

Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven

C. Schmidt¹
I. Froböse²
H.-M. Schian¹

Vocational Rehabilitation in Transition – Challenges and Perspectives

Zusammenfassung

Es werden die Herausforderungen für die berufliche Rehabilitation aufgrund der Erosion der finanziellen Basis des Sozialsystems, der Veränderungen in der Arbeitswelt und der Reformprozesse in der Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik dargestellt und fünf Perspektiven für ihre Weiterentwicklung diskutiert, und zwar: 1. Intensivierung der Kooperation zwischen den Gesundheits- und Personalverantwortlichen im Unternehmen und den Präventions-, Arbeitsschutz- sowie Rehabilitationsexperten im Sozialsystem, 2. konzeptionelle und organisatorische Verlinkung von Ausgliederungsverhinderung und Wiedereingliederung über regionale Kompetenzzentren zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, 3. Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen durch individualisierte Zuweisung von Ressourcen und Organisation fließender Übergänge in Beschäftigung, 4. Förderung und Absicherung der Struktur- und Prozessinnovationen mit Unterstützung anwendungsorientierter Rehabilitationsforschung, 5. Formulierung eines neuen Konsenses zwischen den verantwortlichen Akteuren über die Ziele und Aufgaben der beruflichen Rehabilitation als Basis für die Strukturqualität der Zukunft.

Schlüsselwörter

Berufliche Rehabilitation · Teilhabe am Arbeitsleben · Wiedereingliederung · Versorgungsforschung · Sozialstaat

Abstract

The present article outlines the challenges in occupational rehabilitation arising from the successive erosion of the financial foundations of the welfare system, from changes in industry as well as in health, education and labour-market policy. Five perspectives are discussed to design and develop strategies in occupational rehabilitation. Among these are: (1) Rehabilitation in companies is mostly based on miscarried efforts to prevent separation. The discontinuance and the re-integration in a position or in a company have therefore to be regarded as an interlocking process between vocational training centre, social insurance agencies and employers; (2) Regional vocational rehabilitation centres with the objective to promote participation in work life may advance to institutionalized junctions to connect the rehabilitation landscape and would represent the logistic context; (3) The development of participation benefits should mainly be directed towards individualized allocation of resources as well as the possibility of direct transfer to work in close cooperation with employers; (4) Structural solutions and process-innovation could be supported by application-orientated research; (5) A new consensus to assign future tasks and objectives should be defined among the responsible bodies and service organisations involved in occupational rehabilitation.

Key words

Occupational rehabilitation · work-related participation · return to work · health services research · welfare state

Institutsangaben

¹ Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH (IQPR)
an der Deutschen Sporthochschule Köln

² Institut für Rehabilitation und Behindertensport der Deutsche Sporthochschule Köln

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Christof Schmidt · IQPR · Sürther Straße 171 · 50999 Köln · E-mail: schmidt@iqpr.de

Bibliografie

Rehabilitation 2006; 45: 194–202 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-940028
ISSN 0034-3536

Herausforderungen

Die berufliche Rehabilitation steht am Scheideweg. Nicht am Abgrund, wie einige es prophezeien, aber dennoch verspüren insbesondere die Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke mit aller Gewalt die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Veränderungen.

Das Anmeldeverhalten der Träger entwickelt sich für diese Leistungserbringer zu einer schwer kalkulierbaren Größe. Drastische Einbrüche der Anmeldungen haben sich in den letzten zwei Jahren vor allem für die Berufsförderungswerke ergeben. Waren im Juli 2004 die Berufsförderungswerke noch mit 10 796 Rehabilitanden der Bundesagentur für Arbeit belegt, so waren es ein Jahr später nur noch 6636 Rehabilitanden, und auch bei anderen Trägern ist ein deutlich rückläufiges Anmeldeverhalten zu beobachten. Inzwischen sind in einigen Berufsförderungswerken Mitarbeiter entlassen worden, erste Insolvenzen werden befürchtet.

Auch im Vergleich der Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der beruflichen Rehabilitation haben sich in den letzten Jahren deutliche Verschiebungen ergeben. So finden sich heute primär Personen mit Mehrfachdiagnosen, insbesondere psychischen Erkrankungen, und längeren Zeiten der Arbeitslosigkeit in den Maßnahmen. Dies stellt an die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation zusätzliche Anforderungen.

Parallel zur Veränderung der Teilnehmerstruktur sind die Ansprüche der Träger an die Vermittlungsqualität gestiegen, ohne dass es auf dem Arbeitsmarkt zu einer stabilen Trendwende gekommen ist.

Weitere Herausforderungen für die berufliche Rehabilitation ergeben sich aufgrund der Erosion der finanziellen Basis des Sozialsystems, der Veränderungen in der Arbeitswelt und der verschiedenen Reformprozesse in der Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik.

Finanzielle Basis des Sozialsystems erodiert

Dem Sozialstaat fehlen zunehmend jene Einnahmen, um das bisherige Aufgabenspektrum finanzieren zu können. Die Finanzierung sozialer Leistungen über eine weitere Verschuldung öffentlicher Haushalte, wie in der Vergangenheit üblich, wird in Zukunft jedoch kaum noch möglich sein. Die Dramatik der Situation wird besonders deutlich, wenn man die Struktur des Bundeshaushalts für 2006 [1] betrachtet. Um ein Ausgabenvolumen von rund 260 Mrd. Euro überhaupt finanzieren zu können, ist eine Nettokreditaufnahme von 38,3 Mrd. Euro notwendig. Damit überschreitet der Haushaltsentwurf die verfassungsrechtlich zulässige Regelgrenze. Gleichzeitig werden rund 40 Mrd. Euro für Zinszahlungen benötigt. Der größte Ausgabenblock ist mit rund 77 Mrd. Euro der Bundeszuschuss an die Rentenversicherung. Ein weiterer großer Ausgabenblock stellt die Grundsicherung für Arbeitssuchende mit 38,3 Mrd. Euro dar. Für Zukunftsinvestitionen in den Bereichen Bildung und Forschung, Wirtschaft sowie Verkehr und Familienpolitik stehen dem Bund rund 40 Mrd. Euro zur Verfügung.

Ein weiterer bedeutsamer Trend in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass sich der Arbeitsmarkt in Deutschland durch eine kontinuierliche Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung auszeichnet. So sind zwischen 1992 und 2004 gut 2,6 Mio. sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse verloren gegangen (Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit). Dies wirkt sich äußerst problematisch auf das Beitragsaufkommen der Sozialversicherungsträger aus. Insbesondere im Bereich der Rentenversicherung ergibt sich die Situation, dass immer weniger Beitragszahler immer mehr Leistungsempfänger finanzieren müssen.

Die Struktur des Bundeshaushalts und die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung verdeutlichen, dass sozialpolitische Verteilungsspielräume kaum noch vorhanden sind.

Die angespannte Finanzsituation hat in den letzten Jahren zunehmend dazu geführt, sozialpolitische Programme auf ihre Wirksamkeit zu hinterfragen. Darüber hinaus gewinnt der Gedanke an Bedeutung, dass soziale Leistungen in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe darstellen.

Maßnahmen und Programme, deren Wirkungen fragwürdig sind, für die keine wissenschaftliche Evidenz nachgewiesen werden kann, geraten politisch schnell unter Legitimationsdruck. Die Hartz-Reformen mit ihrem gesetzlich verankerten Evaluationsvorbehalt und die generelle Forderung nach Evidenzbasierung medizinischer Leistungen sowie die diversen Initiativen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sind Ausdruck der veränderten politischen Rahmenbedingungen.

Dies erfordert ein Umdenken auf Seiten der Leistungserbringer in der beruflichen Rehabilitation. Der Druck, dass Maßnahmen schnell und gezielt zu nachweisbaren Effekten führen, wird größer. Insbesondere jene Leistungserbringer, die teure stationäre Leistungen anbieten, sind gezwungen, deren Notwendigkeit, Qualität und Wirksamkeit im Detail zu belegen.

Angesichts der begrenzten finanziellen Ressourcen stellt sich aber auch die grundsätzliche Frage, welche sozialen Leistungen haben überhaupt Priorität und sind für den Zusammenhalt der Gesellschaft elementar notwendig. Damit sind Fragen der sozialen Gerechtigkeit und der Wertebasis der Gesellschaft berührt, die weit über den Rahmen von Effektivitäts- und Effizienzbetrachtungen hinausreichen.

Veränderungen in der Arbeitswelt

Die kritische Phase, in der sich die berufliche Rehabilitation aktuell befindet, ist auch eine Folge der rasanten Veränderungen in der Arbeitswelt. Folgende Trends sind unter anderem zu beobachten: schneller Verfall des erworbenen Wissens, Emotionsarbeit als neue Anforderung, kontinuierliche Rationalisierung von Arbeitsplätzen insbesondere in der Industrie, „Patchworklebensläufe“ als Normalbiografie, Aufhebung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, Flexibilisierung der Arbeitszeiten für die „24-Stunden-Gesellschaft“, erhöhter Anteil von qualifizierten jungen Frauen, trotz hoher Arbeitslosigkeit punktueller Mangel an Fachkräften [2].

Für die berufliche Rehabilitation von besonderer Bedeutung ist der Trend, dass Industriearbeit weiter abnehmen wird und Beschäftigungswachstum vor allem im Dienstleistungsbereich stattfindet. Wissensintensive Produkte und Dienstleistungen stellen die Zukunft des Standorts Deutschland dar und bestimmen den Arbeitsmarkt, auf den die berufliche Rehabilitation vorbereitet.

Die duale Ausbildung hat auf die veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt mit einer Reformierung alter und der Entwicklung neuer Berufsbilder reagiert. Schlüsselqualifikationen wurden in ihrer Bedeutung aufgewertet und neue Ausbildungsmethoden eingeführt. Diese Impulse sind von der beruflichen Rehabilitation intensiv aufgenommen worden, insbesondere durch die Einführung der handlungsorientierten Ausbildung und die Aufnahme neuer Berufsbilder in den 90er-Jahren. Die Organisation qualifikatorischer Anpassungsprozesse ist vor diesem Hintergrund als eine der Stärken des bestehenden Rehabilitationssystems zu betrachten.

In den 70er-Jahren reichte eine neue Berufsausbildung aus, um die Wiedereingliederung ins Berufsleben zu ermöglichen. Heute ist der Faktor Qualifizierung einer unter vielen anderen. Ein zunehmend größeres Problem für die berufliche Rehabilitation stellen die strukturellen Barrieren dar, mit denen sich Arbeitslose auf dem deutschen Arbeitsmarkt konfrontiert sehen.

Für immer mehr Gruppen ist der Arbeitsmarkt fast verschlossen, wenn neben längerer Arbeitslosigkeit noch andere Merkmale hinzukommen. Ältere Arbeitnehmer, Menschen mit einer Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen, Migranten, allein erziehende Mütter, Menschen, die in einer Region mit hoher Arbeitslosigkeit stark verwurzelt sind und nicht umziehen möchten, sowie unqualifizierte Arbeitnehmer sind auf dem Arbeitsmarkt zunehmend chancenlos. Alle Chancen hat dagegen der männliche, relativ junge Akademiker ohne Kinder und familiäre Verpflichtungen, der bereit ist, heute hier und morgen dort zu arbeiten – ein sozialer Nomade, der dort lebt, wo Arbeitskräfte gesucht werden [3]. Dieser Erfolgstyp ist jedoch unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Rehabilitationsmaßnahmen eher selten anzutreffen.

Ein weiteres Merkmal der gegenwärtigen Arbeitswelt ist die Auflösung des „Normalarbeitsverhältnisses“ und eine damit einhergehende Entgrenzung der Arbeit [4]. Eine unbefristete Vollzeitätigkeit über viele Jahre bei einem Unternehmen wird zunehmend zur Ausnahme. Beschäftigungsformen wie Leih-, Teilzeit-, Tele- und Projektarbeit werden dagegen immer häufiger. Der Wechsel von Erwerbs- und Nichterwerbsphasen wird zur Normalität, mit der Folge, dass Beschäftigungsverhältnisse insgesamt unsicherer werden und der erreichte soziale Status an Stabilität verliert [5].

Für die erfolgreiche Bewältigung der unterschiedlichen Übergänge im Verlauf des Erwerbslebens benötigt das Individuum sowohl interne (berufliche Qualifikation, Problemlösekompetenzen, soziale Kompetenzen) als auch externe (soziale Unterstützung, Handlungs- und Verhandlungsspielräume) Ressourcen [6]. Stehen entsprechende Ressourcen nicht zur Verfügung, be-

steht die Gefahr einer schleichenden Ausgliederung aus dem Erwerbsleben.

Berufliche Rehabilitation hat hier die Aufgabe, unter Berücksichtigung der individuellen Gesundheitsproblematik Strategien zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit zu entwickeln. Die Kompetenz der Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation, Brüche in der Erwerbsbiografie aufzufangen und neue berufliche Möglichkeiten zu erarbeiten, ist vor dem Hintergrund zunehmend diskontinuierlicher Erwerbsverläufe nicht hoch genug einzuschätzen.

Aus Sicht des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist es die zentrale Aufgabe der beruflichen Rehabilitation, die für eine Teilhabe am Arbeitsleben notwendigen Ressourcen zu mobilisieren. Dies ist auch dringend geboten, da die ökonomische Entwicklung, wie bereits oben erwähnt, insbesondere Menschen mit Behinderung von der Partizipation am Erwerbsleben tendenziell ausschließt [7,8]. Konzeptionell behandelt berufliche Rehabilitation dabei die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit (arbeitsmarktpolitische Dimension) und die Förderung einer selbst bestimmten und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (sozialpolitische Dimension) als zwei Seiten einer Medaille. Sie trägt damit wesentlich zum Zusammenhalt der Gesellschaft und zur Akzeptanz notwendiger wirtschaftlicher Anpassungsprozesse bei.

Berufliche Rehabilitation im Spannungsfeld von Gesundheits-, Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik

Die berufliche Rehabilitation ist neben den Veränderungen in der Arbeitswelt noch mit einem weiteren Steuerungsproblem konfrontiert. Sie muss gleichzeitig auf sehr unterschiedliche Reformansätze in den Politikfeldern Gesundheit, berufliche Bildung und Arbeit reagieren, da ihr Handlungsspielraum dort präjudiziert wird.

Die Reformdiskussionen im Gesundheitssystem haben mit einer gewissen Zeitverzögerung auch für die berufliche Rehabilitation erhebliche Konsequenzen. Alle Gestaltungsansätze zum Versorgungsmanagement (z.B. integrierte Versorgung, ambulant vor stationär, Fallpauschalen als neue Abrechnungsformen, elektronische Patientenakte, Ausweitung der Selbstbeteiligung, Zertifizierung des Qualitätsmanagements) in der Akutmedizin und der medizinischen Rehabilitation wirken sich früher oder später auch stilbildend auf die berufliche Rehabilitation aus.

Für die inhaltliche Ausrichtung der Teilhabeleistungen in der beruflichen Rehabilitation spielt das Gesundheitssystem dagegen so gut wie keine Rolle. In diesem Feld wird die berufliche Rehabilitation bis heute vom dualen Ausbildungssystem geprägt. In Europa ist die duale Ausbildung ein einzigartiger Ansatz beruflicher Erstausbildung. Trotz aller Lobeshymnen ist sie in den letzten Jahren unter einen hohen Anpassungsdruck geraten. Somit stellt sich die Frage, wie gut die berufliche Rehabilitation beraten ist, sich weiterhin diesem Bildungsansatz zu verschreiben. Eine Alternative, zumindest aber eine Ergänzung könnte das Konzept der Kompetenzentwicklung [9] sein. Unter diesem Leitbegriff wird zurzeit die konzeptionelle Weiterentwicklung der Erwachsenenbildung vorangetrieben. Kompetenzentwicklung als Eck-

peifer lebenslangen Lernens wird in diesem Zusammenhang eher losgelöst von Berufsausbildungen betrachtet.

Zu vermuten ist außerdem, dass die Europäisierung der beruflichen Bildung stärker als in der Vergangenheit die konzeptionelle und organisatorische Ausrichtung der Bildungsangebote auch in der beruflichen Rehabilitation bestimmen wird, so wie es an den Universitäten bereits heute der Fall ist.

Für arbeitslose Rehabilitanden soll berufliche Rehabilitation die Rückkehr ins Erwerbsleben organisieren. Rehabilitation ist deshalb auch eine Form aktiver Arbeitsmarktpolitik. Bis vor einigen Jahren haben sich die Interventionsansätze der aktiven Arbeitsmarktpolitik und der beruflichen Rehabilitation kaum voneinander unterschieden. In beiden Politikfeldern war berufliche Weiterbildung der Eckpfeiler für die Rückkehr ins Arbeitsleben. Markantester Beleg für den Systemwechsel der aktiven Arbeitsmarktpolitik sind die Reformvorschläge der Hartz-Kommission. In den 13 Modulen des Abschlussberichtes der Hartz-Kommission spielt berufliche Weiterbildung keine nennenswerte Rolle [10].

Betrachtet man zusammenfassend alle drei Politikfelder, so liegt der Schluss nahe, dass die berufliche Rehabilitation in den verschiedenen Reformdebatten unterzugehen droht. Sie kommt höchstens noch als „Fußnote“ oder im „Anhang“ vor. Dass diese Situation weit reichende Gefahren beinhaltet, ist einsichtig. Bei Hartz IV ist erst in der Umsetzung deutlich geworden, dass die gesetzlichen Regelungen erhebliche Konsequenzen für die berufliche Rehabilitation nach sich ziehen.

Der gemeinsame Fokus der Reformdebatten in den verschiedenen Politikfeldern ist die Frage einer neuen Architektur der sozialen Sicherung in Deutschland [11,12]. Hier spielt das eher vage Konzept eines aktivierenden Sozialstaates [13,14] eine entscheidende Rolle. Hartz IV ist mit dem Ansatz Fordern und Fördern ein expliziter Versuch, die aktivierenden Elemente stärker in den Vordergrund zu stellen. Für die berufliche Rehabilitation ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass der aktivierende Sozialstaat andere Interventionsformen nahe legt als der statuskonservierende Sozialstaat der 70er-Jahre [15]. Aus diesem Blickwinkel betrachtet hat die Krise der beruflichen Rehabilitation auch damit zu tun, dass jene Akteure, die Reha-Maßnahmen nachfragen, zunehmend nach Interventionsformen suchen, die in den Rahmen eines aktivierenden Sozialstaates passen. Der Klassiker beruflicher Rehabilitation, die Umschulung, entspringt jedoch dem Interventionsverständnis eines statuskonservierenden Sozialstaates. Damit sind Akzeptanzprobleme für diesen Maßnahmetyp vorprogrammiert.

Perspektiven

In diesem Abschnitt werden fünf Perspektiven für die berufliche Rehabilitation der Zukunft beschrieben, nämlich:

1. Intensivierung der Kooperation zwischen den Gesundheits- und Personalverantwortlichen im Unternehmen sowie den Präventions-, Arbeitsschutz- und Rehabilitationsexperten im Sozialsystem.

2. Konzeptionelle und organisatorische Verlinkung von Ausgliederungsverhinderung und Wiedereingliederung über regionale Kompetenzzentren zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.
3. Weiterentwicklung der Teilhabeleistungen durch individualisierte Zuweisung von Ressourcen und Organisation fließender Übergänge in Beschäftigung.
4. Förderung und Absicherung der Struktur- und Prozessinnovationen mit Unterstützung anwendungsorientierter Rehabilitationsforschung.
5. Formulierung eines neuen Konsenses zwischen den verantwortlichen Akteuren (Leistungsträger und -erbringer, Behindertenverbände, zuständige Ministerien) über die Ziele und Aufgaben der beruflichen Rehabilitation als Basis für die Strukturqualität der Zukunft.

Intensivierung der Kooperation zwischen Unternehmen und Sozialsystem

Mit Ausgliederungsverhinderung sind auf betrieblicher Ebene jene Prozesse angesprochen, die dem Eingliederungsmanagement entsprechen. Eingliederungsmanagement wird in diesem Zusammenhang als Teilaufgabe eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements betrachtet. Mit der Verankerung des Präventionsgedankens in § 3 SGB IX und der dazugehörigen gemeinsamen Empfehlung ist ein konzeptioneller Rahmen vorgegeben, der Brücken in die Welt des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht. Dieser integrative Ansatz eines betrieblichen Gesundheitsmanagements kann schleichende Ausgliederungsprozesse frühzeitig erkennen und Beschäftigungsfähigkeit erhalten. Damit wird allen Arbeitnehmern eine leistungsfähige und produktive Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht. Man kommt dem Ziel „länger und gesünder arbeiten“ näher.

Die einzelnen Handlungsansätze innerhalb des Eingliederungsmanagements, der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes können ihre inklusionsfördernde Wirkung jedoch erst voll entfalten, wenn sie in einen Gesamtzusammenhang gebracht werden.

Diesen Gesamtzusammenhang kann nur ein Netzwerk bieten, das auf vorhandene Teilnetzwerke zurückgreift. Als Teilnetzwerke sind hier u. a. zu berücksichtigen die Reha-Berater der Rentenversicherung, die Berufshelfer der Berufsgenossenschaften, die Berater der Integrationsfachdienste, die Fallmanager der Arbeitsgemeinschaften der Kommunen und Arbeitsagenturen (ARGE) und Optionskommunen, die Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie die Einrichtungen nach § 35 SGB IX. Eine in diesem Sinne vernetzte Reha-Landschaft schafft somit den organisatorischen Rahmen, die inklusionsfördernden Ressourcen einer Region zusammenzubringen, und bietet den Akteuren eine Kommunikations- und Kooperationsplattform. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation [16] spricht in diesem Zusammenhang auch von der Notwendigkeit einer gemeinsamen Vernetzungsphilosophie der Akteure als Grundlage dafür, dass die Leistungen „wie aus einer Hand“ erbracht werden.

Es reicht jedoch nicht aus, wenn sich die Vernetzung und Kooperation ausschließlich auf die Akteure des Sozialsystems be-

schränkt. Teilhabe am Arbeitsleben gelingt nur, wenn die Unternehmen als Koproduzenten gewonnen werden können. Ein erfolgskritischer Faktor ist somit die Konvergenz von Wirtschafts- und Sozialsystem.

Die Konvergenz wird u.a. dadurch gestärkt, dass Unternehmen gesundheitliche Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen und in Kooperation mit dem System der sozialen Sicherung gemeinsam Lösungen entwickeln. Auf Seiten der Leistungsträger und Leistungserbringer kommt es hierbei darauf an, dass sie ihre Systeme und Instrumente unternehmensnäher als bisher ausrichten.

Die Kooperationsbereitschaft der Unternehmen lässt sich von außen nicht erzwingen. Wie gelungene Beispiele betrieblicher Umsetzungen von Disability-Management und Gesundheitsmanagement jedoch zeigen, sind Unternehmen zu umfangreichen Maßnahmen durchaus bereit, sofern der Nutzen für die betrieblichen Akteure erkennbar ist und die Wettbewerbsfähigkeit sowie der Unternehmenswert durch entsprechende Aktivitäten gestärkt werden.

Insbesondere der demografische Wandel und die Notwendigkeit, das Renteneintrittsalter deutlich nach oben zu korrigieren, wird Unternehmen in Zukunft immer häufiger damit konfrontieren, den Leistungswandel der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über betriebliche Präventions- und Rehabilitationsangebote im Sinne einer gezielten Förderung der Erwerbsfähigkeit zu beeinflussen. In diesem Kontext ergeben sich vielfältige Möglichkeiten für die Akteure im Gesundheitssystem, die Kooperation mit Unternehmen zu intensivieren. Dies ist auch eine Chance für alle Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation, die sich über entsprechende Angebote zu einem wichtigen Partner der Unternehmen entwickeln können.

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation als regionale Kompetenzzentren

Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation können als regionale Kompetenzzentren für Ausgliederungsverhinderung und Wiedereingliederung verstanden werden. Potenzielle Zielgruppen sind alle, deren Teilhabe am Arbeitsleben und Beschäftigungsfähigkeit (bzw. Erwerbsfähigkeit) bedroht sind. Dazu zählen auch die Betreuungskunden der Agenturen für Arbeit, ARGE und Optionskommunen. Die Kompetenzzentren sind somit nicht ausschließlich Spezialeinrichtungen für behinderte Menschen. Trotzdem sollten sie sich auch weiterhin als Spezialisten für besonders komplexe Teilhabestörungen verstehen.

Nicht für alle Betreuungskunden und Menschen mit einer Behinderung wird der erste Arbeitsmarkt eine realistische Integrationsperspektive sein. Das bedeutet, dass die Kompetenzzentren ein Interventionsspektrum abdecken müssen, das sich von beruflicher Bildung bis zu subventionierten Beschäftigungsformen erstreckt. Arbeitsmarktpolitisch haben sie die Funktion eines Übergangsarbeitsmarktes [17]. Dazu ist die enge Kooperation mit Unternehmen in der Region notwendig.

Um das Inklusionspotenzial zu stärken, gilt es den „Gesamt-schulcharakter“ der Kompetenzzentren herauszuarbeiten. Damit wird der Tendenz entgegengewirkt, dass die Kompetenzzentren zu Sonderschulen der beruflichen Bildung Erwachsener degene-

rieren. Diese Gefahr ist gegeben, wenn leistungsstärkere Rehabilitanden von anderen Bildungseinrichtungen betreut werden.

Eine maßgeschneiderte bzw. individualisierte Teilhabeplanung ist ein weiterer konzeptioneller Eckpfeiler. Die ganzheitliche Betrachtung des Teilnehmers vor dem Hintergrund der individuellen Gesundheitsproblematik kennzeichnet die Teilhabeplanung. In diesem Zusammenhang ist auch eine Abkehr von dem Abrechnungsmodus des Tageskostensatzes notwendig. Grundlage der Leistungsabrechnung sollte der individuelle Hilfebedarf sein. Inwieweit das System der Fallpauschalen auf die berufliche Reha übertragbar ist, bedarf noch der Überprüfung.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nicht alle Probleme des Teilnehmers lösen, sie dienen als psychosoziale und qualifikatorische „Anschubhilfe“ zur Bewältigung von Übergangssituationen im Erwerbsleben. Deshalb sollte im Vordergrund der Leistungen die Förderung von Selbstständigkeit, Eigeninitiative und Empowerment stehen.

Unter dem Gesichtspunkt ambulant vs. stationär können die Kompetenzzentren beide Aspekte miteinander verknüpfen. Ambulant sind sie deshalb, weil sich die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer aus dem Tagespendelbereich rekrutieren wird und sie sehr stark in die regionalen Bezüge eingebunden sind. Die Ressourcenvielfalt stationärer Einrichtungen benötigen die Kompetenzzentren jedoch ebenfalls, um ihre Funktion als „sozialer Geleitzug“ für Übergangssituationen im Erwerbsleben wirksam ausfüllen zu können [18].

Die Ressourcenzuteilung in den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation findet derzeit noch über relativ standardisierte Qualifizierungsmaßnahmen statt. Die vielfältigsten Ressourcen erschließen sich dem Betroffenen, wenn er eine 24-monatige Vollumschulung bucht. Welche Möglichkeiten ergeben sich, wenn die Ressourcenzuteilung nicht über die Buchung einer Standardmaßnahme organisiert wird? Der Rehabilitand bucht kein „Komplettmenü“, sondern stellt sich nach dem „Cafeteria-prinzip“ seine persönliche „Reha-Mahlzeit“ zusammen (in Abhängigkeit vom individuellen Hilfebedarf und der Teilhabezielsetzung).

Ein relativ hoher Ressourcenanteil in der beruflichen Rehabilitation konzentriert sich auf die Qualifizierung der Person. Integration in Arbeit ist aber das Ergebnis einer spezifischen Personen/Umweltkonstellation. Die Organisation der Kompetenzzentren als nicht maßnahmezentrierter Ressourcenpool beinhaltet die Chance, freier und flexibler die verfügbaren Ressourcen vor dem Hintergrund der individuellen Teilhabeziele auf die integrationsrelevanten Personen- und Umweltfaktoren zu verteilen.

Aufgrund der vorhandenen Kompetenzen der Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke in den Feldern Qualifizierung, Vermittlung und Assessment kommen insbesondere diese sowie vergleichbare Einrichtungen als regionale Kompetenzzentren infrage.

Weiterentwicklung der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Akzeptanz von Reha-Maßnahmen steht und fällt mit dem Erreichen guter Vermittlungszahlen, insbesondere bei zeitaufwändigen, abschlussorientierten Qualifizierungsmaßnahmen. Den Reha-Prozess gilt es deshalb von Beginn an auf die erfolgskritischen Faktoren der Integration in Arbeit hin auszurichten. Ebenso wichtig ist es aber auch, Vermittlung und Qualifizierung weiterhin als gleichrangige Aufgabenfelder der beruflichen Rehabilitation zu verstehen. Ein „Entweder-oder“ führt mittel- und langfristig zu einer weiteren Ausgrenzung von behinderten Menschen aus dem Erwerbsleben.

Vor dem Hintergrund, dass die Faktoren Wissen und Information die zukünftige Erwerbsgesellschaft dominieren werden und Lifelong-Learning eine der zentralen Voraussetzungen für die Teilhabe am Arbeitsleben darstellt, wäre es strategisch völlig verfehlt, auf eine zukunftsorientierte Qualifizierung von Rehabilitanden zu verzichten.

Der Erwerbstätige der Zukunft ist ein hoch qualifizierter Arbeitnehmer, der seine Qualifizierung kontinuierlich aktualisiert. Auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen trifft dies in noch stärkerem Maße zu. Berufliche Rehabilitation auf die schnelle Vermittlung in gering qualifizierte Tätigkeiten zu reduzieren macht weder arbeitsmarktnoch sozialpolitisch Sinn. Menschen mit einer Behinderung in gering qualifizierte Jobs zu vermitteln kann somit nur eine Notlösung im Einzelfall sein.

An der Thematik Vermittlungsorientierung und Qualifizierung wird deutlich, dass es in Zukunft darauf ankommt, die arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Leitziele beruflicher Rehabilitation besser aufeinander abzustimmen. Wenn dies nicht passiert, besteht die Gefahr, dass berufliche Rehabilitation ein ungeliebtes Kind der Arbeitsmarktreformen der letzten Jahre wird.

Unternehmensnähe ist ein entscheidender Förderfaktor für die Vermittlung in Arbeit. Eine zentrale Frage ist deshalb, ob Maßnahmen denkbar sind, die fließende Übergänge in Arbeit als Regelfall und nicht als glückliche Ausnahme ermöglichen. Wie sind Vernetzungen bzw. Kopplungen zwischen Reha-Einrichtung und Unternehmen beschaffen, die weitestgehend ohne „Schnittstellen“ auskommen? Konkret heißt das: Unternehmen müssten im Idealfall bereits im Maßnahmeverlauf als Arbeitgeber für Rehabilitanden gewonnen werden.

Eine stärkere Anbindung von Unternehmen an die jeweilige Reha-Einrichtung führt in der Umsetzung zu einem hohen personellen Aufwand für die Akquise und Pflege entsprechender Kooperationsbeziehungen. Darüber hinaus sind neue Steuerungsinstrumente zu entwickeln, damit sich die Reha-Einrichtungen stärker auf die regionalen Qualifizierungsbedarfe von Unternehmen einstellen können. Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wären so in die Unternehmenslandschaft einzubinden, dass sie den „regionalen Qualifizierungskorridor“ gezielt bedienen können.

Die Vermittlung von arbeitslosen Rehabilitanden ist jedoch auch deshalb so komplex, weil sich der gesamte Rehabilitationspro-

zess oft über mehrere Jahre sowie unterschiedlichste Akteure und soziale Settings erstreckt. Die Träger- und Leistungserbringervielfalt erzeugt hier einen enormen Bedarf an Planung, Koordinierung und Steuerung. Die Teilhabeplanung ist deshalb als ein zentrales Steuerungsinstrument in der beruflichen Rehabilitation weiterzuentwickeln. In Bezug auf eine stringente Umsetzung der Planung hat sich in vielen Bereichen des Sozialsystems Case-Management bewährt. Ohne Informationsbasis ist Management nicht denkbar. Assessment spielt hier eine zentrale Rolle bei der Generierung der personenbezogenen Informationen.

Forschung als Katalysator für Innovationen

Forschung ist ein Katalysator, um Innovationen systematisch voranzutreiben, Wirkungen explizit zu belegen und die Qualitätssicherung weiterzuentwickeln. Insbesondere Wirkungsanalyse und Erfolgsmessung tragen zur Akzeptanz der Leistungen auf Seiten der Träger und der politischen Akteure bei. Darüber hinaus schaffen Wirkungsanalysen Grundlagen dafür, dass die Leistungen effektiver gemanagt werden können. Wie ist vor diesem Hintergrund der Forschungsstand in der beruflichen Rehabilitation einzuschätzen, welche methodischen und inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich beobachten? Diese Frage ist deshalb besonders relevant, weil es sich bei Wirkungsanalysen um methodisch extrem voraussetzungsreiche Forschung handelt. Zu fragen ist in diesem Zusammenhang beispielsweise, ob vorliegende Datensätze und Messinstrumente substanzielle Wirkungsanalysen überhaupt zulassen. Eine Besonderheit der Forschung in der beruflichen Rehabilitation ist bisher, dass sie in erster Linie im Rahmen von Modellprojekten durchgeführt wird [19]. Damit dominieren die modellprojektspezifischen Kontextfaktoren das Geschehen. Diese Situation erschwert es, Wirkungszusammenhänge präzise zu analysieren.

Methodisch ist der bevorzugte Studientyp das „Ein-Gruppen-Prä-Post-Design“. Weitere häufig verwendete Methoden sind qualitative (leitfadengestützte) Interviews [20], standardisierte Querschnittbefragungen [21,22], eine Kombination aus Interview, Befragung und Dokumentenanalyse [23] sowie standardisierte Vollerhebungen [24] aller Abgänger eines Jahrganges.

Inhaltlich stehen in den Evaluationsprojekten der beruflichen Rehabilitation u. a. folgende Themen im Mittelpunkt: Die Analyse maßnahmespezifischer Effekte (Prüfungserfolg, Vermittlungsquote), die Kategorisierung der Zielgruppen [25], der Rehabilitationsbedarf, die Inanspruchnahme von Leistungen, die Untersuchung der Abbrecher von Maßnahmen sowie die erwerbspädagogischen Grundlagen [26] beruflicher Qualifizierung. Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen liegen ebenfalls umfangreiche Untersuchungen vor [27]. Das Thema Frauen in der beruflichen Rehabilitation ist in einigen Modellprojekten bearbeitet worden [28]. Das Thema berufliche Rehabilitation in Kooperation mit bzw. im Unternehmen findet zunehmend die Aufmerksamkeit auch der Forschung. Die Stichworte Disability-Management, Integrationsvereinbarung als Instrument der Beschäftigungsförderung, betriebliches Eingliederungsmanagement geben diesen Diskussionszusammenhang wieder.

Für die Legitimation von Reha-Maßnahmen gegenüber den Trägern sind die Integrationsquoten der Rehabilitanden entscheidend. Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke führen seit Jahren standardisierte Nachbefragungen durch [24,29]. Betrachtet man den Verbleib in Arbeit ein Jahr nach Maßnahmeende von Rehabilitanden aus Berufsförderungswerken zwischen 1984 und 1994, so variiert die Wiedereingliederungsquote zwischen 65% und 85%. Eine Befragung 1998 der Jahrgänge 1990, 1992 und 1994 ergab zum Befragungszeitpunkt eine im Durchschnitt 3% höhere Integrationsquote im Vergleich zu den Ergebnissen der jeweiligen Ein-Jahres-Nachbefragung (74,6% zu 77,2%) [24].

Zur Zufriedenheit von Rehabilitanden mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) [30] in den Jahren 2000 und 2001 erstmals eine umfangreiche Befragung durchführen lassen. Summa summarum können die Ergebnisse als ermutigend bewertet werden. Zum Befragungszeitpunkt (etwa drei Jahre nach dem Bescheid) waren bereits 50% der Teilnehmer, die an einer beruflichen Bildungsmaßnahme teilgenommen hatten, erwerbstätig. 70% der erwerbstätigen Teilnehmer gaben an, dass die Bildungsmaßnahme für ihre derzeitige Tätigkeit eine notwendige Voraussetzung oder eine wichtige Hilfe war. Die Autoren heben hervor, dass der regionale Arbeitsmarkt der Faktor ist, der den stärksten Einfluss auf die Wiedereingliederung der befragten Teilnehmer ausübt.

Aus Sicht der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sind Fortbildungen und Umschulungen für arbeitslose Rehabilitanden Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik. Methodisch und inhaltlich von Bedeutung für die berufliche Rehabilitation sind deshalb auch die Evaluationsstudien des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) [31–33]. Eine zusammenfassende Bewertung des Instruments „Förderung der beruflichen Weiterbildung“ hat Konle-Seidl [34] vorgenommen. Ihr Fazit lautet:

- Qualifizierungsprogramme haben einen negativen Anfangseffekt (Lock-in-Effekt) auf die Beschäftigung von Teilnehmern.
- Mittel- bis langfristig zeigen aber sowohl kurzfristige als auch langfristige Weiterbildungsprogramme einen positiven Brutto- wie auch Nettoeffekt.
- Langfristige Qualifizierungsprogramme (Umschulungen mit zertifiziertem Abschluss) erhöhen das Humankapital und damit die langfristige Beschäftigungsrate der Teilnehmer.
- Arbeits- und betriebsnahe Qualifizierungsmaßnahmen („on-the-job-training“) sind wirksamer als rein schulische Programme („classroom vocational training“).

Das IAB hat in den letzten Jahren kontinuierlich die evaluations-taugliche Aufbereitung und Verknüpfung der Datenbestände der Bundesagentur optimiert. Intensiv wird an der ökonomischen Durchdringung der Daten gearbeitet [35,36]. Methodisch sind dadurch Untersuchungen möglich, die eine Abschätzung der Nettoeffekte von Interventionen ermöglichen. Im Rahmen der Hartz-I–III-Evaluation [37] sind entsprechende mikroökonomische Analysen [38] durchgeführt worden. Vergleichbare Analysen auf Basis der Verlaufsdaten der Rentenversicherung werden noch nicht durchgeführt.

Bei den Überblicksanalysen auf der Basis prozessproduzierter Verlaufsdaten steht in der Regel die Frage im Mittelpunkt, ob

einzelne Maßnahmetypen überhaupt nennenswerte Effekte nach sich ziehen. Aufgrund welcher Programmkomponenten des jeweiligen Maßnahmetyps bestimmte Effekte zustande kommen, steht dabei nicht im Zentrum der Analyse. Hierzu sind Detailanalysen des Maßnahmetyps im jeweiligen institutionellen Kontext notwendig. Konkret heißt das: Interventionsstudien mit Kontrollgruppen bzw. Vergleichsgruppen müssen verstärkt auf der Ebene der Leistungserbringer durchgeführt werden. Dies führt auch zu der notwendigen wissenschaftlichen Durchdringung der Reha-Praxis, womit die Chancen wachsen, dass Forschung Impulse für Innovationsförderung liefert. Interventionsstudien können darüber hinaus konkrete Hinweise liefern, wie die Effektivität von Maßnahmen verbessert werden kann.

Um zu aussagefähigen Wirkungsanalysen zu gelangen, sind noch weitere Voraussetzungen von Bedeutung, die die derzeitige Forschung nur rudimentär erfüllt. Prozess- und Ergebnisindikatoren müssen so definiert werden, dass sie den Interventionen in der beruflichen Rehabilitation in der notwendigen Differenziertheit gerecht werden. Außerdem muss man die Indikatoren ökonomisch und valide erheben können. Werden signifikante Zusammenhänge gefunden, können diese nur dann sinnvoll interpretiert werden, wenn ein theoretisch bzw. reha-wissenschaftlich fundiertes Wirkungsmodell vorliegt.

Unter Berücksichtigung des dargestellten Erkenntnisstandes können für die Weiterentwicklung der beruflichen Rehabilitation folgende Punkte als besonders forschungsrelevant eingestuft werden:

- Nachweis der Wirksamkeit der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Analyse der institutionellen Settings und Interventionskomponenten, die eine zügige Vermittlung in Arbeit gewährleisten
- Entwicklung von Instrumenten, um die spezifischen Outcomes und Erfolgskriterien beruflicher Rehabilitation entsprechend differenziert erfassen zu können
- Rahmenbedingungen und Gestaltung fließender Übergänge in das Beschäftigungssystem
- Bedarf, Konzeption, Organisation und Effekte individualisierter Reha-Leistungen
- Untersuchung derjenigen Indikatoren, die der Zuweisungsentscheidung zu einzelnen Leistungen zugrunde liegen
- in Bezug auf die Teilnehmergruppen beruflicher Rehabilitation ist das Thema Förderung von Empowerment besonders relevant
- in der Summe sollten die Aktivitäten in den sieben Themenfeldern auch zu einer besseren theoretischen Fundierung der Wirkungszusammenhänge in der beruflichen Rehabilitation führen

Ausgangspunkt für die Intensivierung der Forschung in der beruflichen Rehabilitation kann die Abstimmung einer Forschungsagenda zwischen den verschiedenen Akteuren sein. Ein weiterer Schritt ist die Förderung einer stärker vernetzten Forschungskultur. Im Prinzip benötigt die berufliche Rehabilitation Forschungsverbände, die einen sehr starken interdisziplinären Akzent haben. Hierzu gehört auch eine stärkere Vernetzung der Rehabilitationswissenschaft, Versorgungssystemforschung und Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Konzertierte Aktion für die Strukturqualität der Zukunft

Die derzeitigen Strukturen in der beruflichen Rehabilitation sind das Ergebnis eines Konsenses zwischen den politischen Entscheidungsträgern, den zuständigen Fachministerien und den Rehabilitationsträgern, die eine bestimmte Versorgungslandschaft für ihre Versicherten vorhalten möchten.

Noch Anfang der 90er-Jahre war man sich einig, die Strukturen in Westdeutschland auch auf Ostdeutschland zu übertragen. Öffentlich wird auch heute von keinem einflussreichen Akteur explizit das vorhandene System grundsätzlich infrage gestellt.

Die bestehenden Strukturen setzen jedoch voraus, dass folgende Bedingungen gegeben sind:

- Die Auslastung der Reha-Einrichtungen entspricht dem Niveau der Netzplankapazitäten.
- Die gezahlten Kostensätze decken die tatsächlichen Aufwendungen für den laufenden Betrieb inkl. entsprechender Rücklagen für Investitionen.
- Das Anmeldeverhalten der Träger ermöglicht eine wirtschaftlich stabile Planung.
- Die arbeitsmarkt-, bildungs- und gesundheitspolitischen Ziele beruflicher Rehabilitation sind aufeinander abgestimmt.
- Es besteht ein Grundkonsens zwischen den verantwortlichen Akteuren über die prinzipiellen Aufgaben und Funktionen der beruflichen Rehabilitation.

Derzeit mehren sich allerdings die Anzeichen, dass die genannten Bedingungen nur noch eingeschränkt vorhanden sind.

Darüber hinaus setzen folgende Faktoren das bestehende System erheblich unter Druck:

- Das geänderte Anmeldeverhalten der Rehabilitationsträger. Zeitaufwändige und teure Umschulungen werden zunehmend stärker als Ultima-Ratio-Lösung angesehen. Bevorzugt werden hingegen kurze und betriebsnahe Qualifizierungen mit einem „ambulanten“ Charakter.
- Der trägerübergreifend zu beobachtende Rückgang der Reha-Anträge.
- Durch Hartz IV sind die Bearbeitungsverfahren der Reha-Anträge durcheinander gewirbelt worden. Die Agenturen sind zwar noch für berufliche Rehabilitation zuständig, sie sind aber auf die Zuarbeit der Fallmanager der ARGEs angewiesen.
- Ein zweiter Hartz-Effekt besteht darin, dass die neu justierte aktive Arbeitsmarktpolitik abschlussorientierten Qualifizierungen als Instrument der Wiedereingliederung eher skeptisch gegenübersteht.

De facto findet somit zurzeit ein langsames „Ausbluten“ der bestehenden Strukturen statt. Im Ergebnis kann dieser Prozess dazu führen, dass nicht nur Überkapazitäten abgebaut werden, sondern es zu substanziellen Qualitätsverlusten kommt. Insbesondere mit den behindertenspezifischen Qualifizierungsressourcen der deutschen Rehabilitationslandschaft sollte jedoch sorgsam umgegangen werden, auch wenn die konzeptionelle Ausrichtung und die vorhandenen Kapazitäten zur Diskussion stehen. Den Korridor für diesen Veränderungs- und Anpassungsprozess explizit zu definieren, ist eine vordringliche Aufgabe jener Akteure, die in der Vergangenheit Strukturverantwortung übernommen haben. Der einzelne Leistungserbringer kann diese

Aufgabe im Alleingang nicht bewältigen. Hier bedarf es einer konzertierten Aktion der verantwortlichen Akteure, ähnlich wie in der Entstehungszeit der beruflichen Rehabilitation.

Ziel muss es sein, die Eckpunkte der zukünftig gewünschten Strukturqualität neu zu definieren. Dazu gilt es eine belastbare Einschätzung der finanziellen Spielräume vorzunehmen, die prioritären Zielgruppen und deren Bedarf zu überdenken sowie insbesondere die arbeitsmarkt-, bildungs- und gesundheitspolitischen Ziele beruflicher Rehabilitation besser aufeinander abzustimmen.

Literatur

- ¹ Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.). Monatsbericht des BMF/ März 2006. Berlin: BMF, 2006: 42–47 – verfügbar unter www.bundesfinanzministerium.de, Pfad: Finanz- und Wirtschaftspolitik
- ² Mohr G, Otto K. Schöne neue Arbeitswelt: Risiken und Nebenwirkungen. Report Psychologie 2005; 6: 260–267
- ³ Sennett R. Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin-Verlag, 1988
- ⁴ Voß GG. Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. MittAB 1998; (3): 473–487
- ⁵ Brinkmann U, Dörre K, Röbenack S, Kraemer K, Speidel F. Prekäre Arbeit. Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse. Eine Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2006
- ⁶ Brödner M. Macht Arbeit wieder krank? Flexibilität und nachhaltige Gestaltung von Arbeit. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik, 2002
- ⁷ Vogel B. „Überzählige“ und „Überflüssige“. Empirische Annäherungen an die gesellschaftlichen Folgen der Arbeitslosigkeit. Berliner Debatte Initial 2004; (2): 11–21
- ⁸ Bude H. Das Phänomen der Exklusion. Mittelweg 36 2004; (4): 5–14
- ⁹ Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e. V./Projekt Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.). Kompetenzentwicklung 2002. Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur. Münster: Waxmann, 2002
- ¹⁰ Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.). Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Bericht der Kommission. Berlin: 2002
- ¹¹ Vogel B. Neue Ungleichheiten im Wohlfahrtsstaat. Die politische Ordnung sozialer Verwundbarkeit und prekären Wohlstands. Zeitschrift für Sozialreform 2004; (1–2): 174–188
- ¹² Esping-Andersen G. Die gute Gesellschaft und der neue Wohlfahrtsstaat. Zeitschrift für Sozialreform 2004; (1–2): 189–210
- ¹³ Dingeldey I. Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung. Aus Politik und Zeitgeschichte 2006; (8/9): 3–9
- ¹⁴ Heinze RG. Aktivierung zivilgesellschaftlicher Potenziale: Auf dem Weg zu einem neuen Wohlfahrtsstaatsmodell. Vortrag bei der Tagung „Zivilgesellschaft und Gerechtigkeit“ an der Universität Dortmund, 2004 – verfügbar unter www.ruhr-uni-bochum.de/heinze/RUB%20Homepage2/Downloads/ZivilVortDONeu.pdf (aufgerufen 17.05.06)
- ¹⁵ Heinze RG. Vom statuskonservierenden Sozialstaat zum sozialinvestiven Sozialstaat. Vortrag bei der Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung zum Thema „Zukunft der sozialen Demokratie“. 2003 – verfügbar unter www.ruhr-uni-bochum.de/heinze/RUB%20Homepage2/Downloads/sozialstaat.pdf (aufgerufen 17.05.06)
- ¹⁶ Steinke B, Philgus B. Moderne (zeitgemäße) Rehabilitation und Teilhabe. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation und Teilhabe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005: 3–9
- ¹⁷ Schmid G. Flexibilität und Sicherheit im globalen Sozialstaat. 2000 – verfügbar unter http://www.denkwerkstatt-mv.de/pages/schmid_flexibilitaet.htm (aufgerufen 17.05.06)
- ¹⁸ Kieselbach T. Zukunftsperspektiven eines Umgangs mit beruflichen Transitionen: Sozialer Konvoi und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 2000; (3): 415–423

- ¹⁹ Niehaus M. Probleme der Evaluationsforschung von Modellprojekten in der beruflichen Rehabilitation am Beispiel der Implementation wohnortnaher betrieblicher Umschulung von Frauen. *MittAB* 1997; (2): 291 – 303
- ²⁰ Niehaus M, Schmal A, Heinrich T. Ansätze betrieblicher Beschäftigungsförderung (schwer)behinderter Mitarbeiter/innen in der deutschen Automobilindustrie. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001
- ²¹ Hansmeier T, Müller-Fahrnow W, Radoschewski M, Vogt K, Lang P. Versorgungsepidemiologische Studie zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der beruflichen Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung an der Humboldt-Universität zu Berlin, Bericht Projekt A2. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin, Institut für Rehabilitationswissenschaften, Abt. Versorgungssystemforschung und Qualitätssicherung, 2002
- ²² Slesina W, Fehr M, Neupert B, Patzelt C. Zwischenbericht: Evaluation beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen am Beispiel von Einrichtungen der ambulanten und stationären beruflichen Rehabilitation. Halle (Saale): Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sektion Medizinische Soziologie, 2002
- ²³ Fassmann H, Lechner B, Steger R, Zimmermann R. „REGionale Netzwerke zur beruflichen Rehabilitation (lern-)behinderter Jugendlicher (REGINE)“ – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2004
- ²⁴ Beiderwieden K. Langfristige Wiedereingliederung nach der beruflichen Rehabilitation. *MittAB* 2001; (2): 182 – 206
- ²⁵ Vonderach G. Lebensgeschichte und berufliche Rehabilitation. *MittAB* 1997; (2): 374 – 382
- ²⁶ Seyd W, Brand W, Aretz H, Lönne F, Meinass-Tausendpfund S, Mentz M, Naust-Lühr A. Ganzheitlich rehabilitieren, Lernsituationen handlungsorientiert gestalten. Abschlussbericht über das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Ganzheitliche berufliche Rehabilitation Erwachsener – handlungsorientierte Gestaltung von Lernsituationen in Berufsförderungswerken (gbRE)“. Durchgeführt von der Universität Hamburg im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke Hamburg; Universität Hamburg, 2004
- ²⁷ Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg) Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2004
- ²⁸ Niehaus M, Kurth-Laatsch S, Nolteerusting E. Wohnortnahe berufliche Rehabilitation. Evaluationsforschung zum Modellprojekt für Frauen in der betrieblichen Rehabilitation. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2001
- ²⁹ Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (Hrsg). Statistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke 2001/02. Offenburg: Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke, 2003
- ³⁰ Thode N, Klosterhuis H, Hansmeier T. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – wie urteilen die Rehabilitanden? *DAngVers* 2004; (10): 462 – 471
- ³¹ Kleinhenz G (Hrsg). IAB – Kompendium Arbeitsmarkt und Berufsforschung. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 250. Nürnberg: IAB, 2002
- ³² Blaschke D, König P. Berufliche Wiedereingliederung von Rehabilitanden. IAB Werkstattbericht Nr. 3. Nürnberg: IAB, 1992
- ³³ Blaschke D, Plath H, Nagel E. Konzepte und Probleme der Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik am Beispiel Fortbildung und Umschulung. *MittAB* 1997; (3): 381 – 405
- ³⁴ Konle-Seidel R. Internationale Evaluierungsergebnisse zu Wirkungen aktiver und aktivierender Arbeitsmarktpolitik. IAB Forschungsbericht Nr. 9. Nürnberg: IAB, 2005
- ³⁵ Hujer R, Bellmann L, Brinkmann C. Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik – Probleme und Perspektiven. *MittAB* 2000; (3): 341 – 343
- ³⁶ Blaschke D, Plath H. Möglichkeiten und Grenzen des Erkenntnisgewinns durch Evaluation aktiver Arbeitsmarktpolitik. *MittAB* 2000; (3): 462 – 481
- ³⁷ Deutscher Bundestag Drucksache 16/505. Bericht 2005 der Bundesregierung zur Wirksamkeit moderner Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Februar 2006 – verfügbar unter www.arbeitsmarktreform.de/Arbeitsmarktreform/Navigation/Service/publikationen.did=130756,render=renderPrint.html
- ³⁸ IZA-Bonn, DIW-Berlin, ifas-Bonn (Hrsg). Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1b: Förderung beruflicher Weiterbildung und Transferleistungen. Bericht 2005 für das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit. Bonn: BMWA, 2005