildungsabschlüsse und sozioökonomische Situation sehr heterogen zusammen und waren keineswegs nur bildungsnah sowie sozioökonomisch und kulturell privilegiert. Doch zeigte sich bereits im Verlauf der ersten Beiratssitzung, dass die dafür vorgesehene Sitzungsdauer nicht ausreichte, um die umfangreich vorhandenen Erfahrungen und damit die Lebensweltexpertise der beruflichen Rehabilitand*innen aufzunehmen und zu berücksichtigen. Deshalb wurden mit ihnen zusätzlich narrative Interviews geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet, die im Arbeitsprogramm von ANSAB ursprünglich nicht vorgesehen waren (s. 4.3). Des Weiteren konnten drei von ihnen in die rekonstruktive Auswertung der qualitativen Daten aus den episodischen Interviews eingebunden werden, die mit 21 beruflichen Rehabilitand*innen im Rahmen der Nutzer*innenforschung durchgeführt worden sind (s. 4.4). Ferner haben drei von ihnen dem Projektteam Empfehlungen zur Gestaltung der Broschüre in Leichter Sprache gegeben, die Interessierte und Leistungsberechtigte über die berufliche Rehabilitation im Allgemeinen und die dort angebotene Soziale Arbeit im Besonderen informieren soll.

Die nachfolgend systematisch dokumentierten Erfahrungen mit partizipativer Forschung stammen zum einen aus den narrativen Interviews mit sieben der acht beruflichen Rehabilitand*innen, die im Projektbeirat mitwirkten (s. a. 4.3). Obwohl sie dazu nicht ausdrücklich befragt wurden, hatten sie sich dazu dennoch im Verlaufe der ganz offen geführten Interviews geäußert, was die Aussagekraft dieser Auskünfte unterstreicht. Zum anderen wurden sowohl die Protokolle der Beiratssitzungen ausgewertet als auch im Forschungsteam die Eindrücke aus den Interpretationsgruppen zu den qualitativen Befunden aus den Nutzer*inneninterviews und der Beratung zur Broschüre in Leichter Sprache reflektiert und zusammengefasst.

5.5.3. HINWEISE ZUR EINLÖSUNG DER ERKENNTNISTHEORETISCH BEGRÜNDETEN ERWARTUNGEN AN PARTIZIPATIVE FORSCHUNG

Letztlich könnte nur ein vergleichendes Forschungsdesign, in dem die Befunde eines *mit* partizipativer Forschung durchgeführten Projekts mit jenen *ohne* diesen Forschungsstil verglichen würden, aussagekräftig darüber Auskunft geben, ob und inwieweit der erkenntnistheoretisch begründete Anspruch an partizipative Forschung eingelöst werden konnte. Da ein solch vergleichendes Vorgehen in ANSAB nicht möglich war, ist jedoch offengeblieben, wie stark die Beteiligung der Rehabilitand*innen die Erkenntnisgewinnung positiv beeinflusst hat, weil nicht bekannt ist, wie die Forschungsergebnisse ohne sie ausgefallen wären. Deshalb verstehen sich die folgenden Ausführungen auch nur als drei Hinweise darauf, dass im Projektverlauf die *erkenntnistheoretisch* begründeten Erwartungen an partizipative Forschung zumindest teilweise eingelöst werden konnten:

1. Wie hier schon mehrfach herausgestellt, flossen die Erfahrungen bzw. lebensweltliche Expertise der Rehabilitand*innen im Rahmen ihrer Beiratstätigkeit kontinuierlich in die Beratungen zu den untersuchungsleitenden Fragestellungen ein, was insgesamt zu aussagekräftigeren Forschungsergebnissen

beigetragen haben mag. Dies wurde besonders bei der Beratung des Interviewleitfadens offensichtlich, der in den episodischen Interviews zur Nutzer*innenforschung eingesetzt werden sollte. Aufgrund der kritischen Hinweise der Rehabilitand*innen im Projektbeirat wurde dieses Erhebungsinstrument vollständig verworfen und grundlegend neu erarbeitet. Denn sie erachteten den Leitfaden als zu unklar und unverständlich. Nach seiner vollständigen Überarbeitung wurde bei den Rehabilitand*innen im Sinne eines Pretests ein weiteres Feedback zum neuen Leitfaden eingeholt, um aussagekräftige Interviews zu gewährleisten (s. hierzu 5.4). So gesehen hat die Mitwirkung der Rehabilitand*innen im Projektbeirat sowie bei der Rückmeldung zu dem neu konzipierten Leitfaden zu einem verbesserten Erkenntnisgewinnungsprozess beigetragen.

2. Ein weiterer Beleg für die erkenntnistheoretische Bedeutung der Mitwirkung der Rehabilitand*innen in ANSAB ist die systematische Erhebung ihrer Perspektive mittels der schon erwähnten narrativen Interviews. Durch sie gelang es, die von den Rehabilitand*innen im Rehabilitationsprozess wahrgenommenen *finanziellen und personellen Versorgungslücken* systematisch zu erheben. Ferner konnte herausgearbeitet werden, wie sie die mit den Versorgungslücken verbundenen Unsicherheiten mit Hilfe von Fachkräften oder anderen in der Sozialen Arbeit in der beruflichen Rehabilitation Tätigen bewältigt haben. Diese Forschungsergebnisse waren für die Beantwortung der in ANSAB zentralen Untersuchungsfrage nach den Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation so aufschlussreich und weiterführend, dass sie mit jenen der zuvor geführten Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews verglichen wurden. Durch diesen mehrperspektivischen Zugang konnte somit ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn realisiert werden, der durch die ausführlichen Beiträge der Rehabilitand*innen im Projektbeirat angestoßen wurde. Denn darin wurden sowohl die Unterschiede als auch Gemeinsamkeiten zwischen den verschiedenen Blickwinkeln deutlich. So sind für Rehabilitand*innen teilweise andere Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation wichtig als für Reha(fach)berater*innen bzw. Fallmanager*innen (DRV Bund/Regionalträger) oder für Fachkräfte Sozialer Arbeit, Leitungskräfte bei LTA-Leistungserbringer oder Vertreter*innen aus Betrieben. Da dieser zusätzliche Erkenntnisgewinn bereits oben aus den Ausführungen in 5.1 und 5.2 spricht, wird hier nur darauf verwiesen. Dennoch gilt es festzuhalten, dass der mehrperspektivische Zugang in der Gesamtschau eine kritische Reflexion der Ergebnisse aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews ermöglichte und damit dem erkenntnistheoretisch begründeten Anspruch an den partizipativen Forschungsstil in ANSAB Rechnung trug. Denn durch die vergleichende bzw. triangulative Zusammenschau der in den narrativen sowie Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews erzielten Befunde konnte der Blick auf kritische Phasen im beruflichen Rehabilitationsverlauf geschärft werden.

3. Die beruflichen Rehabilitand*innen im Projektbeirat wurden gezielt dazu befragt, wie sie die geplante Broschüre in Leichter Sprache, die Interessierte und Leistungsberechtigte sowohl allgemein über die berufliche Rehabilitation als auch im Speziellen über die dort angebotene Soziale Arbeit informieren soll, gestalten würden. Sie gaben weiterführende Hinweise zu den von ihnen be-

deutlich erachteten Inhalten, zur Adressierung der Zielgruppe und skizzierten einen Gliederungsentwurf, sodass die Broschüre entsprechend gestaltet werden konnte.¹⁶

Im Folgenden werden drei empirische Einblicke dazu gewährt, wie unter *demokratiethoretischen* Gesichtspunkten die in ANSAB mitwirkenden beruflichen Rehabilitand*innen ihre Beteiligungen empfunden haben und wie sie durch den partizipativen Forschungsstil befähigt wurden:

1. Ihre Teilnahme an den Projektbeiratssitzungen bewerteten die Rehabilitand*innen für sich als hilfreich, um relevante Informationen zu ihrer beruflichen Rehabilitation zu erhalten:

„Und das, deswegen hatte ich auch schon mal bei der Konferenz [Projektbeiratssitzung] gefragt, ob es da irgendwelche Vorgaben gibt, wie das abzulaufen hat, sage ich jetzt einfach mal, also wann muss man äh oder wann ist, sage ich jetzt ganz einfach mal, wer ist wann für wen zuständig?“ (Interview 1, Z. 101-104).

Zur Informationsbeschaffung nutzten sie auch die Sitzungspausen und tauschten sich mit Beiratsmitgliedern aus anderen Institutionen der beruflichen Rehabilitation aus, um gezielt deren Expertise aufzunehmen. Ferner wendeten sie sich bei Fragen, die im Nachgang einer Beiratssitzung oder zwischen den Sitzungen auftraten, z. B. per E-Mail an das Forschungsteam, was auch auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit verweist, die sich schon früh im Projektverlauf entwickelt hatte.

2. Des Weiteren boten die Beiratssitzungen den Rehabilitand*innen Möglichkeiten zur Vernetzung mit anderen Betroffenen. Sie tauschten sich zu ihren Erfahrungen in verschiedenen Phasen des Rehabilitationsprozesses oder mit anderen Leistungserbringern aus und konnten sich auf diese Weise gegenseitig unterstützen.

3. Dabei war es den beteiligten Rehabilitand*innen ein Anliegen, ihre Erfahrungen aus der beruflichen Rehabilitation in ANSAB einzubringen, um damit einen Beitrag zu deren Verbesserung zu leisten.

„Und deswegen fand ich das auch gut, dass ich gefragt worden bin, ob ich da dran teilnehme, dass man da die Erfahrungen auch mal kundtut, weil ich glaube, dass da viel dran zu rütteln ist“ (Interview 1, Z. 441-446).

Dabei waren sowohl positive als auch negative Erlebnisse ausschlaggebend dafür, sich in ein Forschungsprojekt zu Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation einzubringen. So wurden die eigenen positiven Erfahrungen ausdrücklich als Grund genannt, um damit anderen Betroffenen zu helfen:

„Und also, ich denke, diese menschliche Seite, das war dann meine Motivation, hierher zu kommen, wenn diese Rundfrage kam, ob jemand Teilnehmer [im Projektbeirat] sein möchte. Dass ich alle Hilfe, trotz meiner Null-Selbstfürsorge, deswegen Hilfe gekriegt hab' (weint)“ (Interview 5, Z. 198-200).

Aber auch negative Erlebnisse wurden erwähnt, die anderen Betroffenen erspart werden sollten:

„Und dann war das eine Psychiaterin. Und also das war das Schlimmste, was ich je erlebt habe und das eigentlich das, was ich gemeint habe bei der bei unserer Sitzung [Projektbeirat]. Da war ich ja schon raus. Da war ja letztendlich alles umsonst“ (Interview 2, Z. 252-254).

In der Gesamtschau verweisen die in ANSAB erzielten empirischen Einblicke darauf, dass es gelingen kann, die mit einem partizipativen Forschungsstil verfolgte doppelte Zielsetzung der besseren *Erkenntnisgewinnung* und *Befähigung* (von Unger 2014) zu verfolgen und sich damit zumindest der Einlösung der damit verbundenen Erwartungen zu nähern. Denn in dem hier präsentierten empirischen Material zeigt sich, dass die inzwischen ehemaligen beruflichen Rehabilitand*innen im Rahmen ihrer Beiratstätigkeit sowohl selbst *befähigt* wurden als auch andere Betroffene durch Peer-Beratung *befähigen* wollten. Darüber hinaus strebten sie mit ihrer Mitwirkung an, Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation für andere Rehabilitand*innen zu verbessern, indem sie ihre lebensweltliche Expertise in die Forschungsprozesse in ANSAB einbrachten.

¹⁶ Die Broschüre in Leichter Sprache wie auch die Curricularen Bausteine können [hier](#) abgerufen werden.

6. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Ausgangspunkt des Forschungsprojekts ANSAB war die Erkenntnis, dass systematisierende Analysen zu den Aufgaben Sozialer Arbeit sowie die für deren Erfüllung notwendigen Gelingensbedingungen in beruflichen Rehabilitationsprozessen aus Sicht von in diesem Bereich tätigen Personen selbst noch nicht hinreichend erforscht sind und Forschungsergebnisse dazu fehlen. Ferner bestanden neben Erkenntnissen zu Aufgaben Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation auch Forschungsdefizite zum Nutzen Sozialer Arbeit aus Sicht der beruflichen Rehabilitand*innen sowie zu deren Nutzungsstrategien.

So wurden in ANSAB die folgenden Forschungsfragen adressiert:

- (1) Wie können Fachkräfte Sozialer Arbeit berufliche Rehabilitand*innen in deren Rehabilitationsverläufen, insbesondere in Übergängen und damit auch in Schnittstellen zwischen einzelnen Maßnahmen, teilweise auch verschiedenen Rehabilitationsträgern, Leistungserbringern und Rechtskreisen so begleiten und stärken, dass nahtlose und nachhaltige Leistungsketten in Erwerbsarbeit entstehen, und welche Bedeutung haben dabei die Zusammenarbeit mit den Reha(fach)berater*innen bzw. dem Fallmanagement der DRV (Bund/Regionalträger) und die institutionellen Bedingungen?
- (2) Mit welchen Gewichtungen bzw. Anteilen üben bei Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation tätige Fachkräfte Sozialer Arbeit die in der LBR beschriebenen Aufgaben im beruflichen Rehabilitationsprozess aus, und was trägt dabei aus ihrer Sicht zum Gelingen von nahtlosen Rehabilitationsverläufen sowie zu einer nachhaltigen Arbeitsmarktintegration der Rehabilitand*innen bei und wo sehen sie Barrieren?
- (3) Welchen Nutzen hat Soziale Arbeit für die beruflichen Rehabilitand*innen aus deren Sicht und mit welchen Strategien nutzen sie Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation?

Erkenntnisse zu den *übergreifenden Aufgaben* Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation wurden sowohl aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews als auch aus der standardisierten Online-Befragung extrahiert. Die Ergebnisse der Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews zeigen, dass in der Sozialen Arbeit Tätige eine Reihe von unterschiedlichen Aufgaben im Reha-Prozess übernehmen. Zu diesen zählen 1. individuelle und bedarfsorientierte Kompetenzförderung, 2. psychosoziale Beratung, 3. Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, 4. Lotsenfunktion, 5. fallbezogene Netzwer-

arbeit, 6. Übergänge zwischen Schnittstellen gestalten, 7. fallübergreifende Netzwerkarbeit und 8. Übernahme administrativer Aufgaben.

1. Die *individuelle und bedarfsorientierte Kompetenzförderung* im Hinblick auf den Arbeitsmarkt wird bei Leistungserbringern in einigen Maßnahmen angeboten und beinhaltet eine arbeitsplatzbezogene Kompetenzanalyse durch in der Sozialen Arbeit Tätige. Auch die Förderung von Schlüsselkompetenzen bei Rehabilitand*innen wie allgemeine Umgangsformen, aber auch soziale Kompetenzen wie Kommunikation und soziales Miteinander fällt in den Aufgabenbereich von in der Sozialen Arbeit Tätigen. Durch eine stärken- und verständigungsorientierte Suche nach einer Arbeitsstelle werden dabei die Ressourcen der beruflichen Rehabilitand*innen von den in der Sozialen Arbeit Tätigen systematisch einbezogen. Die Wichtigkeit der Aufgabenerfüllung bei den von Sozialer Arbeit zu dokumentierenden Leistungen in diesem Bereich bestätigen sich in der Online-Befragung.
2. Im Rahmen der *psychosozialen Beratung* bieten in der Sozialen Arbeit Tätige Rehabilitand*innen berufliche Orientierungsmöglichkeiten, insbesondere für diejenigen, die ihren ursprünglich erlernten Beruf durch Krankheit oder Behinderung zukünftig nicht mehr ausüben können. Zudem erarbeiten sie mit den beruflichen Rehabilitand*innen berufliche Perspektiven (z. B. bei Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung) und greifen dabei auch auf kreative Lösungsmöglichkeiten zurück. Insbesondere bei der psychosozialen Beratung zeigt sich die Bedeutung, die in der Sozialen Arbeit Tätige als feste Bezugspersonen kontinuierlich im gesamten Prozess für die Rehabilitand*innen haben. Die Relevanz der psychosozialen Beratung ging auch aus der Online-Befragung hervor: die Wichtigkeit wurde als hoch, die Häufigkeit der Aufgabenerfüllung als gelegentlich bis oft eingeschätzt.
3. Eine der wichtigsten Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern stellt die *Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung* mit Rehabilitand*innen dar. Dazu gehört zum einen die Beziehungsqualität (z. B. Relevanz der ‚menschlichen Komponente‘) sowie Beziehungskontinuität und ein transparenter Umgang mit den beruflichen Rehabilitand*innen. Auch der überwiegende Teil der Online-Befragten, insgesamt knapp 97 %, schätzten ein, dass es ziemlich oder sehr wichtig sei, vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen im Bereich Sozialer Arbeit zu gestalten.
4. Die *Lotsenfunktion* Sozialer Arbeit bei Leistungserbringern stellt ebenfalls eine wichtige, übergreifende Aufgabe dar. In einer abstrakten Lotsenfunktion (Enggruber/Sander 2023: 85) vermitteln in der Sozialen Arbeit Tätige den Rehabilitand*innen Wissen und Informationen über die berufliche Rehabilitation und entsprechende Angebote (z. B. Unterstützungsmöglichkeiten), sodass sich diese orientieren können. In einer physischen Lotsenfunktion (ebd.) unterstützen sie sie auch durch physische Präsenz auf ihren Wegen im Rehabilitationsprozess (z. B. Begleitung zu Vorstellungsgesprächen). Die Lotsenfunktion wird nicht explizit als Leistung in der LBR (DRV Bund 2016)

aufgeführt, Aspekte dieser finden sich jedoch unter anderem im Kapitel P der LBR wieder.

5. In der Sozialen Arbeit Tätige leisten auch *fallbezogene Netzwerkarbeit*. So sind sie im Rahmen der Nachbetreuung von Rehabilitand*innen am Aufbau von Stabilisierungsnetzwerken beteiligt, die im Falle eines drohenden Arbeitsplatzabbruchs durch die Rehabilitand*in aktiviert werden können. Die fallbezogene Netzwerkarbeit findet sich vor allem in den Leistungen „Fallbezogene Abstimmung mit externen Einrichtungen“ (P020) und „Beratung von Angehörigen“ (LBR-Code P030) wieder (DRV Bund 2016). Sowohl bei der fallbezogenen Abstimmung mit externen Einrichtungen als auch der Beratung von Angehörigen zeigte sich, dass die Wichtigkeit in der Online-Befragung höher angegeben wurde als die Häufigkeit, mit der diese Aufgaben tatsächlich durchgeführt werden.

6. Zudem sind in der Sozialen Arbeit Tätige an der *Gestaltung von Schnittstellen und Übergängen im Rehabilitationsverlauf* beteiligt. In einem engen Zusammenhang mit der Netzwerkarbeit steht auch die Gestaltung der Übergänge an den unterschiedlichen Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern bzw. Maßnahmen und Rechtskreisen im Rahmen des beruflichen Rehabilitationsverlaufs. Bei der Netzwerkarbeit bzw. Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren steht im Vordergrund, persönliche Kontakte mit Einrichtungen und anderen relevanten Beteiligten zu knüpfen. Hingegen geht es bei der Übergangsgestaltung stärker um den Austausch von Informationen und die Begleitung der Rehabilitand*innen im Übergangsprozess.

7. Die *fallübergreifende Netzwerkarbeit* durch Vernetzung mit anderen Akteuren (z. B. Kliniken, Betrieben, Beratungsstellen) wurde von den Fokusgruppenteilnehmer*innen ebenfalls als relevante Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern benannt und ist für in der Sozialen Arbeit Tätige (gerade zu Beginn ihrer Tätigkeit) mit einer erheblichen Investition von Ressourcen verbunden.

8. Die Übernahme von *administrativen Aufgaben* spielt eine wichtige Rolle. Dabei können in der Sozialen Arbeit Tätige Hilfestellungen für Rehabilitand*innen bei administrativen Aufgaben geben oder diese übernehmen. Dabei geht es um Aufgaben in Zusammenhang mit der DRV aber auch weiteren Institutionen. Relevant ist die Herstellung der materiellen Absicherung. Zudem gingen aus den offenen Antwortmöglichkeiten im Rahmen der Online-Befragung weitere administrative Aufgaben hervor: z. B. Unterstützung bei Fragen bezüglich Geld- und Sachleistungen, Rentenanträgen oder sonstigen behördlichen Angelegenheiten. Hier wird die *sozialrechtliche Beratung* als Aufgabe deutlich.

Diese Erkenntnisse zu den übergreifenden Aufgaben Sozialer Arbeit decken sich mit jenen von Freymüller et al. (2024: 5), die in einem Scoping Review Kernaufgaben Sozialer Arbeit in der Rehabilitation identifizieren. Diese umfassen (psychosoziale) Assessments, finanzielle und soziale Sicherung, Informations-

weitergabe und Koordination weiterführender Leistungen, die Entlassungsplanung, unterstützende Beratung und Edukation. In ANSAB zeigte sich neben den hier bereits benannten Aufgaben, dass Aufgaben in den Schnittstellen und Übergängen besonders relevant sind, z. B. die *fallbezogene* sowie *fallübergreifende* Netzwerkarbeit und Gestaltung von Übergängen und Schnittstellen im Rehabilitationsverlauf und das im Besonderen im Hinblick auf die berufliche (Re-)Integration in Erwerbsarbeit. Diese können somit als *spezifisch* für Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation erachtet werden.

Auch in der Online-Befragung zeigte sich, dass die für Tätige in der Sozialen Arbeit vorgesehenen Aufgaben analog zur LBR von diesen übernommen werden. Dabei lassen sich häufiger und weniger häufig ausgeführte Aufgaben identifizieren. So zeigte sich beispielsweise, dass die Einschätzungen zu der *Wichtigkeit* der Aufgabenerfüllung von Leistungen aus dem Leistungsbereich P („Weitere Leistungen zur beruflichen Rehabilitation“) der LBR im Bereich Sozialer Arbeit höher ausfielen als jene zu deren *Häufigkeit*. Bei der Häufigkeit der Aufgabenerfüllung (und den Einschätzungen zu deren Wichtigkeit) im Bereich Sozialer Arbeit zeigen sich zudem einzelne Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten, so z. B. bei der Aufgabe der psychosozialen Beratung.

Die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erfüllen teilweise auch Aufgaben, die nach der LBR von anderen Berufsgruppen auszuführen sind. Dabei gaben die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen vor allem Leistungen aus den Leistungsbereichen L („Leistungen zur Gesundheitskompetenz und fachtherapeutische Leistungen“) und M („Leistungen zur Integrationskompetenz“) der LBR an, die sie zusätzlich erfüllten. Laut der LBR sind diese Aufgaben sonst zum Beispiel den Berufsgruppen der Psycholog*innen, Ärzt*innen, Fachlehrer*innen, Psychologischen Psychotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Sportlehrer*innen zuzuordnen (DRV Bund 2016).

Die in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews hervorgehobene Relevanz einer *vertrauensvollen Arbeitsbeziehung*, die nicht explizit in der LBR benannt wird, weil sie eine Querschnittsaufgabe und professioneller Bestandteil Sozialer Arbeit ist, spiegelte sich auch in der Online-Befragung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen bei den Leistungserbringern deutlich wider. Ebenso wird auch die *Lotsenfunktion* von Sozialer Arbeit in der LBR nicht explizit aufgeführt, sondern lässt sich dort mehreren Codes zuordnen, obwohl sie in den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews als wichtig erachtet wurde und für die auch ausreichend Zeit vorhanden sein sollte. Aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews gingen zudem Aufgaben, wie die *fallübergreifende Netzwerkarbeit* und die *Übernahme administrativer Aufgaben* hervor, die von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erfüllt werden, jedoch nicht auf Basis der LBR zu dokumentieren sind. So wurde auch in der Online-Befragung die *fallübergreifende Netzwerkarbeit* als weitere Aufgabe neben der LBR angegeben. Daneben benannten in der Sozialen Arbeit Tätige in der Online-Befragung Aufgaben wie den *Austausch mit ambulanten Behandler*innen*, die *Beratung von Psycho- und Ergotherapeut*innen über LTA* sowie *Verwaltungsarbeit*. In diesen Ausführungen wird deutlich, dass die zu bearbeitenden Aufgaben von in der Sozialen Ar-

beit Tätigen teilweise über die zur Dokumentation vorgesehenen Aufgaben im Rahmen der LBR hinausgehen.

In der Gesamtschau zeigen die erzielten qualitativen und quantitativen Forschungsergebnisse, dass in der Sozialen Arbeit Tätige in der beruflichen Rehabilitation – zwar mit unterschiedlichen Häufigkeiten und Wichtigkeiten – aber dennoch alle Aufgaben ausführen, die in der LBR für sie angegeben sind. Zudem verweisen die teilweise voneinander abweichenden Angaben zur *Wichtigkeit und Häufigkeit* der Aufgabenerfüllung darauf, dass es in der Sozialen Arbeit Tätigen nicht immer gelingt, die beruflichen Rehabilitand*innen so im Sinne der von Galuske (2013: 41 ff.) so benannten „Allzuständigkeit“ ganzheitlich zu fördern, wie dies in Einzelfällen für individuelle Hilfe geboten wäre. Problematisch erweisen sich als *fachfremd* zu markierende Aufgaben, die in der LBR nicht für Soziale Arbeit angegeben sind und damit auch nicht abgerechnet werden können. Da dies Konsequenzen für die soziale und berufliche Teilhabe der Menschen haben kann, wurden auch die *Gelingensbedingungen* und *Herausforderungen* für Soziale Arbeit untersucht. Sie sollen auch in Handlungs- bzw. Praxisempfehlungen einfließen.

In der Online-Befragung zeigte sich, dass keine der berücksichtigten *Schnittstellen* von den Tätigen im Bereich Sozialer Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern im Mittel als unwichtig eingestuft wird. Mit Blick auf die Häufigkeit des Kontakts zeigte sich allerdings eine deutliche Abstufung. Besonders zur DRV besteht aufgrund ihrer Zuständigkeiten für Beratung und Finanzierung ein sehr häufiger Kontakt. Weitere Schnittstellen, mit denen in der Sozialen Arbeit Tätige häufig im Austausch sind, sind Betriebe, Agenturen für Arbeit sowie Jobcenter. Auf Grundlage der qualitativen Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews zeichnet sich ab, dass für die Soziale Arbeit bei den Leistungserbringern beruflicher Rehabilitation zwei Übergänge besonders bedeutsam sind: Erstens der Übergang nach einer *medizinischen* Rehabilitation in eine Maßnahme bei einem LTA-Leistungserbringer und zweitens der Übergang in den *Arbeitsmarkt* im Anschluss an den *beruflichen* Rehabilitationsprozess. So sind auch insbesondere der persönliche Kontakt und Austausch mit den Reha-Berater*innen und den betrieblichen Akteuren sehr wichtig. So können Informationen an sie unmittelbar – und auch vereinfacht auf dem ‚kurzen Dienstweg‘ – weitergegeben und zu einem reibungslosen Übergang an den unterschiedlichen Schnittstellen beigetragen werden. Auf die Relevanz der *Schnittstelle zu Betrieben* mit Blick auf das Ziel der nachhaltigen Reintegration in den Arbeitsmarkt der LTA verweisen auch Jahn/Reims (2021). Aufgaben in den Schnittstellen werden vor allem dann relevant, wenn es an den Schnittstellen zu Problemen kommt. Die befragten beruflichen Rehabilitand*innen nahmen im Rehabilitationsprozess sowohl auf *finanzielle* als auch *personelle Versorgungslücken* Bezug. Auch Schwarz et al. (2017, 2020) verweisen besonders in den Schnittstellen auf Problematiken, die zu überwinden seien. Gerade hier zeigt sich die Relevanz von Sozialer Arbeit, die mit ihren Aufgaben in den Übergängen und Schnittstellen durch Netzwerkarbeit und Informationsaustausch zu reibungsloseren Übergängen (z. B. medizinische in berufliche Rehabilitation oder berufliche Rehabilitation in Betriebe)

für die Rehabilitand*innen beitragen können und somit Schnittstellenproblemen vorbeugen.

Lange Wartezeiten, die im Übergang aus der *medizinischen* in eine *berufliche* Rehabilitation auftreten können, werden problematisiert, auch weil sie einen negativen Einfluss auf den Gesundheitsstand der Rehabilitand*innen haben können. Um diesen Schwierigkeiten zu begegnen, informieren in der Sozialen Arbeit Tätige bei den Leistungserbringern bereits während der *medizinischen* Rehabilitation über die *berufliche* Rehabilitation. Ferner geben sie Hilfestellungen bei *administrativen Aufgaben* wie dem Ausfüllen von Formularen, leisten erste Unterstützung schon vor Beginn der beruflichen Rehabilitation und übernehmen teilweise auch *fachfremde Aufgaben*. Letzteres erfolgt vor dem Hintergrund, dass in den qualitativen Interviews geäußert wurde, bei Ärzt*innen an verschiedenen Stellen des Reha-Prozesses Zeitmangel sowie auch Wissens- und Kompetenzdefizite in Bezug auf LTA wahrzunehmen, die durch in der Sozialen Arbeit Tätige teilweise kompensiert würden, z. B. durch das Ausfüllen oder Unterstützung bei der sozialmedizinischen Begutachtung für die Rehabilitand*innen.

Im *Übergang zu Betrieben* wurden sowohl in den Fokusgruppen- als auch in den Expert*inneninterviews als Aufgaben von in der Sozialen Arbeit Tätigen das arbeitsstellenspezifische Training (z. B. im Rahmen von Praktika), die Begleitung von Rehabilitand*innen zu Arbeitgebenden sowohl im Rahmen der beruflichen Rehabilitation als auch im Hinblick auf anschließende Beschäftigungsverhältnisse und der Aufbau von ‚Stabilisierungsnetzwerken‘ angeführt. Dabei wird besonders die Relevanz des Austauschs mit betrieblichen Akteuren bei Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen betont. Soziale Arbeit übernimmt dabei vor dem Hintergrund komplexer Herausforderungen bezogen auf den Erhalt und das Wiederherstellen der Erwerbsfähigkeit sowie die Arbeitsmarkt(re-)integration bei Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen eine wichtige Aufgabe.

Die *Nachbetreuung von Rehabilitand*innen* über den Maßnahmenaufenthalt bei den Leistungserbringern hinaus stellt eine weitere wichtige Aufgabe dar. Dabei erweist sich als problematisch, dass Leistungen nach Abschluss der „Rehabilitationsleistung“ (DRV Bund 2016: 12 f.) in der LBR nicht klassifiziert werden, obwohl sie bis zu sechs Monate nach Maßnahmenende erbracht werden können (ebd.: 51). Die direkte Zuständigkeit für die unmittelbare Nachbetreuung durch in der Sozialen Arbeit Tätige beim Leistungserbringer der aktuellen Maßnahme geht aus der Gemeinsamen Empfehlung der BAR zum Reha-Prozess so nicht hervor bzw. es ist vorgesehen, nach Beendigung der LTA zu prüfen, ob weitere Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind (BAR 2019: 83 ff.).

Aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews ergaben sich zudem verschiedene Voraussetzungen und Herausforderungen für eine *gelingende Aufgabenerfüllung* von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen. Als Voraussetzungen konnten eine hohe (intrinsische) *Arbeitsmotivation* der im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen sowie spezifische *Fachkenntnisse* zur beruflichen Rehabilitation

und *qualifiziertes Personal* mit spezifischen Aus- und Weiterbildungen im Bereich beruflicher Rehabilitation, wie zum Beispiel aus CDMP (Certified Disability Management Profession) ausgemacht werden. Auch die *Dokumentation* im Bereich Sozialer Arbeit wurde als wichtig erachtet, vor allem wenn es durch eine erhöhte Personalfuktuation für die Rehabilitand*innen häufig zu personellen Wechseln kommt. Eine *kontinuierliche Betreuung* der beruflichen Rehabilitand*innen durch die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen wurde als Voraussetzung für eine erfolgreiche Aufgabenerfüllung und somit auch einen nahtloseren Rehabilitationsverlauf für die Rehabilitand*innen erachtet. Hierbei wurde auch die *Orientierung an den Stärken* und individuellen Bedürfnissen der beruflichen Rehabilitand*innen als relevant erachtet. Der frühzeitige Kontakt der Kostenträger zu den beruflichen Rehabilitand*innen könne vor allem zeitlichen Lücken und einem Anstieg der Problemlagen der Rehabilitand*innen, wie zum Beispiel finanzielle Notlagen, vorbeugen und somit die Arbeit von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erleichtern. Auch die enge Zusammenarbeit und die Vernetzung mit anderen Akteuren im Bereich der beruflichen Rehabilitation wurde als Voraussetzung für die gelingende Aufgabenerfüllung gesehen, für die eine offene und transparente Kommunikation zwischen allen Beteiligten unabdingbar sei. Auch die Online-Befragung stützt die gewonnenen Erkenntnisse aus den Fokusgruppen- und Expert*inneninterviews durch hohe Zustimmungen zu den verschiedenen aufgeführten Voraussetzungen zur gelingenden Aufgabenerfüllung von im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen.

Als *herausfordernd* für die Aufgabenerfüllung zeigte sich zum einen das Informationsdefizit im Hinblick auf die berufliche Rehabilitation zu anderen Akteuren, welche sich stark auf die Gestaltung des Übergangs von *medizinischer* in die *berufliche* Rehabilitation zum Beispiel durch verlängerte Wartezeiten auswirken kann. Probleme in der Kommunikation zwischen dem Kostenträger und den Leistungserbringern könnten für die Rehabilitand*innen zu längeren Wartezeiten auf Maßnahmen führen oder mit anderen zeitlichen Maßnahmen verbunden sein, was vor allem bei Rehabilitand*innen mit psychischen Erkrankungen als schwierig erachtet wurde (s. a. Reims et al. 2024). Auch der Personalmangel von Fachkräften Sozialer Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen bei den Leistungserbringern wurden als herausfordernd wahrgenommen und benannt. Zudem zeigten sich zum Zeitpunkt der Interviews sowie der Online-Befragung immer noch Herausforderungen, wie die Zunahme komplexer Problemlagen oder veränderte Zugänge, die auch mit der Corona-Pandemie in Verbindung gebracht werden.

Trotz der insgesamt positiv stimmenden Ergebnisse im Hinblick auf die Umsetzung eines partizipativen Forschungsstil zeigen die Erfahrungen in ANSAB jedoch auch, dass es teils veränderter Möglichkeiten der *Forschungsförderung* bedarf, damit Betroffene – wie in ANSAB die beruflichen Rehabilitand*innen – nicht erst dann beteiligt werden, nachdem das Forschungsprojekt bereits fertig konzipiert und bewilligt worden ist – und ein entsprechendes Maß an Flexibilität in der Umsetzung (Enggruber et al. 2025). Dies bedingt zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen, die im Vorhinein aber schwer planbar sind. Dies müssen auch Fördermittelgebende berücksichtigen. Ferner konnten die

strukturell verankerten *Machtdifferenzen* zwischen Forschenden und Rehabilitand*innen auch in ANSAB nicht aufgelöst, sondern nur immer wieder konsequent reflektiert werden (ebd.). Als kritisch ist ferner die *begrenzte Mitwirkung* der Rehabilitand*innen in ANSAB herauszustellen. So nahmen sie vor allem *beratend* teil. Im Projektverlauf kam es zwar punktuell auch zu einer *mitwirkenden Beteiligung*, Mitentscheidungsmöglichkeiten waren ihnen aber nicht gegeben.

Die Ergebnisse der episodischen Interviews mit Rehabilitand*innen geben Antworten auf die Frage, welchen *Nutzen* Soziale Arbeit für die beruflichen Rehabilitand*innen aus deren Perspektive hat und mit welchen Strategien sie Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation nutzen. Die erzielten Forschungsergebnisse zeigen, dass es in der Sozialen Arbeit Tätigen gelingt, berufliche Rehabilitand*innen in allen sie belastenden Lebenslagen zu unterstützen und zu fördern. Dies äußerte sich in vielfältigen Nutzenaspekten, die von den beruflichen Rehabilitand*innen benannt wurden. Dazu zählen arbeitsplatz- und praktikumsbezogene Hilfen, Entscheidungshilfen zur selbstbestimmten Teilhabe am Arbeitsleben, Beratungsergebnisse, Netzwerke, die Ermöglichung guter Rahmenbedingungen in der beruflichen Rehabilitation, die Erweiterung von Kompetenzen und Fähigkeiten, positive Veränderungen im Lebensumfeld, Soziale Arbeit als nutzbare Unterstützungszentrale und eine vertrauensvolle Beziehung.

Als *Voraussetzungen für den Nutzen* von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation erweisen sich nach Auskunft der befragten Rehabilitand*innen eine vertrauensvolle Beziehung und die Wahrnehmung Sozialer Arbeit als eine nutzbare Unterstützungszentrale in den Einrichtungen. Die Relevanz der *vertrauensvollen Arbeitsbeziehung*, die auch in den Expert*innen- und Fokusgruppeninterviews als wichtige Aufgabe Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation benannt wurde, wurde ebenfalls von den interviewten Rehabilitand*innen in ihrer Bedeutung für eine erfolgreiche Soziale Arbeit unterstrichen.

Die Interviewten äußerten unterschiedliche *Nutzungsstrategien* der Inanspruchnahme von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. Danach unterscheiden sie sich sowohl in dem *Grad der Aktivität der Rehabilitand*innen* (z. B. aktive Inanspruchnahme versus aufsuchende Geh-Struktur) als auch im *Organisationsgrad* (verpflichtende Termine versus gezielte Inanspruchnahme bzw. aufsuchende Geh-Struktur). Die *Erreichbarkeit* und (wahrgenommene) *Zugänglichkeit* der Fachkräfte Sozialer Arbeit stellen wichtige Voraussetzungen für die Nutzung der Angebote Sozialer Arbeit durch die beruflichen Rehabilitand*innen dar. Zudem erweist sich eine aufsuchende Geh-Struktur insbesondere bei Personen mit psychischen Erkrankungen als nutzungsrelevant. Ursachen dafür, dass berufliche Rehabilitand*innen die Angebote Sozialer Arbeit nicht in Anspruch nehmen, können in individuellen (z. B. Schwierigkeiten Hilfe in Anspruch zu nehmen, kein Unterstützungsbedarf, Fachkräfte Sozialer Arbeit sind nicht die primären Ansprechpersonen), aber auch institutionellen (z. B. implizite Regeln/ Einrichtungskultur) begründet liegen.

Die von den Nutzer*innen wahrgenommenen und als bedeutsam erachteten Rahmenbedingungen auf der persönlichen, institutionellen und gesellschaftli-

chen Ebene können den Nutzen bzw. die Nutzung von Angeboten Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation fördern, aber auch limitieren. Auf der Ebene des *persönlichen* Relevanzkontexts wirken sich für die befragten beruflichen Rehabilitand*innen die individuelle Lebenssituation (z. B. Unterstützungsnetzwerke außerhalb der Einrichtung, ökonomische Situation etc.) sowie persönliche Erfahrungen, Erwartungen und die Wahrnehmung von Sozialer Arbeit nutzenstrukturierend aus. Nutzenstrukturierende Bedingungen auf der Ebene des *institutionellen* Relevanzkontexts umfassen einrichtungsbezogene Merkmale (z. B. ganzheitliche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen, Unterstützungsinfrastruktur innerhalb der Einrichtungen etc.), sozialarbeiterisches Handeln (z. B. Passung im Erbringungsverhältnis, Handlungsspielraum Sozialer Arbeit) und Anforderungen an die Rehabilitand*innen in den Einrichtungen (z. B. wahrgenommener Zeitmangel, hohe Leistungsanforderungen). Der institutionelle Relevanzkontext bildet nicht nur die Rahmenbedingungen für einen potenziellen Nutzen auf der institutionellen Ebene ab, sondern konstituiert diesen auch gleichzeitig, da ein Nutzen erst in Abhängigkeit zu den jeweils vorhandenen institutionellen Bedingungen entsteht. So bestimmt die Ausgestaltung des institutionellen Relevanzkontexts (z. B. einrichtungsbezogene Merkmale, sozialarbeiterisches Handeln und Anforderungen an die Rehabilitand*innen), welche Angebote Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation überhaupt von den beruflichen Rehabilitand*innen genutzt werden können (van Rießen 2020: 32). Daher sollte dieser auch besonders berücksichtigt werden. Auf der Ebene des *gesellschaftlichen* Relevanzkontexts wirken sich aus Sicht der Befragten vor allem Selbst- und Fremdstigmatisierungen nutzenstrukturierend aus.

Die in ANSAB erzielten Ergebnisse zu den nutzenstrukturierenden Bedingungen auf der Ebene des persönlichen, institutionellen und gesellschaftlichen Relevanzkontexts unterstreichen die Untersuchungen von Klaus et al. (2018) und Meschnig et al. (2019), die mit Fokus auf die Wirksamkeit einzelner LTA-Maßnahmen für Rehabilitand*innen verdeutlichen, dass für den Maßnahmeerfolg aus der Perspektive der Rehabilitand*innen neben beruflichen Aspekten weitere Faktoren relevant sind, wie der Grad der sozialen Einbindung, erhaltene Unterstützung, Krankheitsbewältigung, Motivation sowie Selbstwirksamkeit. Auch in den hier dargestellten Ergebnissen wird die Relevanz von nutzenstrukturierenden Bedingungen wie sozialer Einbindung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Motivation und Selbstwirksamkeit deutlich. Die Ergebnisse heben die besondere Bedeutung von Fachkräften Sozialer Arbeit bei der Schaffung von nutzenfördernden Bedingungen für die beruflichen Rehabilitand*innen hervor. Allerdings wird auch deutlich, dass die Rahmenbedingungen, insbesondere auf der Ebene des institutionellen Relevanzkontexts, den Handlungsspielraum von Sozialer Arbeit und dadurch auch den potenziellen Nutzen der beruflichen Rehabilitand*innen begrenzen können (z. B. mangelnde Zeit, Erreichbarkeit und Vorgaben des Kostenträgers).

Zur weiteren Qualitätssicherung der gewonnenen Ergebnisse wurden diese am 24.10.2024 im Rahmen eines hybriden *Wissenschaft-Praxis-Dialog* vorgestellt und kommentiert. Dabei gab es einen Vortrag zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Reha, der von Nina Nawrath, einer im BTZ Krefeld täti-

gen Diplom-Pädagogin mit Schwerpunkt Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, kommentiert wurde. Weiterhin gab es einen Vortrag zu den Aufgaben Sozialer Arbeit in den Schnittstellen beruflicher Rehabilitation. Ein Fokus lag dabei im Besonderen auf der Schnittstelle zu Arbeitgebenden. Dieser Beitrag wurde im moderierten Dialog kommentiert von Nadine Schönwald, tätig bei The Adecco Group Germany und aktiv im Vorstand des UnternehmensForum und Matthias Schlüter, Vertrauensperson für Menschen mit Behinderung (SBV) bei der Mercedes-Benz AG im Werk Düsseldorf. Ein weiterer Vortrag stellte die Ergebnisse zum Nutzen und zur Nutzung Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation vor. Die Kommentierung dieses Beitrags erfolgte im moderierten Dialog durch zwei ehemalige berufliche Rehabilitand*innen, die auch im ANSAB-Projektbeirat mitwirkten. Deutlich wurde im Rahmen der Veranstaltung die Notwendigkeit, sich dezidiert mit der Sozialen Arbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation auseinanderzusetzen. Dies wurde von den Teilnehmenden begrüßt und zeigte sich auch durch die hohe Resonanz auf die Veranstaltung aus der Praxis.

Im Hinblick auf die Aufgaben Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation wurde in Ergänzung zu den gewonnenen Ergebnissen auch die Notwendigkeit betont, die Aufgaben in gut zusammengreifenden multiprofessionellen Teams zu erbringen. Als Aufgabe der Sozialen Arbeit im beruflichen Rehabilitationsprozess wurde aus der Praxis heraus im Besonderen die aktive Einbeziehung der Rehabilitand*innen selbst in die Gestaltung ihrer Reha betont. Dabei identifizieren die in diesem Bereich Tätigen auch gemeinsam mit den Rehabilitand*innen deren individuellen Bedürfnisse. Diese Aspekte tragen zur Nachhaltigkeit bei. Mit Blick auf die LBR wurden die Ergebnisse bestätigt, die auch in ANSAB erzielt werden konnten: Neben der LBR gibt es weitere fallübergreifende Aufgaben und eine intensive Netzwerkarbeit zu verschiedenen Akteuren ist nötig, um ‚reibungslose‘ Übergänge für die Rehabilitand*innen zu ermöglichen. Wichtiger regelmäßiger Kontakt sind die Reha-Berater*innen bei der DRV und der Agentur für Arbeit.

Von betrieblicher Seite wurden mehr Informationen zur beruflichen Rehabilitation gewünscht. Weiterhin wurde aus der betrieblichen Praxis berichtet, dass durch die Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, selbst bei zuvor als arbeitsunfähig eingestuftten Personen, Integrationserfolge erzielt werden können. Menschen dürften nicht zu früh „aussortiert“ werden. Verwiesen wurde außerdem aus Perspektive der LTA-Leistungserbringer darauf, dass systemische Ansätze mit Bedarfsorientierung nötig sind, da das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) allein oft nicht ausreicht. Hier scheint eine Systemkenntnis von allen handelnden Akteuren nötig.

An verschiedenen Stellen wurde im Rahmen der Veranstaltung auf die Herausforderungen bei der Reintegration in Erwerbsarbeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen hingewiesen. Dabei wurde auch die Notwendigkeit angesprochen an allen Stellen einer Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entgegenzuwirken.

Erwähnung fand außerdem im Rahmen der Veranstaltung der inzwischen in der Praxis wahrnehmbare Mangel an Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagoge*innen. Hier gilt es auch einer De-Professionalisierung entgegenzuwirken. Bestimmte Standards sollten erhalten bleiben. Eine Akteurin, ähnlich wie im Bereich der medizinischen Rehabilitation, könnte hier die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG 2008, 2015) sein. Weiterhin könnten LTA-Leistungserbringer auch mit Hochschulen zusammenarbeiten und so auch gezielt auf dieses Tätigkeitsfeld aufmerksam machen.

Auf Grundlage der zusammengefassten und diskutierten Ergebnisse schließt das nächste Kapitel mit einem Fazit und gibt einen Ausblick.

7.FAZIT UND AUSBLICK

Von der DRV wurden 2023 rund 1,2 Milliarden Euro für den Bereich LTA verausgabt. Im Vergleich zum Vorjahr liegt hier ein Rückgang von 2,6 % vor. Insgesamt wurden 2023 47,4 Milliarden Euro für den Bereich Rehabilitation und Teilhabe ausgegeben (BAR 2025: 7). Zur Einordnung: Dies sind etwa 4 % des gesamten Sozialbudgets (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2024).

Die berufliche Rehabilitation zielt auf den Erhalt oder die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit. Dabei geht es nicht nur um die Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der materiellen Lebensgrundlage, sondern auch um den Erhalt gesellschaftlicher Teilhabe, die in einer Arbeitsgesellschaft maßgeblich durch die Teilhabe am Arbeitsleben hergestellt wird. Dies findet sich auch in den gesetzlichen Grundlagen wieder. Zentrales Ziel der LTA ist die berufliche (Re-)Integration. Weitere Ziele sind aber auch die Prävention, Abmilderung und Überwindung von Behinderungen. Eine eigenständige materielle Sicherung über Erwerbsarbeit soll ermöglicht werden, und darüber hinaus soll im Rahmen der LTA auch die persönliche Entwicklung gefördert sowie gesellschaftliche Teilhabe ermöglicht werden (§ 11, GE Qualitätssicherung, BAR 2018). LTA sind demnach ein zentraler Baustein, um Menschen mit Behinderung eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Neben den individuellen Aspekten trägt die berufliche Rehabilitation vor dem Hintergrund des demographischen Wandels auch dazu bei, die Sozialversicherungen und den Wohlfahrtsstaat zu entlasten (Arling/Spijkers 2019). Denn sie ist auch ein Baustein, um dem bestehenden Fachkräftemangel (Bonin 2019) entgegenzuwirken. Mit dem Grundsatz *Prävention vor Reha vor Rente* soll einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegengewirkt werden (§ 9 SGB VI). Der hier vorgelegte Bericht zum Forschungsprojekt ANSAB blickt vor diesem Hintergrund auf die Rolle und die Aufgaben Sozialer Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern und den Nutzen Sozialer Arbeit für berufliche Rehabilitand*innen und die Nutzung durch diese.

Für die Aufgabenerfüllung der Leistungserbringer im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind multi-professionelle Teams vorgesehen, wobei auch explizit die Berufsgruppe „Sozialpädagoge, Sozialarbeiter“ genannt wird (DRV Bund 2016: 67). Dabei wird die die *Soziale Arbeit* auszeichnende „Allzuständigkeit“ (Galuske 2013: 41 ff.) deutlich, d.h. die Zuständigkeit für alle Belange im Alltag der Rehabilitand*innen, die sie in ihrer beruflichen und sozialen Teilhabe einschränken bzw. behindern. Mithin fördert Soziale Arbeit die beruflichen Rehabilitand*innen ganzheitlich (Mühlum/ Gödecker-Geenen 2003: 37), was sich auch in den in ANSAB erzielten qualitativen und quantitativen Forschungsergebnissen widerspiegelt. Festzuhalten ist, dass den in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern eine große Bedeutung zugeschrieben wird. Im Bereich Sozialer Arbeit Tätige übernehmen vermittelnde, begleitende,

beratende und informierende Funktionen in alle Richtungen und in allen Schnittstellen, wie dies auch ausdrücklich in der Gemeinsamen Empfehlung zu den Sozialdiensten vorgesehen ist (BAR 2022b). Bislang fehlte aber eine weitere Konkretisierung der Aufgaben Sozialer Arbeit im Bereich der beruflichen Rehabilitation und im Besonderen bei den LTA-Leistungserbringern. Mit Blick auf die gewonnenen Ergebnisse, spezifisch für diesen Bereich, können diese Aufgaben nun weiter beschrieben werden.

Als Aufgabenbereiche lassen sich *individuelle und bedarfsorientierte Kompetenzförderung, psychosoziale Beratung, Gestaltung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, Lotsenfunktion, fallbezogene Netzwerkarbeit, Management der Übergänge zwischen Schnittstellen, fallübergreifende Netzwerkarbeit und Übernahme administrativer Aufgaben* unterscheiden. Die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern bearbeiten dabei, wie auch zu erwarten war, besonders die *Schnittstellen im beruflichen Rehabilitationsprozess*, die im gegliederten Sozialleistungssystem in diesem Bereich in besonderer Weise auftreten (Stöbe-Blossey et al. 2019: 754). Dabei geht es zum einem um die *Begleitung in den relevanten individuellen Übergangsprozessen von der medizinischen in die berufliche Rehabilitation sowie von der beruflichen Rehabilitation in eine Erwerbsarbeit*. Zum anderen sind auch viele weitere verschiedene Schnittstellen bedeutsam, die im gesamten beruflichen Rehabilitationsprozess relevant sein können. Dies hängt von den individuellen Bedarfen der Rehabilitand*innen ab und spiegelt die *ganzheitliche Perspektive Sozialer Arbeit* wider.

Als sehr wichtige Schnittstelle, für die in der Sozialen Arbeit Tätigen, ist die DRV zu nennen – in ihrer Rolle als Reha-Beratung und Kostenträger. Was den Bereich der Sozialen Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern in ganz besonderer Weise auszeichnet, ist weiterhin die Schnittstelle zu den Betrieben (Jahn/Reims 2021; Ebener-Holscher/Tophoven 2024). Dies geht mit verschiedenen Aufgaben für die Soziale Arbeit einher, wie der *Suche nach geeigneten Praktikums- oder Arbeitsstellen sowie Begleitung zu Arbeitgebenden und Beratung der dort Tätigen und Verantwortlichen*. Bezogen auf ihre Wichtigkeit und die Kontakthäufigkeit fallen weiterhin die Schnittstellen zu Agenturen für Arbeit und Jobcenter auf. Dies begründet sich einerseits in der Zuständigkeit für die ggf. weitere Arbeitsvermittlung, aber eben auch durch die zu erreichende *finanzielle Absicherung der beruflichen Rehabilitand*innen*, die eine besondere Relevanz hat (*finanzielle Versorgungslücke*). Diese sicherzustellen, ist auch eine Voraussetzung für das Gelingen der beruflichen Rehabilitation. Denn sofern diese nicht gegeben ist, fällt es den Betroffenen schwer, sich auf die Inhalte der LTA zu konzentrieren. Ein frühzeitiger Kontakt der Kostenträger zu den beruflichen Rehabilitand*innen mit den nötigen Informationen für die finanzielle Sicherung, könnte entstehenden finanzielle Notlagen vorbeugen, was auch die Arbeit, der im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen erleichtern könnte. Generell sind lange Wartezeiten eine Herausforderung und können gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine große Gruppe in der beruflichen Rehabilitation darstellen, zur Destabilisierung der gesundheitlichen Situation beitragen (Reims et al. 2024).

Die rechtlichen Vorgaben setzten einen klaren Rahmen zur zügigen und nahtlosen Bearbeitung bzw. Umsetzung der LTA. In den Ergebnissen zeigt sich, dass es immer wieder zu Verzögerungen kommt, was die Aufgabenerfüllung der in der Sozialen Arbeit Tätigen erschwert, vor allem aber auch eine Belastung für die Rehabilitand*innen darstellt. So muss stärker darauf hingewirkt werden, dem gesetzlichen Auftrag und den rechtlichen Vorgaben zu entsprechen, welche in den Gemeinsamen Empfehlungen der BAR konkretisiert werden (vgl. §§ 25, 26 Abs. 1, 2, 7 SGB IX). Mit dem Teilhabeverfahrensbericht (BAR 2024) liegt inzwischen ein Berichtswesen vor, das Hinweise auf die Bearbeitungszeiten gibt. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf zu den Ursachen von Verzögerungen bzw. Hinderungsfaktoren bei der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben bzw. den geltenden Verwaltungsvereinbarungen, wie zum Beispiel der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess (BAR 2019) und der Gemeinsamen Empfehlung Einrichtungen LTA (BAR 2022a).

In Bezug auf die zu gestaltenden Schnittstellen und Übergänge zwischen verschiedenen Maßnahmen, Leistungserbringern und Phasen des Rehabilitationsprozesses wird insgesamt deutlich, dass es dabei um *fallbezogene Netzwerkarbeit* mit verschiedenen Ansprechpersonen geht, aber eben auch um die Pflege und Gestaltung *fallübergreifender Netzwerkarbeit*. Dafür scheint auch eine besondere Kompetenz in diesem Bereich sowie ausreichend Zeit erforderlich zu sein, zumal der Austausch und die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren im Bereich der beruflichen Rehabilitation eine Voraussetzung für die gelingende Aufgabenerfüllung Sozialer Arbeit ist. Dazu gehört auch eine transparente Kommunikation zwischen allen am Prozess Beteiligten. Gleichzeitig können Probleme in der Kommunikation zwischen den Beteiligten auch eine mögliche Barriere sein, die Rehabilitationsprozesse unnötig verlängern kann.

Als herausfordernd für die beruflichen Rehabilitationsprozesse der Rehabilitand*innen wie auch für die Aufgabenerfüllung der im Bereich der Sozialen Arbeit Tätigen sind auch vorhandene *Informationsdefizite* zu den LTA zu benennen. Durch lange Wartezeiten und somit insgesamt längere Prozesse kann sich dies nachteilig für die Rehabilitand*innen auswirken. Informationsbedarfe zu den LTA ergeben sich dabei einerseits im Übergang von der *medizinischen* in die *berufliche* Rehabilitation aber auch im Übergang in *Erwerbsarbeit* im Hinblick auf weitere Unterstützungsangebote für Arbeitgebende von Rehabilitand*innen. Weitere *Aufklärungs- und Informationsarbeit* scheint hier nötig. Auch im medizinischen Versorgungssektor bestehen Informationsdefizite zu LTA, und es fehlt eine stärkere Verzahnung der verschiedenen Elemente und Sektoren (Stengler et al. 2014).

So scheint es dringend erforderlich, die *Sichtbarkeit der LTA noch weiter zu erhöhen*. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass diese Möglichkeit nicht überall gleichermaßen präsent ist. Dabei geht es zum einen darum, den Informationsgrad im Rehabilitationssystem selbst zu erhöhen, im Bereich der medizinischen Rehabilitation und zum anderen aber auch im Bereich der hausärztlichen sowie psychiatrischen Versorgung. Weiterhin scheinen gezielte Informationsquellen und Beratungsmöglichkeiten für die Arbeitgebenden nötig, die

berufliche Rehabilitand*innen für ein Praktikum und/oder eine Erwerbstätigkeit einstellen. Ein Teil dieser Beratung wird von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern gedeckt, das scheint aber nicht auszureichen.

Die aus den Ergebnissen hervorgehenden Aufgaben, wie die *Netzwerkarbeit*, der Austausch mit den verschiedenen Akteuren in den Schnittstellen sowie die Lotsenfunktion sind gleichzeitig auch festgelegte Aufgaben im Bereich P der LBR, die von in der Sozialen Arbeit Tätigen bei Leistungserbringern übernommen werden (DRV Bund 2016: 353 ff.). Fraglich ist, ob die so vorgesehene Erfassung dem Stellenwert dieser Aufgaben, gerade auch mit Blick auf die *fallübergreifenden* Aufgaben, gerecht werden kann. Besonders die Kooperation und Netzwerkarbeit mit den im Rehabilitationsprozess involvierten Akteuren insgesamt tragen dabei auch zu reibungsloseren Übergängen an den Schnittstellen und zu nahtlosen Leistungsketten und so zur Reintegration in Erwerbsarbeit bei. Gleichzeitig fördern sie so auch die Prävention bzw. Bearbeitung möglicher Schnittstellenproblematiken (Stöbe-Blossey et al. 2019).

Aus Sicht der in der Sozialen Arbeit Tätigen wird einer *Nachbetreuung* im Anschluss an eine berufliche Rehabilitation eine hohe Wichtigkeit und Relevanz zugeordnet, um eine nachhaltige Arbeitsmarktintegration sicherzustellen. Dabei ist diese sicherlich nicht in allen Fällen nötig, sollte aber bei Bedarf verfügbar sein. Dabei zeichnen sich in den Forschungsergebnissen Hinweise auf regionale Unterschiede mit Blick auf die Zuständigkeit und Finanzierung ab. Eine Nachbetreuung ist nach der Gemeinsamen Empfehlung der BAR für LTA-Einrichtungen für sechs Monate vorgesehen (§ 10 Abs. 2 GE Einrichtungen LTA, BAR 2022a). Hierbei sind durch die Rehabilitationsträger einerseits weitergehende Maßnahmen zur Unterstützung der Nachhaltigkeit zu prüfen, andererseits sind die Empfehlungen des Leistungserbringers sowie die Wünsche und die Lebenslagen des Menschen mit Behinderung einzubeziehen (vgl. § 85 Abs. 4 GE Reha-Prozess, BAR 2019). Dies scheint nicht überall gleichermaßen bekannt zu sein, oder es wird eine unterschiedliche Praxis gelebt. Weiterhin zeichnet sich ab, dass in einigen Fällen auch eine verlängerte Nachbetreuung erforderlich sein kann. Auf Basis der hier dargestellten Ergebnisse können Aussagen zu den Einschätzungen der Fachkräfte Sozialer Arbeit getroffen werden, was fehlt ist ein systematischer Blick der beruflichen Rehabilitand*innen auf die Nachbetreuung. Zudem wird dieser Bereich in der LBR nicht erfasst. So ergeben sich hier weitere Forschungsbedarfe.

Die von in der Sozialen Arbeit Tätigen zu erfüllenden übergreifenden und auch konkreten Aufgaben an den Schnittstellen erfordern fundierte Kenntnisse des Sozialrechts, insbesondere des Rehabilitationsrechts, über zur Verfügung stehende Dienst-, Sach- und Geldleistungen sowie den gesamten Rehabilitationsprozess und die daran Beteiligten. Diese Fachkenntnisse sind nützlich, auch, um auf die sehr präsenten ökonomischen Notlagen von Rehabilitand*innen reagieren zu können. Ohne solche Kenntnisse wäre zum Beispiel die zu leistende abstrakte und physische Lotsenfunktion, die Übernahme administrativer Aufgaben und die Netzwerkarbeit nicht erfolgreich möglich.

Die Vielfalt der Aufgaben der in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern sowie die Komplexität der dazu erforderlichen Kenntnisse – zum Beispiel zu den besonderen Herausforderungen von Menschen mit Beeinträchtigungen am Arbeitsmarkt oder zu den erforderlichen sozialpädagogischen, sozialrechtlichen und psychologischen Kenntnissen – unterstreichen einerseits die Notwendigkeit der verbesserten Fundierung Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation im Studium der Sozialen Arbeit. Andererseits folgt daraus die Notwendigkeit regelmäßiger beruflicher bzw. berufsbegleitender Weiterbildung von Fachkräften, die bei Leistungserbringern arbeiten. Auf die konkreten Vorschläge zu curricularen Bausteinen bzw. berufsbegleitenden Weiterbildungen, die parallel im Rahmen von ANSAB erstellt wurden, sei an dieser Stelle nochmals verwiesen ([→ hier abrufbar](#)).

Die Aufgabenerfüllung der in der Sozialen Arbeit Tätigen wird erschwert durch eine hohe Personalfuktuation in diesem Bereich und einen generellen in der Sozialen Arbeit bereits jetzt deutlichen Fachkräftemangel (Hohendanner et al. 2024). So werden die Berufe Sozialarbeiter*in bzw. Sozialpädagog*in von der Bundesagentur für Arbeit aktuell als sogenannte Engpassberufe klassifiziert. Dies ist eine Herausforderung, um eine kontinuierliche Betreuung der beruflichen Rehabilitand*innen durch die im Bereich Sozialer Arbeit Tätigen zu gewährleisten, was eine nötige Voraussetzung für eine erfolgreiche Aufgabenerfüllung ist und zu nahtlosen Rehabilitationsverläufen beiträgt. Der Dokumentation der erbrachten Leistungen in der Sozialen Arbeit wird deshalb eine hohe Relevanz zugesprochen, um auch bei wechselnden Bezugspersonen Kontinuität für die Rehabilitand*innen herzustellen. Weiterhin braucht es aber auch verlässliche Standards für die Soziale Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. *Attraktive Arbeitsbedingungen* im Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit bei den Leistungserbringern zu erhalten bzw. zu schaffen, ist angezeigt, um Fachkräfte zu halten und neue zu gewinnen.

Zu ergänzen ist, dass auch in ANSAB die Covid-19-Pandemie immer noch als eine herausfordernde Rahmenbedingung erwähnt wird. Neben den hier benannten damit einhergehenden komplexeren Problemlagen der Rehabilitand*innen verweist die Studie von Rauch/Reims (2024) ebenfalls auf die erschwerten Kontaktaufnahmen zu Institutionen wie auch die geringeren sozialen Kontakte aber auch den Digitalisierungsschub. Eine gute Erreichbarkeit und ausreichende soziale Kontakte auch in persönlichen Begegnungen müssen nach der Pandemie mit Blick auf gelingende Rehabilitationsprozesse wiederhergestellt werden.

Insgesamt zeichnen sich die im Bereich der Sozialen Arbeit Tätigen durch eine hohe (intrinsische) Arbeitsmotivation aus. Studien zeigen, dass Menschen, die in Sozialen Bereichen tätig sind, insgesamt eine hohe Sinnhaftigkeit in ihrer Tätigkeit erfahren (z. B. Bauknecht/Baldschun 2024). Erforderlich für die Aufgabenerfüllung ist im betrachteten Bereich darüber hinaus auch entsprechendes Fachwissen zur beruflichen Rehabilitation. So bedarf es qualifizierten Personals, das eine entsprechende Ausbildung aufweist und ggf. auch durch Weiterbildungen bestimmte Kenntnisse für den entsprechenden Arbeitsbereich nochmal vertieft. Von den im Rahmen der Online-Befragung befragten Fach-

kräften verfügten 45 % über entsprechende Zusatzqualifikationen, die Bezüge zu ihrem aktuellen Tätigkeitsbereich aufweisen. Aufgrund der generalistischen Gestaltung von Bachelorstudiengängen Sozialer Arbeit bzw. Sozialarbeit/Sozialpädagogik ist zu erwarten, dass der Bereich der beruflichen Rehabilitation dort eher kaum eine Rolle spielt, aber auch in Lehrbüchern zum Thema Rehabilitation steht die *berufliche* bislang im Schatten der *medizinischen* Rehabilitation. Auch hier wird somit ein *Informationsdefizit* deutlich. Das Tätigkeitsfeld der beruflichen Rehabilitation könnte stärker in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften Sozialer Arbeit verankert werden. Um dem zu entsprechen, wurde im Rahmen von ANSAB eine Broschüre mit curricularen Bausteinen erstellt, die Hochschulen bzw. Universitäten in Deutschland zur Verfügung gestellt werden kann ([→ hier abrufbar](#)).

Im Hinblick auf den *Nutzen* Sozialer Arbeit für die beruflichen Rehabilitand*innen zeigt sich, dass dieser mit *vielfältigen Nutzenaspekten* vorhanden ist. Die in der Sozialen Arbeit Tätigen bei den LTA-Leistungserbringern werden als unterstützend für den beruflichen Rehabilitationsprozess wahrgenommen. Eine zentrale Voraussetzung für diesen Nutzen Sozialer Arbeit ist der Aufbau einer *vertrauensvollen Arbeitsbeziehung*. Dies wird auch als eine bedeutsame Aufgabe von in der Sozialen Arbeit Tätigen wahrgenommen und komplementiert sich so entsprechend. Trotz des vielfältigen Nutzens der Angebote Sozialer Arbeit für die beruflichen Rehabilitand*innen zeigen sich in den empirischen Ergebnissen jedoch auch Ursachen dafür, dass Rehabilitand*innen keinen Nutzen aus den Angeboten Sozialer Arbeit ziehen können. Diese Befunde sollen auch in die geplanten Handlungs- bzw. Praxisempfehlungen einfließen, um *Nicht-Nutzen* möglichst zu vermeiden. Dies ist entsprechend auch bei der strukturellen Ausgestaltung der Sozialdienste in den Bildungseinrichtungen zu berücksichtigen sowie in der Qualifizierung der Fachkräfte Sozialer Arbeit.

Grundsätzlich konnte mit der Anwendung der sozialpädagogischen Nutzer*innenforschung (Oelerich/Schaarschuch 2005) in ANSAB und den so gewonnenen Forschungsergebnissen zum Nutzen und zur Nutzung, ein neuer Zugang zu den Sichtweisen der Leistungsberechtigten und ihren Belangen aufgezeigt werden. Damit leistet ANSAB auch einen bedeutsamen Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der beruflichen Rehabilitation (§ 6, GE Qualitätssicherung, BAR 2018).

Diese subjektorientierte Forschungsperspektive in ANSAB entspricht auch dem, das Projekt auszeichnenden partizipativen Forschungsstil (von Unger 2014, 2022; Farin-Glattacker et al. 2014, 2020). Dieser hat sich bewährt, denn es konnte zumindest teilweise der daran gestellte hohe normative Anspruch eingelöst werden. So wurde sich erkenntnis- und demokratietheoretisch begründeten Ziele einer besseren *Erkenntnisgewinnung* und der *Befähigung* von durch die Forschung betroffenen Menschen genähert. Ferner wurden aussagekräftige Forschungsergebnisse erzielt, um die in der LBR genannten Aufgaben mit Empirie zu konkretisieren und zu präzisieren. Mit diesen empirischen Befunden kann auch die Bedeutung unterstrichen werden, die die Soziale Arbeit für mehr berufliche und soziale Teilhabe der beruflichen Rehabilitand*innen hat.

Dem partizipativen Forschungsstil ist es auch geschuldet, dass ein besonderes Augenmerk darauf gelegt wurde, die gewonnenen Forschungsergebnisse auch den Nutzenden oder potenziell Nutzenden der Sozialen Arbeit bei den LTA-Leistungserbringern zur Verfügung zu stellen. So sollen die Menschen, die sich für eine berufliche Rehabilitation interessieren oder bereits an einer solchen teilnehmen, in einer in Leichter Sprache verfassten Broschüre gezielt über die Soziale Arbeit in diesem Rehabilitationsbereich informiert werden ([→ hier verfügbar](#)). Beispielhaft sei auf einen Aspekt verwiesen, der berufliche Rehabilitand*innen die Nutzung oder Zuordnung erschweren kann: das sind die ganz unterschiedlichen Bezeichnungen für die Sozialen Dienste bei den LTA-Leistungserbringern.

Die hier identifizierten Befunde und Implikationen sollen unmittelbar in Handlungs- und Praxisempfehlungen einfließen, um einerseits in der Praxis möglichst fördernde Bedingungen für berufliche Rehabilitand*innen zu schaffen *und* andererseits der Sozialen Arbeit eine gelingende Aufgabenerfüllung zu ermöglichen. Für die Gestaltung Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation liegen mittlerweile Praxisempfehlungen vor, die nicht nur auf die spezifischen Bedarfe von *medizinischen* Rehabilitand*innen eingehen, sondern auch darauf, wie diese Bedarfe festgestellt und bearbeitet werden können. Des Weiteren wird dort jedoch auch ein fester Personalschlüssel für Sozialarbeiter*innen/Sozialpädagog*innen vorgegeben (DRV Bund 2022: 8), was für die Soziale Arbeit in der *beruflichen* Rehabilitation noch aussteht.

LITERATUR

Arling, Viktoria/ Spijkers, Will (2019): Berufliche Rehabilitation in Deutschland. In: Kauffeld, Simone / Spurk, Daniel (Hrsg.): Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement. Wiesbaden: Springer. 687-710.

Arntz, Melanie/ Donner, Franz/ Evans-Borchers, Michaela/ Friedrich, Alexandra/ Horvat, Sinischa/ Kaiser, Anna/ Mallman, Luitwin/ Möreke, Mathias/ Pfeiffer, Sabine/Rothe, Isabel/ Schroeder, Wolfgang/ Stowasser, Sascha/ Walwei, Ulrich (2023): Transformation in bewegten Zeiten. Nachhaltige Arbeit als wichtigste Ressource. Arbeitswelt-Bericht 2023. Berlin.

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) (2018): Qualitätssicherung nach § 37 Abs. 1 SGB IX. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt am Main: BAR.

BAR (2019): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt am Main: BAR.

BAR (2022a): Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt am Main: BAR.

BAR (2022b): Sozialdienste. Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt am Main: BAR.

BAR (2024): Teilhabeverfahrensbericht 2024. Broschürenfassung. Frankfurt am Main: BAR.

BAR (2025): Schwerpunkt Zahlen, Daten, Fakten. Reha-Info der BAR. Heft 1. Frankfurt am Main.

Bauknecht, Jürgen / Baldschun, Andreas (2024): Eine der zufriedentesten Berufsgruppen: Entwicklung, Ausmaß und Determinanten der Arbeitszufriedenheit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. In: Soziale Passagen Jg. 16. H. 1. 123-143.

Bergold, Jutta/ Thomas, Stefan (2020): Partizipative Forschung in der Psychologie. In: Mey, Günter/ Mruck, Katja (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Springer. 333-344.

Bogner, Alexander/ Littig, Beate/ Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer.

Bonin, Holger (2019): Fachkräftemangel in der Gesamtperspektive. In: Jacobs, Klaus/ Kuhlmei, Adelheid/ Greß, Stefan/ Klauber, Jürgen/ Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin/Heidelberg: Springer Open. 61-70.

Brussig, Martin/ Karačić, Anemari/ Kraetsch, Clemens/ Zapfel, Stefan (2021): Handlungsansätze in Modellprojekten des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – Rehapro“: Eine Inhaltsanalyse der Anträge bewilligter Projekte. In: Arbeit Jg. 30. H. 1. 21-42.

Brzoska, Patrick/ Yilmaz-Aslan, Yasemin/ Aksakal, Tuba/ Kübra, Aksakal/ Razum, Oliver (2022): Diversität. In: Meyer, Thomas/ Bengel, Jürgen/ Wirtz, Markus A. (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Bern: Hogrefe. 648-657.

Bundesagentur für Arbeit (2025): Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2024. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt, April 2025. Zugriff am 23.10.2025. Verfügbar unter: https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Menschen-mit-Behinderungen/generische-Publikation/Arbeitsmarktsituation-schwerbehinderter-Menschen.pdf?__blob=publicationFile

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024): Sozialbudget 2023. Bonn.

Bundesregierung (2016): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), BT-Drucks. 18/9522 v. 05.09.2026. Zugriff am 07.04.2026. Verfügbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/095/1809522.pdf>

Dettmers, Stephan (2018): Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Eine Übersicht aus Sicht des Fachverbandes DVSG. In: Soziale Arbeit Jg. 67. H. 7. 256-261.

Dettmers, Stephan (2019): Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers, Stephan/ Bischkopf, Jaenette (Hrsg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Reinhardt. 18-27.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2024): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Zugriff am 22.08.2025. Verfügbar unter: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk>

Döring, Nicola/ Bortz, Jürgen (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Dolić, Romana/ Schaarschuch, Andreas (2005): Strategien der Nutzung sozialpädagogischer Angebote. In: Oelerich, Gertrud/ Schaarschuch, Andreas (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Reinhardt. 99-116.

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2014): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Berlin.

DRV Bund (2016): Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation. Ausgabe 2016. Berlin.

DRV Bund (2018): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. Stand 21.08.2018. Berlin.

DRV Bund (2022): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.

DRV Bund (2024): Reha-Bericht 2024. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin.

DRV Bund (2025): Statistikportal der Deutschen Rentenversicherung. Rentenzugang - Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI. Zugriff am 6.11.2025. Verfügbar unter: https://statistik-rente.de/SASWebReportStudio/openRVUrl.do?rsRID=SBIP%3A%2F%2FMETA-SERVER%2F20_SY0520%2F10_BI_Extern%2F10_Global%2F20_Rentengeschehen%2F20_Berichte%2FSK90_RTZN_EM_2010_RP_E.srx%28Report%29

DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V.) (2008): Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Grundsatzpapier Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin.

DVSG (2015): Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. Berlin.

Ebener-Holscher, Kathrin/ Tophoven, Silke (2024): Schnittstellen zu betrieblichen Akteur:innen im Rahmen beruflicher Rehabilitationsprozesse. Ergebnisse aus einem gemischt-methodischen Forschungsprojekt. In: Sozialer Fortschritt Jg. 73. H. 8/9. 671-688.

Egbringhoff, Kathrin/ Meyer-Feil, Thorsten (2023): Handlungsempfehlungen Partizipative Forschung in der Rehabilitation. Abschlussbericht des Projektes PaFoRe. Zugriff am 20.02.2025. Verfügbar unter: https://www.umh.de/fileadmin/Einrichtungsordner/Institute/Rehabilitationsmedizin/Projekte/Handlungsempfehlung_Partizipative_Forschungsans%C3%A4tze_in_den_Rehabilitationswissenschaften_31.08.2023.pdf

Enggruber, Ruth/ Sander, Birthe (2023): Bedeutung von persönlichen Beziehungen im Case Management – empirische Einblicke aus Sicht von suchtkranken Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit. In: Österreichisches Jahrbuch für die Soziale Arbeit Jg. 5. H. 1. 75-95.

Enggruber, Ruth/ Seefeld, Julia/ Tophoven, Silke (2025): Partizipative Rehabilitationsforschung hoch im Kurs – nachdenkliche Einblicke in ein Projekt zu Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation. In: Die Rehabilitation Jg. 64. H. 4. 215-221.

Erbstößer, Sabine/ Streibelt, Marco/ Zollmann, Pia/ Dannenberg, Stefan/ Glaser-Möller, Nathalie/ Gödecker-Geenen, Norbert/ Kaluscha, Rainer/ Schmid, Lucia/ Kulisch, Kristina/ Löcherbach, Peter/ Niemann, Oliver/ Rexrodt, Christian/ Toepler, Edwin (2020): Fallmanagement- ein Konzept für die Rentenversicherung. Die Weiterentwicklung der Rehabilitation im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung. In: DRV-Schriften Band 121. 88-100.

Farin-Glattacker, Erik/ Kirschning, Silke/ Meyer, Thorsten/ Buschmann-Steinhage, Rolf (2014): Partizipation an der Forschung – eine Matrix zur Orientierung. Papier des Ausschusses „Reha-Forschung“ der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation & Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Zugriff am 01.04.2026. Verfügbar unter: https://dgrw-online.de/wp-content/uploads/matrix_ef_1.pdf

Farin-Glattacker, Erik/ Schlöffel, Malgorzata/ Schöpf, Andrea Christina (2020): Partizipative Forschung in der Rehabilitation. In: DRV-Schriften Band 121. 79-87.

Flick, Uwe (2011): Das episodische Interview. In: Oelerich, Gertrud (Hrsg.): Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Wiesbaden: VS Verlag.

Frey Müller, Nadja/ Knoop, Tobias/ Meyer-Feil, Torsten (2024): Social work practice and outcomes in rehabilitation: a scoping review. In: Frontiers in Rehabilitation Sciences Jg. 5. Artnr. 1348294.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. 10. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.

Hohendanner, Christian/ Rocha, Jasmin/ Steinke, Joß (2024): Vor dem Kollaps!? Beschäftigung im sozialen Sektor. Empirische Vermessung und Handlungsansätze. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.

Jahn, Kerstin/ Reims, Nancy (2021): Fachkräfte und Unternehmen zusammbringen – Kooperation zwischen Leistungserbringern und Unternehmen im Kontext der beruflichen Rehabilitation. In: Sozialer Fortschritt Jg. 70. H. 3. 167-186.

Jepkens, Katja (2020): „Alles darf man der auch nicht sagen“ – Rahmenbedingungen der Nutzung Sozialer Arbeit in der außerbetrieblichen Berufsausbildung. In: van Rießen, Anne/ Jepkens, Katja (Hrsg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer. 141-160.

Klaus, Sebastian/ Meschnig, Alexander/ von Kardorff, Ernst (2018): Verlaufskarrieren und biografische Konstellationen beruflicher Rehabilitanden und deren Einflüsse auf Rückkehr und nachhaltigen Verbleib in Arbeit. In: Die Rehabilitation Jg. 57. H. 3. 165-174.

Knoop, Tobias/ Anton, Eleonore (2022): Soziale Arbeit. In: Meyer, Thorsten/ Bengel, Jürgen/ Wirtz, Markus Antonius (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Göttingen und Bern: Hogrefe. 569-579.

Knoop, Tobias/ Dettmers, Stephan/ Meyer, Thorsten (2019): Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Eine Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Forschung. In: Die Rehabilitation Jg. 58. H. 2. 89-95.

Knoop, Tobias/ Scheiblich, Nadja/ Dettmers, Stephan/ Meyer-Feil, Thorsten (2024a): Soziale Arbeit in der Rehabilitation: Praxis und Wirkmechanismen Sozialer Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Band 2. Bielefeld: transcript Verlag.

Knoop, Tobias/ Scheiblich, Nadja/ Dettmers, Stephan/ Meyer-Feil, Thorsten (2024b): Praxis der Sozialen Arbeit in der medizinischen Rehabilitation – Entwicklung einer empirisch fundierten Programmtheorie. In: Die Rehabilitation Jg. 63. H. 3. 161-168.

Kollewe, Claudia (2023): Empowerment oder Feigenblatt. Partizipative Forschung und Technikentwicklung mit älteren und alten Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 56. H. 5. 362-367.

Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

Mayring, Philipp (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Juventa.

Meschnig, Alexander/ von Kardorff, Ernst/ Klaus, Sebastian (2019): Von der beruflichen Vollqualifizierungsmaßnahme zurück in Arbeit. Eine Langzeitanalyse individueller Verlaufskarrieren und ihrer biografischen und strukturellen Bedingungen. In: Die Rehabilitation Jg. 58. H. 3. 153-162.

Mühlum, Albert/ Gödecker-Geenen, Norbert (2003): Soziale Arbeit in der Rehabilitation. München: Reinhardt.

Oelerich, Gertrud/ Schaarschuch, Andrea (2005): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert Sozialer Arbeit. München: Reinhardt.

Oelerich, Gertrud/ Schaarschuch, Andreas (2013): Sozialpädagogische Nutzerforschung. In: Graßhoff, Gunther (Hrsg.): Adressaten, Nutzer, Agency. Akteursbezogene Forschungsperspektiven in der Sozialen Arbeit. Wiesbaden: Springer. 85-98.

Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2021): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 5. Auflage. Berlin und Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Rauch, Angela/ Reims, Nancy (2024): Berufliche Rehabilitation in Zeiten der Covid-19-Pandemie. In: Die Rehabilitation Jg. 63. H. 5. 282-288.

Reims, Nancy/ Rauch, Angela/ Tophoven, Silke/ Jahn, Kerstin/ Neumann, Kristin/ Nivorozhkin, Anton/ Baatz, Anna/ Reinold, Luca/ Dony, Elke (2020): Perspektive der Leistungserbringer. Modul 4 des Projekts "Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben". Abschlussbericht. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Forschungsbericht Nr. 542. Berlin.

Reims, Nancy/ Tophoven, Silke/ Rauch, Angela (2024): Bedingungen für gelingende berufliche Reha-Verläufe von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Perspektive verschiedener Akteure. In: Zeitschrift für Sozialreform Jg. 70. H. 4. 379-404.

Richter, Götz/ Bellmann, Lutz/ Tisch, Anita/ Hasselhorn, Hans Martin (2021): Renteneintrittsalter: Gute Voraussetzungen schaffen! In: Wirtschaftsdienst Jg. 101. H. 9. 669.

Schaarschuch, Andreas/ Oelerich, Gertrud (2005): Theoretische Grundlagen und Perspektiven sozialpädagogischer Nutzerforschung. In: Oelerich, Gertrud/Schaarschuch, Andreas (Hrsg.): Soziale Dienstleistungen aus Nutzersicht. Zum Gebrauchswert sozialer Arbeit. München: Reinhardt. 9-27.

Schaarschuch, Andreas/ Oelerich, Gertrud (2020): Sozialpädagogische Nutzerforschung: Subjekt, Aneignung, Kritik. In: van Rießen, Anne/ Jepkens, Katja (Hrsg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer. 13-25.

Schauberg, Torsten (2021): Die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ – Eine Kommentierung aus juristischer Sicht. Beitrag A6-2021, 03.02.2021. Zugriff am 22.08.2025. Verfügbar unter: <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a6-2021>

Schian, Marcus (2021a): Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – ein „Patentrezept“ für die Gestaltung trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Rehabilitation, Teil I: Die Grundlagen des SGB IX. Fachbeitrag A4-2021, 26.01.2021. Zugriff am 22.08.2025. Verfügbar unter: <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a4-2021>

Schian, Marcus (2021b): Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – ein „Patentrezept“ für die Gestaltung trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Rehabilitation, Teil II: Inhalte der GE Reha-Prozess. Fachbeitrag A5-2021, 26.01.2021. Zugriff am 22.08.2025. Verfügbar unter: <https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-a5-2021>

Schulz, Marlen (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, Marlen/ Mack, Birgit/ Renn, Ortwin (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer. 9-22.

Schwarz, Betje/ Specht, Timo/ Bethge, Matthias (2017): Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung. Eine qualitative Studie zur Arbeitgebereinbindung in den Reha-Prozess. In: Die Rehabilitation Jg. 56. H. 6. 365-371.

Schwarz, Betje/ Stegmann, Ralf/ Wegewitz, Uta (2020): Betriebsnahe Versorgungsnetzwerke und -angebote zur Unterstützung des Return to Work nach psychischer Krise. Zwischen gesundheitsförderlicher Organisationsentwicklung und Selbstmanagement der Zurückkehrenden. In: Die Rehabilitation Jg. 59. H. 5. 263-272.

Seel, Helga (2022): System der Rehabilitation in Deutschland. In: Meyer, Thorsten/ Bengel, Jürgen/ Wirtz, Markus A. (Hrsg.): Lehrbuch Rehabilitationswissenschaften. Bern: Hogrefe. 126-138.

Spitzenverbände der Reha-Leistungserbringer (2019): Gemeinsame Positionen zur zukünftigen Sicherung und Weiterentwicklung der Rehabilitation und Teilhabe für die laufende 19. Legislaturperiode. Zugriff am 22.08.2025. Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datei-liste/downloadmaterialien/news/2019/2019_Positionspapier_Spitzenverb%C3%A4nde_der_Reha-Leistungserbringer.pdf

Sternberg, Annika/ Fauser, David/ Banaschak, Hannes/ Bethge, Matthias (2024): Sequences of Vocational Rehabilitation Services in Germany: A Cohort Study. In: BMC Health Services Research Jg. 24. H. 1. ArtNr. 74.

Stengler, Katarina/ Becker, Thomas/ Riedel-Heller, Steffi G. (2014): Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie Jg. 82. H. 1. 43-53.

Stockmann, Reinhard (2007): Einführung in die Evaluation. In: Stockmann, Reinhard (Hrsg.): Handbuch zur Evaluation. Eine praktische Handlungsanleitung. Münster/New York: Waxmann. 24-70.

Stöbe-Blossey, Sybille/ Brussig, Martin/ Drescher, Susanne/ Ruth, Marina (2021): Schnittstellen in der Sozialpolitik. Analysen am Beispiel der Felder Berufsorientierung und Rehabilitation. Wiesbaden: Springer.

Stöbe-Blossey, Sybille/ Martin, Britta/ Ruth, Marina/ Schulz, Stefan E. (2019): Der komplexe Sozialstaat. Eine Heuristik zur Rekonstruktion von Schnittstellen. In: Sozialer Fortschritt Jg. 68. H. 10. 749-768.

Strauss, Anselm/ Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Tiskens, Julia/ Borg-Laufs, Michael (2021): Psychosoziale Ausgangssituation. In: Wälte, Dieter/ Borg-Laufs, Michael (Hrsg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. 108-116.

Trinks, Thomas (2018): Berufliche Rehabilitation als Chance – Ein praktischer Leitfaden zu Möglichkeiten und Grenzen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation Jg. 31. H. 1. 32-37.

van Rießen, Anne (2016): Zum Nutzen Sozialer Arbeit: Theaterpädagogische Maßnahmen im Übergang zwischen Schule und Erwerbsarbeit. Dissertation. Wiesbaden: Springer.

van Rießen, Anne (2020): Die Analyse von Nutzen – ein integriertes Modell der Nutzenstrukturierung oder Nachdenken über die Ambivalenz des Subjekts in der Nutzer*innenforschung. In: van Rießen, Anne/ Jepkens, Katja (Hrsg.): Nutzen, Nicht-Nutzen und Nutzung Sozialer Arbeit. Theoretische Perspektiven und empirische Erkenntnisse subjektorientierter Forschungsperspektiven. Wiesbaden: Springer. 27-40.

von Unger, Hella (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer.

von Unger, Hella (2022): Mehr Teilhabe durch partizipative Forschung. Grundzüge eines Forschungsstils. In: Wansing, Gabriele/ Schäfers, Martina/ Köbsell, Swantje (Hrsg.): Teilhabeforschung – Konturen eines neuen Forschungsfeldes. Wiesbaden: Springer. 305-320.

Wanka, Anna/ Urbaniak, Anna (2023): Partizipative Alter(n)sforschung: Definitionen, Anwendungsfelder und Herausforderungen in unterschiedlichen Forschungsphasen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie Jg. 56. H. 5. 357-361.

Welti, Felix (2015): Die Rolle der Dienste und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation – zwischen „Arbeitgeber“ und Vermittler. In: Becker, Ulrich/ Wacker, Elisabeth/ Banafsche, Minou (Hrsg.): Homo faber disabilis? Teilhabe am Erwerbsleben. Baden-Baden: Nomos. 83-98.

Zapfel, Stefan/ Roßnagel, Thomas/ Zielinski, Bartholomäus/ Schrauth, Bernhard (2024): Return to Learn – ELAN. Modellprojekt im Rahmen des Bundesprogramms „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

ÜBER DIE AUTOR:INNEN

Julia Seefeld, M. A., ist Soziologin und arbeitet seit 2021 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsstelle DIFA der Hochschule Düsseldorf. Sie promoviert kooperativ an der Universität Duisburg-Essen und der Hochschule Düsseldorf und arbeitet aktuell im Forschungsprojekt „Aufgaben, Nutzen, Netzwerke und Schnittstellen von Integrationsfachdiensten“ (ANNS-IFD).

Kathrin Ebener-Holscher, M. A., studierte Kindheitspädagogik und Familienbildung im Bachelorstudiengang sowie Soziale Arbeit mit Schwerpunkt psychosoziale Beratung im Masterstudiengang an der Hochschule in Düsseldorf. Von Dezember 2021 bis März 2025 war sie an der Forschungsstelle DIFA als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und arbeitete im Forschungsprojekt ANSAB. Zurzeit befindet sie sich in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Viktoria Holter, B. A., absolvierte den Bachelorstudiengang „Sozialarbeit/Sozialpädagogik“ an der Hochschule Düsseldorf. Von August 2022 bis August 2025 war sie in der Forschungsstelle DIFA als studentische Hilfskraft tätig und arbeitete im Forschungsprojekt ANSAB. Zurzeit absolviert sie das Young Professional Programm im Bereich Soziales bei der Stadt Düsseldorf.

Isabell Bieber, B.A., hat den Bachelorstudiengang „Sozialarbeit/ Sozialpädagogik“ am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften an der Hochschule Düsseldorf absolviert und ist aktuell Studentin im fachbereichsübergreifenden Masterstudiengang "Transforming Digitality" an der Hochschule Düsseldorf. Seit 2026 arbeitet sie als

wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsstelle DIFA der Hochschule Düsseldorf im Forschungsprojekt "KIVI-Azubi".

Dr. Ruth Enggruber ist seit 2024 Seniorprofessorin für Erziehungswissenschaften, insbesondere Sozialpädagogik am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf, nachdem sie dort zuvor eine entsprechende Professur hatte. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Berufsausbildung von als behindert oder benachteiligt geltenden jungen Menschen, Inklusion in der beruflichen Bildung sowie die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen und anderen Benachteiligungen.

Dr. Matthias Meißner hat seit dem Jahr 2016 die Professur für Recht, insbesondere Sozialrecht am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf. Er ist Diplom-Verwaltungswirt (FH) und Diplom-Jurist (Universität Bonn). Zusammen mit Silke Tophoven leitet er die Forschungsstelle DIFA (Düsseldorfer Integrationsförderung in (Aus)Bildung und Arbeit). Seine Forschungsschwerpunkte sind aktuell die Inklusion von Menschen mit Behinderungen, bestehende Versorgungslücken bei der medizinischen Rehabilitation sowie deren Auswirkungen auf die Teilhabe am Arbeitsleben und die Soziale Teilhabe.

Dr. Silke Tophoven ist Soziologin und Professorin für Sozialpolitik am Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der Hochschule Düsseldorf. Gemeinsam mit Matthias Meißner leitet sie die Forschungsstelle DIFA (Düsseldorfer Integrationsförderung in (Aus) Bildung und Arbeit) am Fachbereich. Ihre Forschungsschwerpunkte sind aktuell die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen, die berufliche Rehabilitation sowie der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit.

IMPRESSUM

Hochschule Düsseldorf
University of Applied Sciences

Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften
Münsterstraße 156
40476 Düsseldorf

Informationen zur Publikationsreihe:
<https://soz-kult.hs-duesseldorf.de/forschung/publikationen/Seiten/studiesinsocialsciencesandculture.aspx>
ISSN 2509-6958

Studies in Social Sciences and Culture. Aus der Forschung des
Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften der HSD, Nr. 13
DOI 10.20385/opus4-6153
URN urn:nbn:de:hbz:due62-opus-61532

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften der
HSD 2026

Dieses Werk steht unter der Creative-Commons-Lizenz »Namensnennung 4.0 International« (CC BY 4.0). Um eine Kopie dieser Lizenz anzusehen, besuchen Sie <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch die jeweiligen Rechteinhaber*innen.

Zitation:

Seefeld, Julia, Ebener-Holscher, Kathrin, Holter, Viktoria, Bieber, Isabell, Enggruber, Ruth, Meißner, Matthias & Tophoven, Silke (2026): Aufgaben und Nutzen Sozialer Arbeit in der beruflichen Rehabilitation - Abschlussbericht zu einem Forschungsprojekt. (Studies in Social Sciences and Culture. Aus der Forschung des Fachbereichs Sozial- und Kulturwissenschaften der HSD, Nr. 13). Düsseldorf: Hochschule Düsseldorf. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.20385/opus4-6153>.